

AZIENDA SOCIO - SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALLE OLONA

21052 **BUSTO ARSIZIO** – Via A. Da Brescia, 1
(D.G.R. n. X/4482 del 10/12/2015)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

000415 28.03.2018

N°	DATA

adottata ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., della L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 s.m.i. e della D.G.R. n. X/4639 del 19 dicembre 2015

OGGETTO:

**APPROVAZIONE PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT P.A.R.M. – ANNO
2018 DELL'ASST VALLE OLONA.**

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che con deliberazione della Giunta Regionale n. X/4482 del 10.12.2015 avente ad oggetto: "Attuazione L.R. 23/2015: Costituzione Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle Olona", è stata costituita a partire dal 1° gennaio 2016 l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle mediante fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" con scorporo del Presidio Ospedaliero di Tradate e dell'Azienda Ospedaliera Sant'Antonio Abate di Gallarate e contestualmente conferimento da scissione di strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex distretti dell'ASL della Provincia di Varese;

Atteso che, con Circolare n. 46/SAN del 27.12.2004, la Regione Lombardia ha definito la strategia e le modalità operative per implementare un sistema di Risk Management all'interno delle Aziende Sanitarie;

Richiamata la Circolare della Regione Lombardia prot. n. G1.2017.0038696 del 21/12/2017 "Linee operative Risk Management – Anno 2018" con la quale sono state fornite indicazioni in merito alla definizione delle linee strategiche e delle azioni da intraprendere in ambito di gestione del rischio e sono state evidenziate le priorità di intervento per l'anno 2018;

Sede legale: Via A. da Brescia, 1 - 21052 Busto Arsizio - Tel. (0331) 699.111/381.800 - Telefax (0331) 699.411
Presidio Osped. Busto A.: Via A. da Brescia - Tel. (0331) 381.800-699.111
Presidio Osped. Saronno: P.le Borella 3 - Tel. (02) 9613.1 / Presidio Osped. Gallarate: Via Pastori, 4 - Tel. (0331) 751.111
Presidio Osped. Angera: Via Bordini, 9 Tel. (0331) 961.111 / Presidio Osped. Somma L.: Via Ospedale, 3 - Tel. (0331) 751.111
Codice Fiscale/Partita IVA 03510190121

AZIENDA SOCIO - SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALLE OLONA

21052 **BUSTO ARSIZIO** – Via A. Da Brescia, 1

(D.G.R. n. X/4482 del 10/12/2015)

Dato atto che è previsto che il Piano Annuale di Risk Management 2018 dovrà integrarsi con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione e dovrà esplicitare:

- La strategia e le linee di intervento da definire in base all'analisi di eventi avversi, degli eventi sentinella, dei near miss e dell'andamento del contezioso;
- I progetti operativi, da un minimo di due ad un massimo di cinque, devono favorire la realizzazione di progetti multi-aziendali per ottimizzare le risorse e far crescere le sinergie;

Rilevato che, a cura del Risk Manager Aziendale, Dr. Gianluigi Gariboldi, sono stati predisposti i documenti sottoindicati:

- Piano Annuale Risk Management – P.A.R.M. Anno 2018;
- n. 2 schede relative ai seguenti progetti aziendali:
 1. Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 in Azienda – La ricognizione e la riconciliazione farmacologica
 2. Monitoraggio della sicurezza del paziente in sala operatoria”;

Dato atto che è stata acquisita l'attestazione di regolarità amministrativa espressa dal Responsabile della S.A. Affari Generali e Istituzionali, ai sensi del decreto legislativo n. 286/1999 e del decreto legislativo n. 123/2011, giusta proposta registrata al progressivo n. 444 ed acquisita agli atti della S.A. Affari Generali e Istituzionali;

Ritenuti gli stessi meritevoli di approvazione;

Sentito il parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore SocioSanitario ai sensi della normativa vigente;

DELIBERA

1° - di prendere atto ed approvare i sottoelencati documenti così come predisposti dal Risk Manager aziendale, Dr. Gianluigi Gariboldi, ed allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale:

