



**Centro Specialistico Pini-CTO**

Ortopedia Traumatologia Reumatologia Riabilitazione

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Gaetano Pini**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 97 del 24 MAR. 2016

**OGGETTO** Piano Annuale 2016 delle attività di Risk Management in ottemperanza alla circolare n. 46/SAN del 27/12/2004 e successive Linee guida. Adempimenti conseguenti.

**DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI**

**SU PROPOSTA DEL  
DIRETTORE U.O.C CHIRURGIA ORTOPEDICA RIPARATIVA – RISK MANAGEMENT**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 21/3/16 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento  
Direttore U.O.C. Chirurgia Ortopedica  
Riparativa- Risk Management  
Prof. Giorgio Maria Calori

**IL DIRETTORE SC GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE**

ha registrato contabilmente

- ☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nel Conto Economico del/dei Bilancio/i Preventivo/i Economico/i anno/anni .....al /ai conto/i economico/i n..... "....."
- ☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nello Stato Patrimoniale del/dei Bilancio/i d'esercizio/i .....al /ai conto/i n..... "....."
- ☐ gli introiti di €....., previsti nella presente proposta, rientrano nel Conto Economico del/dei Bilancio/i d'esercizio/i .....al /ai conto/i economico/i n..... "....."

☒ Il presente provvedimento non comporta spesa

**Il Direttore f.f. UOC Gestione Risorse Economiche Finanziarie**

Dott. *Erilia Martignoni*



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 97 del 24 MAR. 2016

## IL DIRETTORE GENERALE

### Viste:

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 *"attuazione L.R. 23/2015: costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO"* di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Milano, Piazza Cardinale Andrea Ferrari, 1 - 20122 Milano;
- la DGR X/4622 del 19/12/2015 *"attuazione L.R. 23/2015: determinazioni in ordine alla direzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO"* di nomina del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO con decorrenza dal 01.01.2016 al 31.12.2018;
- la delibera aziendale n. 1 del 02/01/2016 di presa d'atto della costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (Asst) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, giusta DGR n. X/4475 del 10/12/2015 e di insediamento dal 01.01.2016 del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale, in attuazione della DGR X/4622 del 19/12/2015;

**premesso** che con Circolare Regionale n. 46/SAN/2004 del 27/12/2004, acquisita al protocollo dell'Ente in data 28/12/2004 prot. n. 9480, la Regione Lombardia forniva gli indirizzi programmatici in materia di gestione del rischio sanitario;

**richiamata** la nota prot. n. G1.2015.0022753 del 31/12/2015 con la quale La Regione Lombardia ha fornito le indicazioni in merito alla definizione di linee strategiche e delle azioni da intraprendere in ambito di gestione del rischio nonché le modalità di programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2016;

### Atteso:

- che a seguito della citata DGR n. X/4475 del 10/12/2015, a partire dal 1° gennaio 2016 l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini ha accorpato il Centro Traumatologico Ortopedico ed è stata costituita la ASST PINI-CTO;
- che l'ASST Pini-CTO, conformemente alle suindicate disposizioni regionali, deve predisporre anche per l'anno 2016 il Piano annuale di Risk Management per il "Miglioramento della Qualità e della Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori Sanitari";
- che il Prof. Giorgio Maria Calori, in conformità alle Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'anno 2016 è stato individuato quale unico Risk Manager responsabile della neo costituita ASST Centro Specialistico Pini-CTO, prendendo in carico anche l'ex Presidio Ospedaliero CTO;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 97 del 24 MAR. 2016

**Considerato:** che il Prof. Giorgio Maria Calori – Responsabile Risk Management, Coordinatore del CGR e del CVS dell'Asst, conformemente alle specifiche prescrizioni regionali di cui alle suindicate linee guida, ha predisposto il Piano Annuale di Risk Management, che unitamente alle schede di Progetto costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**visti** i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i;

**DELIBERA**

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti

- 1- di approvare il Piano Annuale 2016 delle attività di Risk Management, elaborato dal Responsabile Risk Management Prof. Giorgio Maria Calori, Coordinatore del CGR e del CVS, in conformità alle prescrizioni di cui alla Linee guida regionali che, unitamente alle allegate schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2- di disporre la remissione del presente provvedimento alla competente Direzione Generale della Sanità – Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio costi SSR e Risk Management;
- 3- di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);
- 4- di disporre la pubblicazione, nei modi di legge, della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015).

