



**L'attività di Risk Management e la gestione del
rischio nell'Azienda Ospedaliera
San Gerardo di Monza**



PRESENTAZIONE E ASSETTO STRUTTURALE.....	2
L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO OGGI.....	3
ORGANIZZAZIONE.....	3
I VOLUMI DI ATTIVITA'	3
IL BACINO D'UTENZA	4
MISSION E VISION AZIENDALI	5
LE STRATEGIE.....	5
LE ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT	6
PIANO ORGANIZZATIVO	7
COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI	8
IL RISK MANAGER	9
FUNZIONI E AREE DI RESPONSABILITA'	10
PROGETTI SPECIFICI	13
ANNO2008.....	13
ANNO2009.....	15
ANNO 2010.....	17
ANNO 2011	19
ANNO2012.....	24



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

PRESENTAZIONE E ASSETTO STRUTTURALE

L'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza è stata costituita con D.P.G.R. n. 4073 del 30.6.1994; ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.L.vo n. 502/1992 e s.m.i., è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, allo scopo di perseguire i propri fini istituzionali.

L'Azienda Ospedaliera San Gerardo ha sede legale in Monza, Via Pergolesi 33 e coincide con il Presidio Ospedaliero "Ospedale San Gerardo" di Monza che comprende Ospedale Vecchio, Ospedale Nuovo, Ospedale di Lissone e relativi ambulatori.

A tal proposito occorre precisare che l'Azienda Ospedaliera San Gerardo dall'1.1.2009 presenta un nuovo assetto conseguente ai provvedimenti regionali che hanno comportato le seguenti modificazioni:

1. afferimento all'A.O. I.C.P. di Milano del presidio ospedaliero E. Bassini di Cinisello Balsamo e delle strutture ambulatoriali ubicate nel territorio di Cusano Milanino e Cologno Monzese, in attuazione della D.C.R. 19 marzo 2008, n. VIII/580 – Determinazioni in ordine all'assetto organizzativo del sistema sanitario lombardo conseguenti all'istituzione della provincia di Monza e Brianza e alla ridefinizione degli ambiti territoriali della Aziende Sanitarie Lombarde;
2. afferimento alla Fondazione "Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma" delle sottoelencate attività sanitarie, a seguito del Decreto della Direzione Generale Sanità n. 7339 del 7.7.2008 ed alla sigla del contratto con la ASL della provincia di Monza e Brianza, come previsto dalla DGR n. VI/47508 del 29.12.1999:
 - Ostetricia
 - Pediatria
 - Neonatologia – Patologia neonatale – T.I. neonatale

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del D. L.vo 502/92 e s.m.i., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata; i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO OGGI

L'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza è un'azienda di rilievo nazionale e ad alta specializzazione: conta circa 3000 dipendenti (fra medici, infermieri, personale tecnico e amministrativo) e ha un bilancio di poco inferiore ai 320 milioni di euro.

È il quinto ospedale pubblico, per dimensioni, della Lombardia e presenta un'elevata integrazione tra le attività di assistenza e quelle di formazione e ricerca essendo sede della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Milano Bicocca.

Dal 2009, come sopra precisato, è attiva la sperimentazione gestionale dell'area Materno Infantile con Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma che nel 2012 proseguirà il secondo triennio.

L'ospedale partecipa ai programmi triennali di valutazione delle Aziende Sanitarie pubbliche e private lombarde secondo gli standard di Joint Commission International (JCI); inoltre sono state certificate secondo i criteri ISO 9001 undici unità operative cliniche e quindici unità operative tecniche e amministrative.

Organizzazione

L'attuale organizzazione, definita dal vigente Piano dell'Organizzazione Aziendale – POA (documento approvato dalla Giunta Regionale con Delibera del 10 febbraio 2010, n. VIII/11382), prevede l'articolazione in 8 Dipartimenti sanitari a cui fanno capo 43 Unità Operative e alcune strutture ambulatoriali dislocate anche sul territorio (Poliambulatorio di Monza presso l'Ospedale Vecchio, oltre a quelli di Lissone e di Macherio).

A questi si aggiungono le aree di supporto, articolate nello Staff della Direzione Generale, nell'Area del Supporto Clinico Sanitario e nel Dipartimento Amministrativo. Numerose sono le eccellenze da segnalare che collocano il San Gerardo tra le strutture ospedaliere lombarde con un elevato tasso di attrazione di pazienti provenienti non solo dall'ambito del territorio provinciale ma anche extraprovinciale ed extraregionale.

I volumi di attività

Nell'arco del triennio 2009/2011, nonostante il ridimensionamento strutturale dell'Azienda Ospedaliera, si è assistito ad una progressiva e continua crescita dei volumi di attività assistenziali e al contestuale orientamento delle attività verso percorsi di maggior appropriatezza, anche a seguito del trasferimento di alcune prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (in particolare le prestazioni di macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale di cui all'Allegato A della D.G.R. 10804/2009 e di Macroattività Ambulatoriale Complessa di cui alla D.G.R. 2633/2011).

Gli accessi al Pronto Soccorso hanno registrato una crescita continua fino a raggiungere la quota di 106 mila accessi nel 2011, registrando una contestuale riduzione del tasso di ospedalizzazione, indice di un appropriato utilizzo delle risorse.

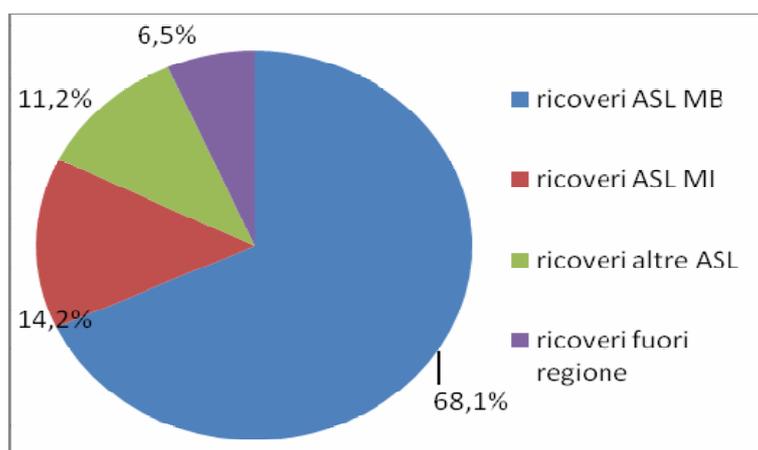


Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Regime	Indicatori di attività	2009	2010	2011
Ricovero Ordinario	Casi	26.297	25.725	24.500
	Degenza Media	7,1	7,4	7,7
	Peso Medio	1,33	1,36	1,42
	Giornate-Accessi	186.233	191.475	188.600
	interventi chirurgici	15.795	14.047	13.200
Day Hospital	Casi	12.471	11.800	11.000
	Degenza Media	3,6	3,9	3,6
	Peso Medio	0,89	0,94	0,98
	Giornate-Accessi	45.306	45.580	39.800
	interventi chirurgici	2.837	3.295	3.300
Ambulatoriale	prestazioni interne	4.114.180	4.215.622	4.000.000
	prestazioni esterni	3.452.501	3.508.709	3.700.000
	interventi chirurgici	7.717	9.576	9.600
Pronto soccorso	accessi PS	100.672	103.891	105.990
	ricoveri da PS	11.362	11.089	10.872
	% tasso ricovero da PS	11,3%	10,7%	10,3%

Il bacino d'utenza

Il bacino d'utenza di riferimento è prevalentemente quello del territorio della Provincia di Monza e Brianza (per il 68% circa) e delle aree limitrofe appartenenti alla Provincia di Milano (14%), con un'attrazione di pazienti da altre province regionali (11%) e da fuori regione e stranieri (0,6%) limitata ad alcune aree specialistiche maggiormente attrattive.