- Piano Annuale Risk Management – P.A.R.M. Anno 2018;
- n. 2 schede relative ai seguenti progetti aziendali:
 1. Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 in Azienda – La ricognizione e la riconciliazione farmacologica
 2. Monitoraggio della sicurezza del paziente in sala operatoria”

2° - di trasmettere copia del presente provvedimento alla Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare;

AZIENDA SOCIO - SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALLE OLONA

21052 **BUSTO ARSIZIO** – Via A. Da Brescia, 1
(D.G.R. n. X/4482 del 10/12/2015)

3° - di dare atto che la presente deliberazione è immediatamente esecutiva ai sensi della L.R. 33/2009 e s.m.i. "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Marco Passaretta)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Caterina Maria Tridico)

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO
(Dr. Enzo Brusini)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Giuseppe Brazzoli)

Piano Annuale Risk Management - P.A.R.M. Anno 2018

MOD 08 PiQ
 Rev. 03
 27.03.2017

Pagina 1 di 5

Attività Programmata / Ordinaria	Obiettivi annuali	Esecuzione - Attori e Responsabilità	Templistica di attuazione	Attività previste	Indicatori	Verifica esecuzione
<p><u>Progetto 1:</u></p> <p>“Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 in Azienda - La Ricognizione e la Riconciliazione Farmacologica”</p>	<p>Diffondere a livello aziendale la cultura dell'uso sicuro dei farmaci, consolidando un percorso integrato tra ospedale e territorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UU.OO. mediche e chirurgiche dei PPOO ➢ UU.OO. Farmacia ➢ UOC Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico 	<p style="text-align: center;">2018</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione Gruppo di Miglioramento Aziendale "Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 - la Ricognizione e la Riconciliazione Farmacologica" 2. Predisposizione di un modello di checklist di controllo, da utilizzare per la sorveglianza attiva della applicazione della PG16 (Procedura di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica) 3. Effettuazione delle visite on-site nelle UU.OO. 4. Analisi dei dati di feedback delle visite on-site 5. Restituzione del dato alle UU.OO. con evidenza delle eventuali azioni di miglioramento da implementare 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbali di incontro del Gruppo di Miglioramento - Grado di adesione alle modalità operative previste nella PG16 CC conformi / CC verificate: >= 60% 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Gruppo di Miglioramento Aziendale multidisciplinare ➢ UOC Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico
<p><u>Progetto 2:</u></p> <p>“Monitoraggio della Sicurezza del Paziente in Sala Operatoria”</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Favorire l'utilizzo da parte del personale delle UU.OO. chirurgiche, del Blocco Operatorio e del Blocco Parto degli strumenti di controllo e tutela della sicurezza del paziente (Check-list, Racc. Min. nn. 2 e 3); b. Favorire il lavoro di equipe ("team working"); c. Misurare il livello di implementazione delle nuove modalità operative previste dalla PG17 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UUOO Dipartimento Chirurgico, ➢ UUOO Anestesia e Rianimazione, ➢ UOC Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico 	<p style="text-align: center;">2018</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione Gruppo di Miglioramento Aziendale "Monitoraggio della Sicurezza del Paziente in Sala Operatoria" 2. Predisposizione di un modello di checklist di controllo da utilizzare per la sorveglianza attiva nelle UU.OO. Chirurgiche e nei Blocchi Operatori (monitoraggio PG17, "Le checklist per la sicurezza in sala operatoria") 3. Effettuazione delle visite on-site nelle UU.OO. Chirurgiche e nei Blocchi Operatori/Blocchi Parto della ASST 4. Analisi dei dati di feedback delle visite on-site 5. Restituzione del dato alle UU.OO. e ai Responsabili del Blocchi Operatori con evidenza delle eventuali azioni di miglioramento da implementare 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbali di incontro del Gruppo di Miglioramento - Grado di adesione alle modalità operative previste nella PG16 (indicatori inclusi) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Gruppo di Miglioramento Aziendale multidisciplinare ➢ UOC Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico

Piano Annuale Risk Management - P.A.R.M. Anno 2018

Attività Programmata / Ordinaria	Obiettivi annuali	Esecuzione – Attori e Responsabilità	Templistica di attuazione	Attività previste	Indicatori	Verifica esecuzione
<p>Attività ordinaria 1: Sicurezza in Area Travaglio/Parto</p>	<p>Garantire livelli adeguati di assistenza e sicurezza in Sala Parto, con riduzione degli eventi avversi, attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> Formazione degli operatori addetti ai Blocchi Parto dei Presidi Ospedalieri Monitoraggio e analisi periodica dei Trigger Conduzione di Audit clinici interni 	<p>➢ Direzione Dipartimento Materno – Infantile ➢ UUOO di Ostetricia e Ginecologia ➢ UOC Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico</p>	2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pubblicazione in SGQ delle procedure dipartimentali per l'assistenza al neonato fisiologico e critico 2. Monitoraggio delle segnalazioni dei Trigger materni e neonatali in ogni Punto Nascita di ASST, con rendicontazione mensile (report) dei casi che si sono verificati, ed evidenza degli Audit effettuati internamente all'U.O. 3. Prosecuzione dei tre progetti attivati con ISS-Ministero della Salute: <ol style="list-style-type: none"> a) "Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza" b) "Sorveglianza della mortalità materna" c) "Sorveglianza della mortalità perinatale". 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Due procedure dipartimentali: assistenza al neonato fisiologico e al neonato critico 2. Report mensile monitoraggio Trigger 3. Verballi di incontro per gli Audit clinici interni effettuati, con evidenza delle azioni correttive / piani di miglioramento programmati: >= 1 verbale / trimestre/ UO 	<p>➢ Direttore del Dipartimento Materno – Infantile, ➢ Direttori delle UUOCC di Ostetricia e Ginecologia, ➢ FA Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico</p>
<p>Attività ordinaria 2: Lotta alla SEPSI e alle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>A seguito dell'introduzione delle recenti Linee Guida della "Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2016" ed in continuità con le iniziative regionali per la "Lotta alla Sepsis" condotte negli ultimi anni, si intende attivare specifici percorsi clinici relativamente alla prevenzione della Sepsis nella paziente ostetrica</p>	<p>➢ UUOO Ostetricia e Ginecologia aziendali</p>	2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione della Procedura Aziendale "Identificazione e gestione della Sepsis in Ostetricia: appropriatezza, tempestività nella diagnosi e nel trattamento" 2. Omogenea implementazione in tutti i Punti Nascita Aziendali, della Scheda "Modified Early Obstetric Warning Score" (MEOWS) 	<ul style="list-style-type: none"> -Pubblicazione in SGQ della Procedura Aziendale -Implementazione della Scheda MEOWS 	<p>➢ UOC Qualità, Accredimento e Governo del Rischio Clinico ➢ UU.OO. Ostetricia e Ginecologia aziendali</p>