Spazi 1

DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Francesco Laurelli)

DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO  
(Dott. Valentino Colao)

DIRETTORE  
SANITARIO  
(Dott.ssa Paola Navone)

DIRETTORE  
SOCIO SANITARIO  
(Dott.ssa Paola Maria Saffo Pirola)

U.O.C. Chirurgia Ortopedica Riparativa – Risk Management

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento: prof. Giorgio Maria Calori

Pratica trattata da: sig.ra Luisa Meloni



**Centro Specialistico Pini-CTO**

Ortopedia Traumatologia Reumatologia Riabilitazione

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Gaetano Pini**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 97 del 24 MAR. 2016

### RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D.Lgs. 33/2013, dal 24 MAR. 2016 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n. 13 pagine di allegati.

UOC Affari Generali e Legali  
Il Funzionario addetto

*Roberto Solovelo*

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Milano, li \_\_\_\_\_

UOC Affari Generali e Legali  
il Funzionario addetto



**Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico**  
**Gaetano Pini-CTO**

**Sistema Socio Sanitario**



**Regione  
Lombardia**

**ASST Gaetano Pini**

## **PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT**

**“Miglioramento della Qualità' e della Sicurezza dei  
Pazienti e degli Operatori Sanitari”**

**ANNO 2016**



**Giorgio Maria Calori**

**Coordinatore Responsabile**



## INDICE

1. Premessa .....	3
2. Obiettivi generali, linee di intervento, azioni di miglioramento e risultati attesi .....	3
3. Attuazione dei progetti operativi .....	4
3.1 Mappatura progettualità DELLA ASST .....	4
3.2 Mappatura delle procedure per la gestione del rischio clinico .....	4
3.3 Raccomandazioni ministeriali .....	5
3.4 Revisione delle LG antibioticoprofilassi per l'appropriata somministrazione della profilassi antibiotica" .....	5
3.5 Mappatura dei sinistri per la definizione delle priorità di intervento.....	6
4. Altre attività ed iniziative implementate in adempimento alle istanze ed indicazioni contenute nelle linee guida per le attività di risk management 2016 .....	7
5. Eventi formativi risk management anno 2016 .....	7





## 1. PREMESSA

La Legge Regionale N. 23/2015 ha introdotto un nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale. A seguito di tale riforma, mediante deliberazione della giunta regionale n. x/4475 del 10/12/2015 è stata istituita la **ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini / CTO**.

Il documento emanato da Regione Lombardia contenente le *“prime indicazioni e passaggi procedurali ai fini dell’attuazione del nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale”* inserisce la ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini / CTO tra le Aziende che operano in **sostanziale continuità amministrativa**, costituite mediante fusione per incorporazione:

l’Istituto Ortopedico Gaetano Pini **incorpora** il CTO che viene distaccato dagli Istituti Clinici di Perfezionamento, costituendo di fatto un riferimento mono-specialistico nodale al centro della Regione Lombardia per quanto concerne le cure dell’apparato locomotore.

Il presente documento, in ottemperanza alla Deliberazione Regionale X/1185 del 20 dicembre 2013 ed alla Deliberazione Regionale X/2989 del 23 dicembre 2014, è parte integrante del Piano Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione (PIMO) della nuova ASST di recente costituzione.

## 2. OBIETTIVI GENERALI, LINEE DI INTERVENTO, AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RISULTATI ATTESI

In riferimento a quanto sopra, si ritiene di voler preventivamente tracciare le realtà connesse alla neo costituita Azienda, onde ottimizzare le attività inerenti alla **gestione del rischio**, implementare la sicurezza e la qualità della cura ai pazienti per perseguire più validi risultati, con una attenzione alla **sostenibilità economica**.