Primo ospedale della Provincia (968 su 3152 PL totali – dati ASL 2010), soddisfa circa il 20% della domanda di ricoveri della popolazione residente nel territorio (850 mila abitanti), seguito dagli ospedali di Desio (13%), Vimercate (10%) e Carate (6,5%), cui si aggiungono i privati di Monza (7%).

Rispetto alla popolazione residente nel Distretto di Monza, invece, l'Azienda soddisfa il 40% della domanda di ricoveri (49% con Fondazione MBBM) seguita dai privati della città (15%).



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Mission e Vision Aziendali

L'Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza persegue la finalità di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere definiti dalla Regione Lombardia, erogando prestazioni di assistenza sanitaria appropriate, secondo parametri di efficienza ed efficacia e collaborando con l'Università di Milano Bicocca nello sviluppo del sapere medico, tecnologico e scientifico, attraverso la realizzazione una rete di ospedali di insegnamento di riferimento nazionale ed internazionale.

Le strategie

In linea con la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale di cui al Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 e con il suo programma *"dalla cura al prendersi cura"*, le strategie di medio-lungo periodo dell'Azienda sono centrate, da una parte, sul potenziamento degli strumenti di miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia ed efficienza delle prestazioni sanitarie erogate e, dall'altra, sono centrate nella costante revisione dei processi di supporto dell'attività sanitaria con la finalità di una più efficiente ed economica gestione delle risorse.

Nel triennio 2012-2014 l'attuazione di tali strategie sarà resa ancor più impegnativa dovendo, nel contempo, realizzare le attività propedeutiche all'avvio del cantiere per la ristrutturazione dell'Ospedale Nuovo, previsto per il mese di marzo del 2013.

Obiettivo strategico dell'Azienda è, infatti, quello di mantenere i livelli di attività e continuare a fornire risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, nonostante l'importante intervento di ristrutturazione programmato, nel rispetto della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti.

Dal 2012 si avvia al secondo triennio il progetto di sperimentazione gestionale con Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma inerente la struttura autonoma costituita dalle UU.OO. di Pediatria e Ostetricia (cliniche universitarie) e Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (reparto ospedaliero) dell'Azienda Ospedaliera. I rapporti di collaborazione e di condivisione delle risorse per il triennio 2012/2014 sono disciplinati da apposita nuova convenzione stipulata nel mese di gennaio.

Si precisa che la convenzione in atto tra Azienda Ospedaliera San Gerardo e Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma prevede una elevata integrazione tra risorse umane, strumentali e tecniche delle due strutture.

A titolo esplicativo e non esaustivo si segnala che:

- presso Fondazione MBBM operano oltre a personale dipendente da quest'ultima, anche dipendenti della A.O. San Gerardo in comando;
- le strutture immobiliari presso le quali svolge l'attività Fondazione sono di proprietà dell'A.O. San Gerardo;
- alcune prestazioni sono svolte da A.O. San Gerardo per Fondazione (servizio anestesia, etc.) e viceversa.

Nel corso del 2012 sarà approvato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale per il triennio 2011-2013.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

L'ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali. Ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcomes ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili

La gestione del rischio clinico rappresenta lo strumento che identifica, valuta e gestisce gli episodi e le azioni che possono colpire la capacità delle organizzazioni di raggiungere i propri obiettivi. Ogni organizzazione, privata o pubblica, deve sempre più ricercare strumenti di gestione che le permettano di sopravvivere a eventi avversi, verosimilmente anche lontani e rari, insiti nella propria attività tipica e trasformare il rischio del loro verificarsi in opportunità di successo e affermazione.

L'impegno per la promozione della sicurezza del paziente coinvolge, a vario titolo e con diversa responsabilità, tutti i soggetti del "sistema salute".

In base alle necessità di ordine organizzativo aziendale e recependo i contenuti della **Circolare 46/SAN e delle successive Linee Guida Regionali**, l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza ha avviato nel corso del **2005** un **Programma di Risk Management aziendale**, definendone l'organizzazione, gli scopi, le modalità ed i tempi di realizzazione.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

PIANO ORGANIZZATIVO

L'implementazione del Progetto di Risk Management nell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, con Delibera n. 153 del 24 marzo 2005, ha previsto:

- la nomina del Coordinatore di Risk Management
con Delibera n. 333 del 22 giugno 2005 ha previsto:
- la nomina dei Membri del Comitato Ristretto di Risk Management
con Delibera n. 644 del 12.12.2005 ha formalizzato:
- la costituzione del Comitato di Valutazione Sinistri

L'attività dell'attuale Struttura di Risk Management è iniziata dal 1 Maggio 2008, data di insediamento del Risk Manager Aziendale, Dr.ssa Chiara Patelli come già previsto dal Piano di Risk Management 2008 presentato in Regione Lombardia dall'A.O. San Gerardo (delibera 259 del 24/04/2008 e trasmesso con Prot. 0010492 il 28/04/2008)

Nel 2011 con delibera n. 105 del 5 aprile 2011 si è deliberata la nuova composizione del Gruppo di Coordinamento della Gestione del Rischio (GCGR), che vede coinvolte le sottoelencate figure:

Direttore Sanitario Aziendale, Risk Manager Aziendale, Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Anestesia e Rianimazione, Direttore Medicina 2^, Direttore Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche, Direttore Fisica Sanitaria, Direttore Medicina Occupazionale e del Lavoro, Direttore Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile AGL, Direttore Farmacia, Direttore SIC, Responsabile SIA, Responsabile SGIS, Responsabile SITRA, Responsabile Ufficio Informazione, Responsabile URP, Responsabile Qualità.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI (C.V.S.)

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è stato istituito con la circolare regionale 46/SAN/2004 e successive linee guida.

L'obiettivo primario di questo organismo è quello di minimizzare l'impatto economico delle richieste di risarcimento attraverso attenta valutazione delle stesse da parte di esperti nel settore legale-sanitario-assicurativo.

Le funzioni principali del CVS nella gestione dei sinistri aziendali, sono le seguenti:

Organizzazione della raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;

Pronta valutazione delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario;

Valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (soprattutto in termini di impatto economico) arrecati agli utenti con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri (anche in un'ottica preventiva);

Per i sinistri in franchigia: decisioni circa la gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per una composizione stragiudiziale della vertenza al fine di addivenire ad un accordo diretto Azienda/danneggiati;

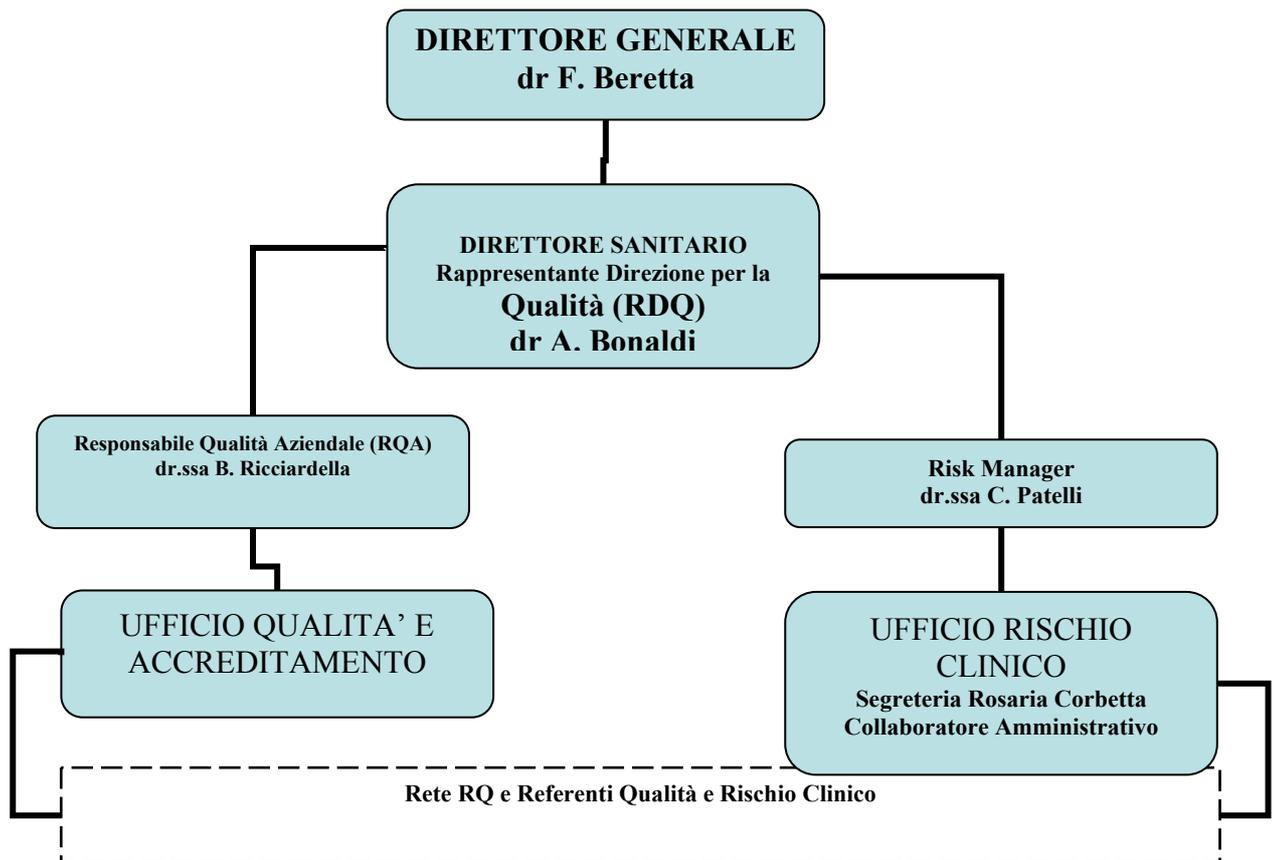
Vista la presenza di un avvocato e di un medico legale, valutazione circa la gestione in proprio di parte del contenzioso giudiziario sanitario;

Contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.



IL RISK MANAGER

L'obiettivo primario dell'Ufficio Rischio Clinico è quella di costruire, implementare e diffondere un Sistema di Gestione che abbia quale elemento fondante l'essere "centrato sulla persona" e come finalità quella di rispondere efficacemente ai reali bisogni di salute della popolazione attraverso gli strumenti e i metodi del risk management, progettando i processi non solo in termini di efficienza e di efficacia delle prestazioni erogate, ma soprattutto in termini di sicurezza del servizio offerto.





FUNZIONI E AREE DI RESPONSABILITA'

Organizzativa: Il Risk Manager è il coordinatore del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR). Svolge attività di consulenza per tutti i membri del Gruppo di Coordinamento. Definisce le politiche di sviluppo per la gestione del rischio aziendale. Stabilisce i metodi per la valutazione del rischio, gli indicatori per la misura e gli strumenti di rilevazione. Orienta e controlla le iniziative di gestione del rischio a livello delle singole Unità Operative affinché siano conformi alle politiche aziendali. Organizza la raccolta e il monitoraggio dei dati per la gestione centralizzata e tempestiva dei rischi e per la valutazione dell'impatto reciproco sulle performance aziendali.

Nell'ambito del Gruppo di Coordinamento:

- definisce gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- individua le criticità più o meno latenti;
- individua strumenti ed azioni (preventive e correttive), per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale;
- definisce strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- sostiene l'attività professionale di operatori sanitari e tecnici;
- propone ed attua piani per contenere i costi assicurativi.

Inoltre:

raccoglie le segnalazioni di eventi avversi \ eventi sentinella \ near miss e attua una analisi intensiva degli eventi avversi (Root Cause Analysis);

assicura il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano del Rischio annuale;

approva \ verifica la documentazione aziendale del sistema di gestione per il Rischio Clinico;

pianifica e collabora per la realizzazione del piano di formazione aziendale per il Rischio Clinico;

valuta le non conformità di processo relative alle procedure di propria competenza;

valuta preliminarmente le proposte di azioni di miglioramento a valenza aziendale;



assicura il monitoraggio delle non conformità e delle azioni correttive e preventive di livello aziendale;

assicura il raggiungimento degli obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati annualmente al Direttore Generale;

mantiene i rapporti con gli Organi Istituzionali e gli altri Enti esterni per il Rischio, rappresenta l'interfaccia aziendale per la gestione del Rischio nei confronti degli interlocutori esterni all'Azienda.

Redige e conserva tutti i documenti aziendali riguardanti la gestione del Rischio. Redige il Piano Annuale del Risk Management per l'anno in corso, da sottoporre alla Direzione per l'approvazione in Delibera. Redige a fine anno il Report sintetico (Relazione Finale) delle attività di Risk Management svolte durante l'anno. Redige i Progetti Operativi e i Report sintetici di fine progetto.

Clinica: Supporta i clinici nella buona pratica assistenziale, attraverso gli strumenti della clinical governance; rafforza la motivazione degli operatori sanitari, orientando i comportamenti verso l'obiettivo della buona pratica clinica e della Safety .