Nell’ottica dell’integrazione richiesta dalla nuova costituzione della ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini / CTO, si intendere operare come segue:

- 1) **Mappare le progettualità della ASST** al fine di raccogliere gli elementi necessari per allineare le progettualità delle diverse Aziende che ora hanno costituito la nuova realtà giuridica nel piano annuale del Risk Management per il 2017;
- 2) **Mappare le procedure in uso presso la ASST** in merito alla **gestione del rischio clinico** al fine di programmare un allineamento delle procedure per la nuova ASST a partire dal 2017
- 3) Completare le progettualità della ex AO G. Pini relativa alla **RACCOMANDAZIONE n.15** (triennio 2014-2016);
- 4) **Mappatura dei sinistri** della ASST, da sviluppare mediante un progetto che avrà la durata di due anni e si articolerà, dapprima, con la analisi dei sinistri generati dalla ex Azienda Ospedaliera Gaetano Pini, che verrà utilizzata come **strumento di indirizzo** per la definizione di applicazioni degli strumenti per la gestione del rischio clinico. Tale analisi sarà estesa ai sinistri generati dal presidio del CTO nell’arco temporale dei tre / cinque anni precedenti alla costituzione della ASST. Si arriverà ad avere una situazione di insieme delle sinistrosità pregresse e si potrà essere in grado di identificare i processi critici prioritari sui quali adottare gli strumenti più idonei per la gestione e riduzione del rischio clinico.

Tutto ciò intendendo affermare gli **obiettivi** precipui della *Patient Safety* e della corretta diffusione di una *cultura Safety Oriented*, in ambiti ed aree considerate di maggior sensibilità.

Come oltre illustrato, inoltre, per l’anno 2016 si garantisce il presidio delle attività conclusive e/o derivati dai progetti attivati nel 2014-2015.



### 3. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI

In linea con quanto riportato nel punto obiettivi generali e linee di intervento di seguito riferiamo i progetti operativi.

**Obiettivo n. 1: Mappare le progettualità** al fine di raccogliere gli elementi per allineare le progettualità da formulate nel piano annuale del Risk Management per il 2017

**Obiettivo n. 2: Mappare le procedure in uso presso la ASST** in merito alla gestione del rischio clinico al fine di programmare una allineamento delle procedure per la nuova ASST a partire dal 2017.

**Obiettivo n. 3:** Completare le progettualità del G. Pini relativa alla **RACCOMANDAZIONE n.15** Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso (terzo ed ultimo anno del progetto)

**Obiettivo n. 4:** Accrescere l'aderenza alle procedure definite in merito alla gestione del rischio settico "Revisione LG antibiotico profilassi - Appropriata somministrazione della profilassi antibiotica"

**Obiettivo n. 5: Mappatura dei sinistri** della ASST, per la definizione delle strutture/processi prioritari di intervento, come strumento di indirizzo per la definizione di applicazioni degli strumenti per la gestione del rischio clinico (es. FMEA- Failure Mode and Effect Analysis, Incident Reporting, SWA, ecc.) da individuare nel 2017.

Di seguito per ciascun obiettivo è stato definito un progetto specifico per il quale di seguito viene riferita una descrizione sintetica che rimanda ai piani di dettaglio riferite nelle relative schede di progetto 2016 con i dettagli richiesti dalla Linee Guida Regionali 2016.

#### 3.1 MAPPATURA PROGETTUALITÀ DELLA ASST

In relazione alla costituita ASST si ritiene fondamentale avere una visione d'insieme dei **progetti**, e dei relativi risultati ottenuti, in merito alle progettualità del periodo 2013-2016 sviluppati dalle ex Aziende Ospedaliere che hanno costituito la ASST. Queste informazioni e dati sono la premessa per lo sviluppo ottimale delle future progettualità della ASST già a partire dal 2017.

L'area di rischio che si intende governare è il disallineamento delle priorità di intervento che potrebbero derivare da una incompleta conoscenza di un contesto organizzativo e della sua evoluzione storica.

Il progetto sarà implementato e completato nel 2016 (vedi piano di progetto).

L'obiettivo specifico è la stesura del documento con la mappatura dei progetti del triennio e del loro stato di completamento entro il 2016.