Formativa: Pianifica e collabora alla realizzazione degli eventi di formazione e aggiornamento del personale dell'Azienda, in tema di gestione del rischio. E' membro del Network di Risk Manager della Regione Lombardia. Partecipa agli incontri di formazione organizzati dalla Scuola di Direzione in Sanità (SDS) dell'Eupolis e alle riunioni organizzative della Direzione Generale Sanità in Regione.

Sensibilizza gli operatori al tema del rischio (e alla segnalazione degli eventi avversi), attraverso formazione specifica, ma anche attività di sponsorizzazione e valorizzazione del progetto all'interno dell'Azienda.

Individua momenti di rischio ed eventi avversi, discussione, individuazione ed implementazione di azioni correttive e diffusione dei successi ottenuti a tutto il personale. Individua aree critiche del processo e la loro rivalutazione tecnica in un'ottica di contenimento del rischio.

Svolge attività di consulenza e supporto decisionale alle iniziative di gestione del rischio a livello delle Unità Operative aziendali e degli altri uffici di staff

Implementa a livello aziendale dei metodi proattivi e reattivi di gestione del rischio.

Implementa a livello aziendale delle raccomandazioni istituzionali regionali, nazionali ed internazionali.

Il Risk Manager: E' membro del Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) dell'Azienda.

- componente del Comitato Trasfusionale Ospedaliero (CTO) per il buon uso del sangue.

- componente del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

- collabora con l'Università Milano Bicocca – per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione e per il Corso di Laurea in Scienza Infermieristica



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

PROGETTI SPECIFICI

In ottemperanza alle Linee guida regionali

Anno 2008

I PROGETTI OPERATIVI CHE L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO HA ATTIVATO NELL'ANNO 2008 SONO I SEGUENTI:

1-Procedura per la sicurezza del paziente in camera operatoria: la check list anestesiologicala

2-Miglioramento dell'efficacia della comunicazione: Il Consenso Informato

COMMENTO AL PROGETTO N. 1 PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA: LA CHECK LIST ANESTESIOLOGICA

A livello aziendale, per rispondere all'esigenza di mantenere sotto controllo il processo assistenziale relativo all'intervento chirurgico, sono stati introdotti vari sistemi di sicurezza.

A tale scopo sono stati introdotti:

L'utilizzo di bracciali identificativi per tutti i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento (in uso da gennaio 2006 e successivamente esteso - dicembre 2006 - a tutti i pazienti che accedono in ospedale con sola esclusione dei pazienti ambulatoriali).

L'introduzione di una check list perioperatoria che permette la validazione di controlli sulla identità paziente, completezza della documentazione clinica, idoneità all'intervento, identificazione di sito/lato, dall'accesso al blocco operatorio fino al rientro in reparto.

L'applicazione di controlli e chek list delle apparecchiature ad ogni avvio di sala

La verifica dei carrelli farmaci e dell'emergenza presenti nelle sale operatorie quotidianamente

La verifica periodica di tutto il materiale (farmaci, presidi, strumenti,..) presenti ed utilizzati nei blocchi operatori.

L'utilizzo di una cartella anestesiologicala informatizzata che trasferisce tutti i parametri monitorizzati sulla cartella del paziente evitando la trascrizione manuale e lasciando all'anestesista la possibilità di concentrarsi sulla gestione del paziente e non sulla trascrizione dei dati



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Il personale che ha seguito i corsi regionali ha fatto da supporto al restante personale coinvolto nella rilevazione e ha svolto attività di formazione sul campo nella applicazione delle check list come previsto dalle norme SIAARTI.

COMMENTO AL PROGETTO 2- MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE: IL CONSENSO INFORMATO

Nel corso del 2008 è stata aggiornata con la 6° revisione il documento aziendale "Protocollo per l'informazione e l'acquisizione del Consenso del paziente in ospedale". Tale procedura è stata introdotta nel 2005 e successivamente aggiornata nel corso anni successivi.

Gli aggiornamenti introdotti, in seguito alle disposizioni fornite dalla Direzione Generale Sanità in regione Lombardia, riguardanti la "check list sul consenso informato" sono finalizzati all'evidenza delle modalità di raccolta del consenso, alla presenza di mediatore culturale e/o interprete nella fase di informazione e acquisizione, nelle modalità di esplicitazione di sito/lato.

I Moduli Aziendali utilizzati per la raccolta del consenso informato dal 2005 e giunti alla 6° revisione nel corso del 2008 sono complessivamente quattro: due moduli per il consenso di minori e due per il consenso di persona maggiorenne, rispettivamente per attività in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

Il protocollo prevede che ogni singola struttura abbia redatto i fogli informativi relativi alla procedura/intervento per la quale è richiesto il consenso del paziente.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SUL RISCHIO CLINICO

Da maggio 2008 sono stati organizzati 3 eventi formativi con oggetto il rischio clinico.

INCONTRI DI CULTURA GESTIONALE ED ORGANIZZATIVA

Il primo corso dal titolo " Incontri di cultura gestionale ed organizzativa"

Il secondo corso ha avuto per oggetto il consenso informato: " Il consenso informato o informare al consenso?".

Il terzo corso si intitola "Risk Management in sala operatoria" ed è orientato a tutto il personale non medico di sala operatoria.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Anno 2009

I PROGETTI OPERATIVI CHE L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO HA ATTIVATO NELL'ANNO 2009 SONO I SEGUENTI:

Identificazione referenti rischio clinico e qualità

Il Consenso Informato

Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

La check list peri operatoria anestesiologicala con introduzione del "Time Out"

COMMENTO AL PROGETTO N. 1 - IDENTIFICAZIONE REFERENTI RISCHIO CLINICO E QUALITÀ

Il progetto è stato ideato affinché si possa contare su una rete di professionisti, prevalentemente di area sanitaria che, con uniformità di strumenti, linguaggio e modalità operative possa supportare il Risk Manager Aziendale nell'applicazione e verifica di tutte le proposte operative atte a prevenire il rischio clinico.

I soggetti identificati hanno seguito un percorso di formazione in aula.

I referenti Risk hanno provveduto ad inviare, secondo la tempistica stabilita, i report trimestrali con analisi e discussione degli eventi avversi segnalati a carico della loro struttura, il riconoscimento e l'implementazione di azioni correttive e piani di miglioramento.

COMMENTO AL PROGETTO 2- IL CONSENSO INFORMATO- PROSECUZIONE PROGETTO DEL 2008

COMMENTO AL PROGETTO 3 - RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DANNO AL PAZIENTE IN SEGUITO A CADUTA

Il progetto è nato dalla necessità di maggiore sensibilizzazione del personale sanitario in relazione all'entità del problema delle cadute in ospedale e alla loro segnalazione.

Infatti, le cadute dei pazienti in ospedale, rappresentano un evento avverso con rilevanti conseguenze sia per il paziente che per i suoi familiari (lesioni/fratture che possono prolungare allettamento, compromettere la qualità di vita del paziente riducendo la sua motività e indipendenza, ecc.) e conseguenze a livello aziendale (es.: aumento dei costi per la prolungata degenza, procedure diagnostiche terapeutiche, ecc.), per non parlare delle spiacevoli conseguenze di ordine etico e a volte giuridico per i sanitari coinvolti.