#### 3.2 MAPPATURA DELLE PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Come per il punto precedente, sempre in relazione alla costituita ASST, si ritiene fondamentale avere una visione d'insieme delle **procedure** in essere presso la ASST in merito alla gestione del rischio clinico. Queste informazioni e dati sono la premessa per una integrazione delle modalità di gestione delle attività nell'ambito della neo costituita ASST da implementare e consolidare a partire dal 2017.





Il progetto sarà implementato e completato nel 2016 (vedi piano di progetto).

L'obiettivo specifico è la stesura del documento riepilogativo delle procedure per la gestione del rischio clinico nei processi in essere presso l'Ex CTO, correlate a quelle in uso presso l'Ex Gaetano Pini (completamento entro il 2016). Tale output sarà la premessa per uno specifico progetto 2017 finalizzato alla integrare/uniformare le modalità operative per l'ASST.

### 3.3 RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

**N° 15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso.**

Nel corso del 2015 è stata proposta una modifica alla scheda di accettazione del paziente in STU con l'inserimento di uno specifico riferimento volto a regolamentare l'eventuale allontanamento volontario del paziente dal STU prima di accedere alla visita.

Le attività previste per la terza annualità prevedono **il monitoraggio e l'osservazione** del processo assistenziale del paziente e del numero di Eventi, Sinistri e Reclami (di cui il risultato atteso è la riduzione del numero) in Pronto Soccorso, per errata attribuzione del codice triage.

### 3.4 REVISIONE DELLE LG ANTIBIOTICOPROFILASSI PER L'APPROPRIATA SOMMINISTRAZIONE DELLA PROFILASSI ANTIBIOTICA

Si intende proseguire il cammino sinora seguito per osteggiare l'incremento delle infezioni ospedaliere e post chirurgiche, legate certamente ad una evoluzione delle tecnologie applicate, ovvero al maggior numero di interventi chirurgici (perché oggi sono possibili su una popolazione aumentata e con una maggior aspettativa di vita). Non vi è dubbio che tale evenienza è alla base di gravissimi patimenti per i malati, con un vero e proprio calvario, e produce anche una spesa in evidente crescita che potrebbe cagionare a breve una impossibilità di gestione ed una insostenibilità economica.

Pare dunque doveroso per una ASST mono specialistica come questa intervenire con **azioni preventive ed analisi di studio osservazionali** ed anche con la concreta possibilità di elaborare **percorsi innovativi**, barriere più efficaci, produzione di documentazione dedicata, cure più qualificate e risolutive, contenimento dei costi, partecipazione alla rete affinché possa nei fatti realizzarsi una effettiva gestione del problema ed un contenimento dei costi.

Nel 2013 sono state integrate ed approvate le LG per il Gaetano Pini di antibiotico profilassi in chirurgia ortopedica e distribuite a tutte le UUOO. Al fine di uniformare la modalità di effettuazione dell'antibiotcoprofilassi in tutta l'ASST verrà costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che revisionerà le LG da estendersi a tutta l'ASST. Le LG verranno successivamente diffuse a tutte le UUOO e seguirà un monitoraggio come oltre riferito in sintesi.

Nonostante ci sia evidenza che una corretta profilassi perioperatoria, in termini di appropriata scelta della molecola e timing di somministrazione sia efficace nella prevenzione delle ISC (Jansen,2010; Marculescu,200; Dellinger,2007; VanKasten,2007) e sebbene esistano numerose linee guida nazionali e internazionali sulle procedure di profilassi antibiotica (Sistema nazionale per le Linee Guida SNLG17, Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 104, ecc.), si continua a registrare un'ampia variabilità nella modalità di somministrazione ed elevate percentuali di non adesione alle raccomandazioni (Bedouch,2004; Miliani, 2009; Young, 2011).

Appropriati interventi di formazione e monitoraggio risultano essere efficaci nell'aumentare il livello di compliance alle LG (Nobile, 2014).



L'obiettivo 4 si raggiungerà mediante lo sviluppo di una progettualità suddivisa in due fasi.

1. La prima fase prevede le seguenti attività:
  - a) costituzione Gruppo di Lavoro,
  - b) la revisione LG e la diffusione LG
2. La seconda fase prevede le seguenti attività:
  - a) Condivisione e revisione LG antibioticoprofilassi;
  - b) Predisposizione degli strumenti di verifica,
  - c) Monitoraggio,
  - d) Predisposizione report,
  - e) Feedback/eventuali Azioni Correttive.

Nel corso del secondo semestre 2016 verranno valutate il 5% delle CC prodotte e i FUT in esse contenuti per verificare la corretta applicazione delle LG di antibioticoprofilassi. Gli schemi di profilassi rilevati dalla documentazione sanitaria saranno giudicati non aderenti alle Linee Guida (LG) quando:

- Non è stata registrata alcuna somministrazione (prevista per questo genere di interventi);
- È stata scelta una molecola diversa da quelle raccomandate senza esplicitata motivazione;
- È stato riscontrato un errato timing di somministrazione preoperatoria; la dose preoperatoria non era conforme a quanto previsto dalle LG;
- È stato riscontrato un errato timing di somministrazione postoperatoria; la dose postoperatoria non era conforme a quanto previsto dalle LG;
- La profilassi è stata prolungata oltre le 24 ore dall'intervento senza esplicitata motivazione.

*Nota: In relazione alle risultanze dell'analisi delle cartelle cliniche del 2015 in merito alla presenza della scheda di rischio settico si ritiene di sviluppare la metodologia del **Problem Solving** con le UO interessare dagli esiti dell'audit sulle cartelle cliniche al fine di accrescere la sicurezza in tale ambito (attività sviluppata con il supporto di Italtbrokers S.p.A.).*

### 3.5 MAPPATURA DEI SINISTRI PER LA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO

Considerato che uno dei criteri di valutazione della corretta gestione del rischio clinico è l'andamento del contenzioso, e ribadendo che la ortopedia traumatologica costituisce storicamente il più complesso campo per la genesi di contenzioso, si intende conoscere gli elementi che si vengono ad accorpate strutturalmente e funzionalmente onde meglio valutare ed interpretare con le opportune azioni correttive che la ASST dovrà intraprendere per i suoi tre presidi più il territorio.

La mappatura dei sinistri è uno strumento robusto e oggettivo, tramite il quale è possibile effettuare una analisi storica dei sinistri finalizzata alla individuazione delle priorità di intervento per l'incremento della sicurezza del paziente e riduzione del ripetersi di eventi che possono generare denunce di sinistri.

La metodologia permetterà di effettuare una specifica analisi sullo storico dei sinistri degli ultimi tre/cinque anni, al fine di identificare le strutture i processi e le tipologie di errore sui quali intervenire in termini preventivi al fine di governare il rischio clinico secondo oggettive priorità di intervento (vedi *Esempio di seguito riferito*)



**Priorità di intervento:**

PRIORITA'	UUOO	Processo	Tipologia errore/criticità
1	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Ricovero ordinario urgente	Errore Chirurgico-Esecuzione Chirurgica Impropria
2	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Ricovero ordinario programmato	Errore Chirurgico-Esecuzione Chirurgica Impropria
3	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE	Ricovero ordinario programmato	Errore Chirurgico-Esecuzione Chirurgica Impropria

- Applicare il metodo analisi FMEA al processo ricovero ordinario urgente e ricovero ordinario programmato
- Audit/SEA su eventi accaduti con tipologia "errore chirurgico-Esecuzione Chirurgica impropria".
- Corso FMEA per operatori dell'Area Chirurgica (medici ed infermieri)

#### 4. ALTRE ATTIVITÀ ED INIZIATIVE IMPLEMENTATE IN ADEMPIMENTO ALLE ISTANZE ED INDICAZIONI CONTENUTE NELLE LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT 2016

Il progetto relativo alla **raccomandazione n. 8** si è concluso nel 2015 con la stesura del final draft della procedura. Nel corso del 2016 il GDL curerà il proseguo del percorso che porterà alla emissione in forma controllata della procedura definitiva.