Su questi elementi ci si è soffermati durante il corso di formazione "Le cadute in ospedale" in collaborazione con il Corso di Laurea in Infermieristica, ai fini di illustrare il protocollo " Guida alla prevenzione delle cadute in ospedale" al personale



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

infermieristico delle strutture dell'A.O. San Gerardo con maggior numero di segnalazioni di cadute (Clinica Medica, Geriatria, Malattie Infettive, Neurochirurgia, Pneumologia, Medicina d'Urgenza, Nefrologia e Chirurgia Generale).

COMMENTO AL PROGETTO N. 4- LA CHECK LIST PERI OPERATORIA ANESTESIOLOGICA CON INTRODUZIONE DEL "TIME OUT"

Durante il 2009 si è provveduto a riesaminare la check list perioperatoria in uso in azienda e ad integrarla con le parti mancanti previste dalla check list SIAARTI per la valutazione del paziente chirurgico.

La parte del "Time Out" (previa formazione in aula e sul campo del personale dei blocchi Operatori, di Anestesisti e Chirurghi) non è stata introdotta come previsto nel progetto. Infatti, vista la complessità del progetto e la ricaduta organizzativa sulle Strutture coinvolte, la Direzione ha ritenuto opportuno pianificare la realizzazione del progetto per l'anno 2010.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SUL RISCHIO CLINICO

Da aprile 2009 sono stati organizzati 3 eventi formativi con oggetto il rischio clinico.

1. CORSO BASE DI FORMAZIONE SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Obiettivo del corso è l'uniformità del linguaggio illustrando l'importanza di una gestione integrata come massima espressione di eccellenza dell'organizzazione e strumento per ridurre, quando possibile annullare e tenere sotto controllo tutti i rischi aziendali.

2. CONSENSO INFORMATO O INFORMARE AL CONSENSO?

Il secondo corso ha avuto per oggetto il consenso informato: " Il consenso informato o informare al consenso?".

3. PREVENZIONE DEL DANNO DA CADUTA DEL PAZIENTE RICOVERATO IN OSPEDALE

Il terzo corso dal titolo "Prevenzione del danno da caduta del paziente ricoverato in ospedale".

VALUTAZIONE DEI PROCESSI CLINICO- ASSISTENZIALI

Nel corso del 2009, sono stati effettuati incontri con il personale delle strutture che hanno inviato segnalazioni relative ad eventi avversi o near miss, finalizzate alla restituzione dei dati o alla organizzazione di incontri ad hoc per l'analisi collettiva degli *eventi*.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

SICUREZZA TECNOLOGICA E STRUTTURALE IN AREA CRITICA

In riferimento alla nota regionale prot. N. H1.2009.0029301 del 5/08/2009, si è proseguito, anche per il 2009, nel progetto per la gestione del rischio strutturale e tecnologico in area critica.

Il progetto è stato coordinato dal Risk Manager Aziendale in collaborazione con il Servizio di Ingegneria Clinica, Il Servizio Prevenzione e Protezione ed il Servizio di Gestione Impianti ed Infrastrutture.

Anno 2010

I PROGETTI OPERATIVI CHE L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO HA ATTIVATO NELL'ANNO 2010 SONO I SEGUENTI:

Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito di caduta

La check list per la sicurezza in sala operatoria "Time-out"

Corretta comunicazione dei valori critici di laboratorio

COMMENTO AL PROGETTO N. 1 -RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DANNO AL PAZIENTE IN SEGUITO DI CADUTA -

E' stato attuato, oltre a quelli elencati, un progetto correlato alla Prevenzione del danno da caduta, come da Linee di Indirizzo della Regione Lombardia, DGS n°7295 del 22/07/2010.

Sulla base delle indicazioni contenute nel documento, si è provveduto alla introduzione della check list di valutazione ambientale, per la mappatura dei rischi ambientali finalizzata agli interventi di prevenzione delle cadute in ospedale.

In ottemperanza a quanto stabilito dal Decreto n.7295 del 22.7.2010, l'A.O. San Gerardo di Monza ha disposto, con deliberazione n. 686 del 16.12.2010, di costituire il Gruppo di lavoro Dedicato (**GAD Cadute**).

COMMENTO AL PROGETTO N. 2 -LA CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA "TIME-OUT"

Alla luce delle disposizioni ministeriali e delle Linee guida di Regione Lombardia, già nel 2009 si è costituito un gruppo di lavoro composto dal Risk Manager, da Chirurghi, Anestesisti, Nurse di sala operatoria e Coordinatori del Blocco operatorio, allo scopo di implementare in Azienda le Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria e relativa check list.

Nei corsi in aula e sul campo (blocchi operatori, reparti chirurgici), è stato distribuito e spiegato punto per punto il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria" (Ministero



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

della Salute, ottobre 2009) ed è stata proposta la visione del video esplicativo su come si usa e come non si usa la check list per la sicurezza in sala operatoria, contenuta nel suddetto manuale. Nella logica del miglioramento e della sicurezza della qualità delle prestazioni erogate è importante rivolgersi a tutti gli operatori coinvolti nelle attività chirurgiche. La check list perioperatoria in uso in azienda è stata oggetto di revisione e sostituita da due check list differenziate, che sono state proposte e spiegate nel dettaglio all'interno del corso stesso, al fine di rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori e implementare gli standard di sicurezza su tutte le sale operatorie e nel corso di tutta la procedura chirurgica.

COMMENTO AL PROGETTO N. 3 - CORRETTA COMUNICAZIONE DEI VALORI CRITICI DI LABORATORIO

I laboratori del dipartimento di medicina diagnostica e dei servizi hanno redatto procedure e documenti per la comunicazione dei valori critici nell'ambito del 2° obiettivo internazionale di sicurezza dei pazienti e dell'operatore del programma di accreditamento all'eccellenza JCI, scelto dalla Regione Lombardia come sistema di gestione di qualità degli Ospedali Lombardi.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SUL RISCHIO CLINICO

Da marzo 2010 sono stati organizzati 3 eventi formativi con oggetto il rischio clinico.

1- "PREVENZIONE DEL DANNO IN SEGUITO A CADUTA ACCIDENTALE DEL PAZIENTE RICOVERATO IN OSPEDALE"

2 " La check list per la sicurezza in sala operatoria" –

3 " GLI OBIETTIVI INTERNAZIONALI DI SICUREZZA PER IL PAZIENTE E PER GLI OPERATORI

SICUREZZA TECNOLOGICA E STRUTTURALE IN AREA CRITICA

In riferimento alla nota regionale prot. N. H1.2009.0044543 del 18/12/2009, si è proseguito, anche per il 2010, nel progetto per la gestione del rischio strutturale e tecnologico in area critica.

Il progetto è stato coordinato dal Risk Manager Aziendale in collaborazione con il Servizio di Ingegneria Clinica, Il Servizio Prevenzione e Protezione ed il Servizio di Gestione Impianti ed Infrastrutture.