**Organizzazione e diffusione del fascicolo** relativa alla raccolta delle informazioni da parte del paziente nella fase di **pre – ricovero** emersa come azione di contenimento del rischio clinico prioritaria a seguito dell'applicazione delle **FMEA** Failure Mode and Effect Analysis condotta sul processo di "gestione del pre ricovero" nel corso del 2015.

Stante la rilevanza dei temi quali il consenso informato e la sicurezza in chirurgia, la ASST prosegue le attività di audit sulle Cartelle Cliniche relativamente a:

- Check List di adozione del Consenso Informato;
- Check List per la sicurezza in chirurgia;
- Check List per il rischio settico.

#### 5. EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2016

In merito agli eventi formativi per il 2016 sono state identificate le seguenti priorità:

- Formazione al personale delle UO emerse come dalla mappatura degli atti di violenza sugli operatori in merito alla procedura correlata alla **Raccomandazione N.8**;
- Formazione alle segretarie di reparto ed ai capo sala in merito alla consegna del materiale informativo relativo al precovero.

# All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2015

## **SCHEDA DI PROGETTO 2016**

<b>Azienda</b>	ASST PINI - CTO	
<b>Risk Manager</b>	PROF. GIORGIO MARIA CALORI	
<b>1. Titolo del Progetto</b>	MAPPATURA DELLE PROGETTUALITA' DELL'ASST	
<b>2. Motivazione della scelta</b>	<p>In relazione alla costituita ASST si ritiene fondamentale avere una visione d'insieme dei progetti, e dei relativi risultati ottenuti, in merito alle progettualità del periodo 2013-2016 sviluppati dalle ex Aziende Ospedaliere che hanno costituito la ASST. Queste informazioni e dati sono la premessa per lo sviluppo ottimale delle future progettualità della ASST già a partire dal 2017.</p> <p>L'area di rischio che si intende governare è il disallineamento delle priorità di intervento che potrebbero derivare da una incompleta conoscenza di un contesto organizzativo e della sua evoluzione storica.</p>	
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Clinical Governace	
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>		
<b>4. Ambito di intervento</b>	Tutti i processi clinico - assistenziali oggetto delle progettualità	
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>		
<b>6. Multaziendale</b>	NO	
<b>6.a Se Si indicare le Aziende compartecipanti al progetto:</b>		
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Conoscere le progettualità ed il loro stato di sviluppo in merito alla gestione del rischio clinico, al fine di garantire l'allineamento delle priorità di intervento che potrebbero derivare da una incompleta conoscenza di un contesto organizzativo e della sua evoluzione storica.	
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Riconoscimento delle progettualità e dei risultati CTO e G. PINI. Identificazione delle progettualità comuni e di quelle specifiche. Mappatura delle progettualità (esito propedeutico alla definizione delle priorità 2017 proposta preliminare)	
<b>9. Realizzazione/prodotto</b>	Mappatura delle progettualità ASST G. PINI - CTO	
<b>10. Durata</b>	1 anno	
<b>11. Risultati e indicatori</b>	<p><i>Risultato</i></p> <p>Mappa delle progettualità comuni e specifiche delle due ex aziende</p>	<p><i>Indicatore</i></p> <p>Relazione di progetto e mappature delle progettualità comuni e specifiche redatta entro il 30 dicembre 2016</p>