Il progetto prevede la registrazione puntuale degli accadimenti avversi connessi a carenze di tipo strutturale e tecnologico presso ogni U.O./Servizio dell'Azienda. Il gruppo di lavoro costituito ha effettuato incontri per sviluppare il progetto durante l'anno 2010.



I risultati dell'indagine sono stati inoltrati secondo le modalità e i tempi previsti dal progetto.

Anno 2011

I PROGETTI OPERATIVI CHE L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO HA ATTIVATO NELL'ANNO 2011 SONO I SEGUENTI:

Progetto 1: La sicurezza in sala operatoria: il "Time Out"

Progetto 2: Sorveglianza della gestione degli elettroliti concentrati

Progetto 3: Studio di sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico

COMMENTO AL PROGETTO N. 1: La sicurezza in sala operatoria: il "Time Out"

Alla luce delle disposizioni ministeriali e delle Linee guida di Regione Lombardia, dal 2009 si è costituito un gruppo di lavoro composto dal Risk Manager, da Chirurghi, Anestesisti, Nurse di sala operatoria e Coordinatori del Blocco operatorio, allo scopo di implementare in Azienda le Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria e relativa check list.

Nell'anno 2010 nei corsi in aula e sul campo (blocchi operatori, reparti chirurgici), è stato spiegato punto per punto il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria" (Ministero della Salute, ottobre 2009) ed è stata proposta la visione del video esplicativo su come si usa e come non si usa la check list per la sicurezza in sala operatoria, contenuta nel suddetto manuale.

Nell'anno 2011 sono stati effettuati dei corsi di formazione mirati alla sicurezza del paziente, con la divulgazione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria e relativa check list, alle Strutture che eseguono procedure invasive al di fuori del blocco operatorio (endoscopia digestiva, radiologia interventistica e chirurgia plastica mano).

Nello specifico, sulla base delle indicazioni ministeriali:

- in endoscopia digestiva si è creato un gruppo di lavoro per la preparazione di un poster dedicato al risk management che evidenziasse i punti di maggior rischio per il paziente nel percorso endoscopico. Si è evidenziata la necessità di costruire una scheda paziente che abbracciasse la problematica dell'identificazione, del time-out, della prescrizione scritta dei farmaci sedativi, delle consegne scritte per l'infermiere della recovery e la valutazione infermieristica della dimissibilità del paziente. La scheda, costruita in collaborazione con l'UO Risk Management, è attualmente in fase di sperimentazione (dopo aver subito modifiche sulla base delle segnalazioni infermieristiche e mediche). Al termine del periodo definito per la sperimentazione verrà data l'autorizzazione alla pubblicazione del documento sul sito aziendale.



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Analogo percorso si è svolto in radiologia interventistica. Si sono svolti incontri con il personale del Servizio, il Risk Manager, il Direttore Sanitario di Presidio, il Responsabile della Qualità e il Direttore della Struttura, con lo scopo di definire chiaramente i ruoli del personale infermieristico, medico e tecnico nella identificazione del paziente, dei campioni biologici e della lateralità. E' stata predisposta una scheda di Time-out mirato alla salvaguardia del processo di identificazione del paziente e alla correttezza della lateralità. La scheda è attualmente in fase di sperimentazione. Al termine del periodo definito per la sperimentazione verrà data l'autorizzazione alla pubblicazione del documento sul sito aziendale.

Per migliorare l'adesione al progetto sulla base delle criticità riscontrate sono state apportate delle modifiche sulla check list Time-out in uso. Nello specifico sono state individuate le figure dei professionisti deputati alla compilazione.

COMMENTO AL PROGETTO N. 2: Sorveglianza della gestione degli elettroliti concentrati

In riferimento alla scheda di progetto 2011 "sorveglianza della gestione degli elettroliti concentrati" si comunica che:

- è stata pubblicata la revisione della procedura relativa alla gestione dei sali di potassio cloruro implementata con le raccomandazioni relative ai sali di magnesio, sodio e calcio.
- è stata pubblicata la revisione del modulo aziendale relativo alla richiesta nominale delle fiale di potassio cloruro concentrato
- sia la procedura che la modulistica sono stati presentati ai coordinatori infermieristici ed ai direttori di struttura e medici referenti qualità.
- durante gli audit effettuati nelle strutture si è verificata l'applicazione della procedura relativa alla gestione degli elettroliti concentrati. Il risultato è del 98,7% come evidenziato dalla scheda indicatore.

I documenti redatti sono stati pubblicati nel programma aziendale

COMMENTO AL PROGETTO N.3: Studio di sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico

Obiettivo del progetto è quello di monitorare l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico insorte a seguito di interventi "pulito-contaminati"¹ e porre le basi per un sistema di sorveglianza che consenta di intraprendere le azioni adeguate al fine di evitare le infezioni prevenibili e migliorare così la qualità delle prestazioni sanitarie.

Lo studio ha inoltre l'obiettivo di individuare alcuni comportamenti ritenuti "critici" nel comparto operatorio: l'insorgenza delle infezioni del sito chirurgico ha cause multifattoriali e diventa difficile identificare quale tra esse sia la causa scatenante.

Obiettivi specifici dello studio sono:

- calcolare l'incidenza delle infezioni della ferita a 30 giorni dall'intervento
- osservare e misurare quali sono i comportamenti scorretti che più frequentemente il personale di sala operatoria attua.

¹ La classificazione degli interventi chirurgici in relazione al grado di contaminazione batterica identifica come procedure di tipo pulito-contaminate l'accesso alle vie respiratorie, gastroenteriche, orofaringee, urogenitali ma senza significativa contaminazione e senza presenza di infezioni in atto (ad es. colecistectomia)



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Per raggiungere tali obiettivi si utilizzano i seguenti indicatori:

- Numero di infezioni rilevate a 30 giorni dall'intervento/numero di interventi chirurgici monitorati a 30 giorni x100
- Numero di comportamenti scorretti rilevati/numero di osservazioni effettuate

L'Unità Operativa di Chirurgia III dell'Azienda, nell'ambito del sistema di miglioramento continuo della qualità e al fine di avviare una strategia di gestione del rischio di acquisizione delle infezioni ospedaliere, ha effettuato un monitoraggio dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico definite "pulito-contaminate" della chirurgia addominale, comprendendo sia le infezioni evidenziabili durante il ricovero che quelle post-dimissione.

In parallelo, con la collaborazione dell'Ufficio Epidemiologico, si è verificata l'aderenza degli operatori alle misure di prevenzione perioperatorie suggerite dalla comunità scientifica internazionale.

La popolazione oggetto dello studio comprende tutti i pazienti ricoverati presso l'U.O. Chirurgia III dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo sottoposti a interventi di chirurgia pulito-contaminata dall'1 aprile 2011 al 31 dicembre 2011.

Sono incluse tutte le infezioni del sito chirurgico rilevate durante la degenza, quelle rilevate durante i controlli ambulatoriali e a 30 giorni dall'intervento.

Lo studio ha inoltre l'obiettivo di individuare alcuni comportamenti ritenuti "critici" nel comparto operatorio.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SUL RISCHIO CLINICO

Nel corso dell'anno 2011 sono stati organizzati n. **3** eventi formativi con oggetto il rischio clinico e n. 2 Gruppi di Miglioramento.

"La gestione delle Non conformità ed Eventi Avversi"

L'evento ha coinvolto il personale del Dipartimento Medicina Diagnostica e dei Servizi. La metodologia didattica utilizzata prevedeva sia la lezione\discussione in aula e analisi dei casi. Durante il corso sono state fornite delle slide a supporto della didattica.

Il corso si proponeva di definire la terminologia degli eventi avversi, non conformità ed azione correttiva, sia per quanto riguarda i riferimenti alla norma ISO 9001, ed agli standard JCI ed Obiettivi Internazionali di Sicurezza del paziente e dell'operatore. Inoltre è stata analizzata la metodologia di incident reporting in uso nell'azienda San Gerardo come mezzo per gestire e ridurre i rischi nell'ambito delle attività di Risk management, con utilizzo del software aziendale 'eventi'. Sono stati inoltre analizzati i casi segnalati dalle UO del Dipartimento al fine di individuare le azioni correttive e monitorarne l'efficacia..

Il corso ha permesso ai partecipanti di acquisire le conoscenze teoriche necessarie per poi poter individuare correttamente le NC ed eventi avversi e a chiarire l'utilizzo del software aziendale "Eventi".

"Prevenzione del danno da caduta del paziente ricoverato in Ospedale"

L'evento è stato correlato alla diffusione del nuovo Protocollo Aziendale per la prevenzione del danno da caduta entrato in vigore dal 01/01/2010, ed alle procedure



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

correlate per la identificazione della persona a rischio di caduta, nonché delle strategie di prevenzione applicabili in ospedale.

Nel corso sono state spiegate e diffuse le Linee guida di Regione Lombardia per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e gestione del rischio caduta del paziente.

Si sono presentati in modo mirato i dati relativi alle cadute delle persone ricoverate nella nostra Azienda e dell'impatto economico che questo comporta.

Obiettivo prefissato, oltre alla diffusione del protocollo e della nuova modulistica aziendale, era la maggiore diffusione della consapevolezza che la prevenzione sia un ottimo strumento per evitare maggiori spese correlate alla degenza dopo episodi di caduta complicanti lo stato di salute della persona ricoverata, sia per far capire che gli sforzi assistenziali volti alla prevenzione sono finalizzati a diminuire i carichi di lavoro successivi.

Il corso ha permesso un confronto propositivo in aula, tanto che molti dei suggerimenti riportati, sono stati integrati, dopo opportuna verifica e revisione della letteratura e dal GAD CADUTE, anche nel protocollo aziendale. I partecipanti sono risultati essere molto sensibili e orientati al problema.

“ Obiettivi Internazionali di sicurezza per il paziente e per gli operatori”

L'evento ha coinvolto personale di varie qualifiche purché con funzione di Referente Qualità e Rischio Clinico. La metodologia didattica utilizzata prevedeva una lezione\discussione in aula. Durante il corso sono state fornite delle slide a supporto della didattica.

L'obiettivo del corso era quello di dare ai Referenti Qualità e Rischio Clinico adeguati strumenti rispetto ai contenuti e fornire strategie per la prevenzione del danno al paziente, sulla base dei sei Obiettivi Internazionali di Sicurezza previsti dal progetto triennale di valutazione delle Aziende Sanitarie secondo gli standard Joint Commission International.

In aula sono stati analizzati i seguenti aspetti:

- Obiettivo Internazionale 1: identificare correttamente il paziente.
- Obiettivo Internazionale 2: migliorare l'efficacia della comunicazione
- Obiettivo Internazionale 3: migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio
- Obiettivo Internazionale 4: garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
- Obiettivo Internazionale 5: ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria
- Obiettivo Internazionale 6: ridurre il rischio di danno conseguente a caduta accidentale

Il corso ha permesso ai partecipanti di acquisire le conoscenze teoriche e gli strumenti per applicare le raccomandazioni Internazionali nella propria Unità Operativa.

La verifica dell'efficacia della formazione è stata possibile sia attraverso gli audit aziendali interni sia in sede di audit esterno per la verifica della compliance al Programma Regionale Triennale di valutazione delle AO secondo gli standard JCI.



“ Gruppo di miglioramento sulla prevenzione delle cadute in ospedale”

L' A.O. di Monza, seguendo le indicazioni contenute nel documento emanato a luglio 2010 dalla Regione Lombardia *“Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedaliero in RSA-RSD”*, ha implementato, attraverso un Gruppo di Lavoro multidisciplinare specifico (**GAD CADUTE**), d'intesa con la Direzione Aziendale con cui, ogni anno, si stabilisce la politica di gestione del rischio in Azienda, un strategia di prevenzione multifattoriale. Gli obiettivi formativi che il Gruppo di lavoro si è posto nell'introdurre programmi di prevenzione, sono stati definiti nello specifico dalla emanazione di linee di indirizzo aziendali sui vari aspetti del rischio, verificandone l'applicazione (sicurezza per il paziente, sicurezza tecnologia e strutturale, sicurezza dei lavoratori, sicurezza dei dati).

Il GAD CADUTE nel corso dell'anno 2011, in linea con le aspettative aziendali, ha lavorato per ridurre il rischio caduta per tutti i pazienti che accedono alla nostra struttura attraverso l'implementazione di un sistema di interventi integrati in grado di valutare in modo completo i pazienti, pianificando interventi preventivi efficaci, nonché intervenendo su fattori ambientali e strutturali.

Il GAD ha quindi proposto ed ottenuto dal Gruppo di lavoro per la revisione della cartella clinica, che il modulo per la valutazione del rischio cadute sia inserito come campo obbligatorio nella cartella clinica, anche in previsione di una prossima cartella clinica informatizzata.

E' stata proposta anche la possibilità di formulare delle Flow chart sulla gestione dei pazienti a rischio cadute ad uso e promemoria degli operatori, facilitando la consultazione esponendole nelle centraline o luoghi di ritrovo.

Si provvederà inoltre alla revisione migliorativa degli opuscoli già esistenti allo scopo di sensibilizzare i parenti ed i famigliari sul rischio di cadute durante il ricovero.

Nell'ultimo incontro del GAD cadute è stato divulgato il documento emanato dal Ministero della Salute: *“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*. Raccomandazione n° 13, novembre 2011

“Gruppo per il Coordinamento della Gestione del Rischio”

Il “Gruppo per il Coordinamento della Gestione del Rischio”

Il Gruppo è formato da 18 componenti, nominati con Delibera aziendale n.105 del 5 aprile 2011, che ha riorganizzato ed integrato il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio precedentemente esistente, secondo le indicazioni della nuova Direzione Strategica insediatasi il 1.01.2011.