SCHEDA DI PROGETTO 2016

Azienda	ASST G. PINI CTO
Risk Manager	PROF. GIORGIO MARIA CALORI
1. Titolo del Progetto	ANALISI DI PROCESSO, IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO E MONITORAGGIO PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE
2. Motivazione della scelta	Necessità di aumentare le barriere al rischio in un'area sensibile come il Pronto Soccorso (come evidenziato dall'analisi dei dati di sinistrosità ed indicatori aziendali) e dalle considerazioni formulate da ultimo nel corso dell'incontro del Comitato di Gestione del Rischio del 26 febbraio 2014, contribuendo contestualmente a dare attuazione alle indicazioni contenute nelle Linee Guida attività di Risk Management - anno 2014 Protocollo H1.2014.0000791 del 10/01/2014 in relazione alla Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso".
3.a Area di intervento per AO/IRCCS	Errata attribuzione codice Triage
	se altro specificare:
3.b Area di intervento per ASL	
4. Ambito di intervento	PRONTO SOCCORSO
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione 2014
6. Multiaziendale	NO
6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:	
7. Obiettivo specifico	Implementare la Raccomandazione n. 15 emanata dal Ministero della Salute sulla corretta gestione del Triage in Pronto Soccorso, con l'obiettivo di favorire: -la sensibilizzazione del personale sul tema -un approccio organizzativo assistenziale e relazionale conforme a requisiti ed indicazioni di - prevenzione e protezione (in particolare rispetto ad aspetti come l'identificazione, la corretta valutazione e rivalutazione...), -la diffusione di una cultura safety-oriented Ciò potrà consentire l'aumento del livello di sicurezza dei pazienti che accedono in Istituto, con conseguenti ricadute anche relazione alla conflittualità/litigiosità.
8. Strumenti e metodi	Griglie digitalizzate di Analisi, macrovalutazione della compliance (gap analysis), definizione standardizzata dello stato dell'arte (as is) e delle priorità di intervento, implementazione delle azioni, risk monitoring
9. Realizzazione/prodotto	Implementazione di azioni ritenute fattibili ed attuabili per la corretta gestione del Triage in Pronto Soccorso; formazione
10. Durata	3 anni



## 11. Risultati e indicatori

Risultato	Indicatore
Definizione priorità di intervento (PRIMA ANNUALITA')	Report di sintesi quali-quantitativa delle criticità emerse/item di miglioramento individuati entro il 31.12.2014
Implementazione azioni correttive volte al miglioramento della sicurezza del paziente durante l'assegnazione del codice triage (SECONDA ANNUALITA')	Implementazioni azioni ritenute attuabili e fattibili in misura $\geq 90\%$
Aumento del numero di operatori formati su triage/sicurezza in PS secondo la Raccomandazione n. 15 (SECONDA ANNUALITA')	Operatori formati = 100% del personale che attualmente non ha ricevuto formazione specifica
Miglioramento processo valutazione/rivalutazione (TERZA ANNUALITA')	pazienti identificati e con parametri valutati/rivalutati e gestione in conformità ad azioni implementate $\geq 75\%$ verbali di PS verificati (analisi a campione)
Riduzione dei Eventi, Reclami e Sinistri (TERZA ANNUALITA')	Numero di reclami, eventi e richieste risarcimento danni per errata attribuzione codice triage nel corso del 2016 < 20% rispetto a reclami, eventi e richieste riguardanti le annualità 2014 e 2015.

M

SCHEDA DI PROGETTO 2016

Azienda	ASST PINI - CTO	
Risk Manager	PROF. GIORGIO MARIA CALORI	
1. Titolo del Progetto	REVISIONE DELLE LG ANTIBIOTICOPROFILASSI PER L'APPROPRIATA SOMMINISTRAZIONE DELLA PROFILASSI ANTIBIOTICA	
2. Motivazione della scelta	Miglioramento Controllo Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali	
3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS	RISCHIO SETTICO	
3.b Area di RISCHIO per ATS		
4. Ambito di intervento	PROFILASSI ANTIBIOTICA	
5. Nuovo/Prosecuzione	NUOVO	
6. Multiaziendale	NO	
6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:		
7. Obiettivo specifico	APPROPRIATA SOMMINISTRAZIONE DELLA PROFILASSI ANTIBIOTICA	
8. Strumenti e metodi	FASE 1- Costituzione Gruppo di Lavoro e Revisione LG - FASE 2 Valutazione tramite check list dei FUT	
9. Realizzazione/prodotto	FASE 1 - Revisione LG - FASE 2 Valutazione del 5% delle CC	
10. Durata	1 anno	
11. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore
	Revisione LG	Revisione LG
	>90%	Sul campione estratto: n. pazienti che ricevono antibioticoprofilassi come dal LG / n. pazienti operati