Il Gruppo, coordinato dal Risk Manager Aziendale, dott. Chiara Patelli, risulta pertanto composto dal Direttore Sanitario Aziendale, dal Direttore Sanitario di Presidio, dal Direttore del Servizio di Anestesia e Rianimazione I, dal Direttore della Medicina II, dal Direttore del Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche, dal Direttore della Fisica Sanitaria, dal Direttore della Medicina Occupazionale e del Lavoro, dal Direttore del Servizio Prevenzione Protezione, dal Responsabile Affari generali e Legali e coordinatore CVS (Comitato Valutazione Sinistri), dal Direttore della Farmacia, dal



Presentazione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Direttore del Servizio Ingegneria Clinica, dal Direttore del Servizio Informatico Aziendale, dal Responsabile del Servizio Impianti e Strutture, dal Direttore del SITRA, dal Responsabile Ufficio Formazione, dal Responsabile Aziendale per la Qualità, dal responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La Circolare Regionale 46/SAN del 27.12.2004 ha stabilito le linee di indirizzo prioritarie in merito alla gestione del Rischio sanitario, condivise dal Gruppo di Lavoro costituitosi tra Direzione Generale Sanità, Aziende Sanitarie e Compagnie Assicuratrici, per una migliore politica di Risk Management.

Fulcro dell'attività di Risk Management deve essere il Gruppo per il Coordinamento della Gestione del Rischio, che deve collaborare con il Risk Manager (che del gruppo è il coordinatore) allo scopo di definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio, individuare le criticità più o meno latenti, individuare strumenti ed azioni (preventive e correttive) per la riduzione dei danni al paziente e al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale, definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura, sostenere l'attività professionale degli operatori, proporre ed attuare piani di contenimento dei costi assicurativi. Il Gruppo deve inoltre collaborare con il Risk Manager Aziendale per la sensibilizzazione degli operatori sul tema del Rischio, e per la diffusione della cultura del Rischio a tutti i livelli, secondo le proprie competenze e funzioni.

Le azioni decise all'interno degli incontri, sono state condivise nonché discusse all'interno del gruppo, portate a termine e rendicontate negli incontri successivi.

Gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti dal Gruppo, nell'ottica di dare continuità operativa a quanto intrapreso a livello Aziendale negli anni precedenti. Per il 2012 il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio proseguirà la sua attività secondo gli indirizzi forniti da Regione Lombardia nelle specifiche "Linee guida attività Risk Management-anno 2012"

Anno 2012

I PROGETTI OPERATIVI CHE L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO HA INTENZIONE DI ATTIVARE NELL'ANNO 2012

Progetto n°1- Studio di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC)- prosecuzione anno 2011

Il progetto è la prosecuzione di quello iniziato nel 2011. Lo studio delle ISC mostra una criticità legata alla sorveglianza post-intervento. Infatti l'insorgenza delle infezioni è un evento che si può manifestare fino a 30 giorni dopo l'intervento chirurgico. Pertanto, nel 2011 si è riunito un gruppo di lavoro multidisciplinare, (Risk Manager, un chirurgo, un'infermiera epidemiologa e un'infermiera esperta in vulnologia) con lo scopo di progettare e sperimentare un sistema di sorveglianza delle infezioni fino al trentesimo giorno post intervento.

L'obiettivo della prosecuzione del progetto è quello di monitorare l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico insorte a seguito di interventi "pulito-contaminati" e continuare la sorveglianza in modo da intraprendere le azioni adeguate al fine di evitare le infezioni prevenibili e migliorare così la qualità delle prestazioni sanitarie.



Al fine di apportare un miglioramento nel monitoraggio delle ISC pulite- contaminate, sulla base delle criticità emerse nella verifica del progetto nel 2011, nel 2012 verranno apportate modifiche quali:

- revisione dello strumento cartaceo di raccolta dati
- estensione del campionamento alle strutture afferenti al dipartimento chirurgico dell'Azienda (chirurgia 1°, chirurgia 2°, chirurgia 3°).
- Azioni di miglioramento sulla base delle criticità emerse nel 2011 (resistenza alla compilazione delle schede, restituzione puntuale dei dati per la loro elaborazione, insufficiente compliance alle linee guida aziendali sull'antibiotico profilassi -timing/molecola-, comportamenti disomogenei non rispondenti alle indicazioni delle linee guida ISPEL che regolamentano l'accesso alle sale operatorie).

Progetto n° 2- Sicurezza nell'utilizzo di sangue ed emoderivati nella pratica clinica

Questo progetto è stato scelto seguendo le linee guida attività di Risk Management per il 2012 trovando riferimento nella Raccomandazione Ministeriale in materia di Rischio Clinico n° 5: "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO".

L'obiettivo del progetto è quello di ridurre i rischi di errore trasfusionale.

Il progetto prevede l'istituzione di un gruppo di lavoro che coinvolge dirigenti medici di specialità differenti (dirigente medico di Direzione Sanitaria, anestesista, cardiologo, ortopedico, chirurgo e geriatra) coordinati dal Risk Manager e da un dirigente medico del Servizio Trasfusionale.

Durante gli incontri, verranno revisionati i documenti aziendali già esistenti, alla luce degli aggiornamenti dettati dalle Linee Guida Internazionali con lo scopo di garantire il corretto uso del sangue, degli emocomponenti ed emoderivati.

Si intende monitorare tutto il processo trasfusionale per identificare le possibili cause di errore ai vari livelli e prevenire gli errori trasfusionali.

Progetto n° 3- Revisione del programma Aziendale di Incident Reporting

Questo progetto è stato scelto facendo riferimento alle "Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità" emanato dal Ministero della Salute a giugno 2011.

La tracciabilità della gestione degli eventi, formalizzata mediante atto aziendale, deve permettere di identificare i fattori causali e/o contribuenti ed individuare le azioni utili a tutela della salute pubblica e a garanzia della sicurezza del sistema sanitario.

Lo strumento di incident reporting, già presente in Azienda, risponde a queste caratteristiche ma, valutate le criticità, si è scelto di rivederlo e adeguarlo alle necessità riscontrate nelle verifiche, per assicurare miglioramento e continuità al programma Aziendale.

L'obiettivo del progetto è quello di revisionare lo strumento informatico, sulla base delle criticità evidenziate.

Tale progetto sarà implementato dalla Struttura Risk Management per quanto riguarda i contenuti e supportato dal SIA per ciò che concerne lo strumento informatico.



EVENTI FORMATIVI AZIENDALI

Per il 2012 sono stati inserite nel piano formazione aziendale le proposte formative correlate ai progetti previsti nel presente documento.

Nello specifico saranno tenuti corsi con oggetto:

- "Il lavoro di squadra come strumento di gestione del rischio"
- "Sicurezza nell'utilizzo di sangue ed emoderivati"
- "Gruppo di miglioramento sulla prevenzione delle cadute in ospedale"

Anche nel 2012 l' U. O. Risk Management prosegue l'attività collaborativa di formazione partecipando a corsi aziendali sulla base delle richieste e criticità delle singole strutture dell'Azienda.