# All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2015

## **SCHEDA DI PROGETTO 2016**

<b>Azienda</b>	ASST G. PINI - CTO	
<b>Risk Manager</b>	PROF. GIORGIO MARIA CALORI	
<b>1. Titolo del Progetto</b>	MAPPATURA DEI SINISTRI PER LA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO	
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Considerato che uno dei criteri di valutazione della corretta gestione del rischio clinico è l'andamento del contenzioso, e tenuto conto che la ortopedia traumatologica costituisce storicamente il più complesso campo per la genesi di contenzioso, si intende conoscere gli elementi che si vengono ad accorpate strutturalmente e funzionalmente onde meglio valutare ed interpretare con le opportune azioni correttive che la ASST dovrà intraprendere per i suoi tre presidi più il territorio.	
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Clinical Governace	
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>		
<b>4. Ambito di intervento</b>	Tutti i processi clinco - assistenziali correlate alla mappatura dei sinistri	
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	NUOVO	
<b>6. Multaziendale</b>		
<b>6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>		
<b>7. Obiettivo specifico</b>	La mappatura dei sinistri è uno strumento robusto e oggettivo, tramite il quale è possibile effettuare una analisi storica dei sinistri finalizzata alla individuazione delle priorità di intervento per l'incremento della sicurezza del paziente e riduzione del ripetersi di eventi che possono generare denunce di sinistri	
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Raccolta dei dati e classificazione, mappatura sinistri e individuazione aree prioritarie di intervento elaborazione relazione finale e presentazione dei risultati	
<b>9. Realizzazione/prodotto</b>	Mappatura dei sinistri e correlazione con i processi critici prioritari ASST G. PINI (2016) e CTO (2017)	
<b>10. Durata</b>	2 anni	
<b>11. Risultati e indicatori</b>	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
	Mappatura dei sinistri e correlazione con i processi critici prioritari ASST G. PIN	Prestazione dell'esito della mappatura dei sinistri correlata ai processi critici prioritari ASST G. PIN entro il 30 dicembre 2016
	Mappatura dei sinistri e correlazione con i processi critici prioritari ASST CTO	Prestazione dell'esito della mappatura dei sinistri correlata ai processi critici prioritari ASST CTO entro il 30 dicembre 2017

# All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2015

## SCHEDA DI PROGETTO 2016

<b>Azienda</b>	ASST PINI - CTO	
<b>Risk Manager</b>	PROF. GIORGIO MARIA CALORI	
<b>1. Titolo del Progetto</b>	MAPPATURA DELLE PROCEDURE DELL'ASST	
<b>2. Motivazione della scelta</b>	In relazione alla neo- costituita ASST, si ritiene fondamentale avere una visione d'insieme delle procedure in essere presso la ASST in merito alla gestione del rischio clinico. Queste informazioni e dati sono la premessa per una integrazione delle modalità di gestione delle attività nell'ambito della neo costituita ASST da implementare e consolidare a partire dal 2017.	
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Clinical Governace	
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>		
<b>4. Ambito di intervento</b>	Tutti i processi clinco - assistenziali oggetto delle procedure	
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>		
<b>6. Multiaziendale</b>	NO	
<b>6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>		
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Stesura del documento ripilogativo delle procedure per la gestione del rischio clinico nei processi in essere presso l'Ex CTO, correlate a quelle in uso presso l'Ex Gaetano Pini (completamento entro il 2016). Tale output sarà la premessa per uno specifico progetto 2017 finalizzato alla integrare/uniformare le modalità operative per l'ASST.	
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Riconnizione delle procedure in essere presso il CTO ed il G. PINI. Identificazione delle procedure comuni e di quelle specifiche. Mappatura delle procedure (esito propedeutico alla definizione delle procedure da uniformare)	
<b>9. Realizzazione/prodotto</b>	Mappatura delle procedure ASST G. PINI - CTO	
<b>10. Durata</b>	1 anno	
<b>11. Risultati e indicatori</b>	<b>Risultato</b>	<b>Indicatore</b>
	Mappa delle procedure comuni e specifiche delle due ex aziende	Relazione di progetto e mappatura delle procedure comuni e specifiche redatta entro il 30 dicembre 2016