**Piano Annuale Risk Management - P.A.R.M.
 Anno 2018**

Attività Programmata / Ordinaria	Obiettivi annuali	Esecuzione – Attori e Responsabilità	Templistica di attuazione	Attività previste	Indicatori	Verifica esecuzione
Attività ordinaria 3: Partecipazione agli incontri del Network Regionale	Aggiornamento formativo/informativo su problematiche di Gestione del Rischio	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UOC Qualità, Accreditamento e Governo del Rischio Clinico ➢ FA CVS ➢ FA Mediatori di conflitti 	2018	Partecipazione degli operatori delle FFAA interessate, agli incontri convocati da Regione Lombardia	Partecipazione alle 4 sessioni del Network regionale previste a cadenza trimestrale : = 100 %	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UOC Qualità, Accreditamento e Governo del Rischio Clinico ➢ FA CVS ➢ FA Mediatori di conflitti
Attività ordinaria 4: MONITORAGGIO dei Flussi Informativi obbligatori	Assicurare con continuità il mantenimento di adeguati livelli di sicurezza nella gestione del paziente, attraverso la raccolta qualificata e completa dei dati epidemiologici di interesse, da eseguirsi mediante la regolare alimentazione dei flussi informativi principali	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UOC Qualità, Accreditamento e Governo del Rischio Clinico ➢ FA ComValSinistri ➢ FA URP 	2018	Alimentazione periodica e regolare, secondo le frequenze previste dalle regole di gestione vigenti, dei flussi informativi di dati da parte delle UUOO/FFAA di ASST interessate: 1. Eventi Sentinella (SIMES) , 2. Eventi avversi / Incident reporting , 2. Richieste di Risarcimento Danni (DB reg.le) , 3. Copertura assicurativa del Rischio RCT/RCO , 4. Cadute accidentali e infortuni 5. attività di Ascolto e Mediazione dei conflitti	Livello di alimentazione dei flussi dati per linea di segnalazione prevista: = 100 %	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UOC Qualità, Accreditamento e Governo del Rischio Clinico ➢ FA CVS/Sinistri ➢ FA URP
Attività ordinaria 5: Utilizzo del metodo FMEA – Failure Mode & Effect Analysis nel Dipartimento Servizi Diagnostici	Sperimentazione di uno strumento di gestione del rischio in ambito di Medicina dei servizi Diagnostici per l'analisi proattiva (fase analitica)	UUOO SMEI e SIMT aziendali	2018	1. Costituzione di un Gruppo di Lavoro 2. Formazione all'utilizzo della FMEA 3. Sviluppo della metodica di analisi	Report finale, evidenza predisposizione di Piani di Miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dipartimento Servizi Diagnostici ➢ UOC Qualità, Accreditamento e Governo del Rischio Clinico
Attività ordinaria 6: Implementazione e sviluppo delle Buone Pratiche Cliniche AGENAS	Individuazione e diffusione tra le UUOO dei Dipartimenti clinici di ASST di alcune Buone Pratiche, secondo i criteri indicati da AGENAS	UUOO cliniche	2018	Redazione ed adozione di procedure, documenti organizzativi secondo le indicazioni fornite da AGENAS	Report finale: almeno 1 pratica introdotta	<ul style="list-style-type: none"> ➢ UOC Qualità, Accreditamento e Governo del Rischio Clinico ➢ UUOO interessate

**Piano Annuale Risk Management - P.A.R.M.
 Anno 2018**

Attività Programmata / Ordinaria	Obiettivi annuali	Esecuzione – Attori e Responsabilità	Tempistica di attuazione	Attività previste	Indicatori	Verifica esecuzione
Attività ordinaria 7: Sviluppo dell'utilizzo della FAD per la formazione e l'aggiornamento professionale sui temi della sicurezza e prevenzione	Diffusione tra gli operatori della cultura della prevenzione e della sicurezza	UOC SPP	2018	Partecipazione a corsi FAD a tema Sicurezza del Personale inseriti nel Piano Formativo Aziendale 2018	Report finale Evidenza di partecipazione a iniziative di formazione e aggiornamento proposte da RSPP >= n. 300 partecipazioni	FA SPP
Attività ordinaria 8: Revisione della Procedura Aziendale e dei documenti correlati alla Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Prevenire gli Atti di Violenza a Danno degli Operatori Sanitari)	Aggiornamento e revisione del Regolamento Aziendale per la Prevenzione degli atti di violenza	UOC SPP	2018	Revisione del Regolamento Aziendale per la Prevenzione degli atti di violenza in danno degli operatori di ASST Valle Olona, ed inserimento nel Sistema di gestione della Qualità	Implementazione della Procedura Generale Aziendale in SGQ	FA SPP
Attività ordinaria 9: Attuazione Piano Triennale Anti-Corruzione	Monitoraggio sulla applicazione e attuazione delle misure previste nel Piano Aziendale	UOS Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	2018	- Effettuazione della attività annuale di Audit Interno – V.I.I. , secondo programmazione per l'anno 2018 (minimo n. 7) - Verifica possesso requisiti di attività libero-professionale della Dirigenza Medica e Sanitaria (minimo n. 200 posizioni)	Verifica finale sulla attuazione: 1. V.I.I. eseguite / V.I.I. previste: >= 90 % 2. Posizioni verificate / previste: >= 90 %	FA Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
Attività ordinaria 10: Attuazione Piano Annuale di Internal Auditing	Esecuzione del programma di Internal Auditing deliberato con Del. DG VO n. 87/2018, con effettuazione delle Verifiche Ispettive Interne – Audit	UOS Internal Auditing e Tirocini	2018	Effettuazione della attività annuale di Internal Auditing secondo programmazione per l'anno 2018	Verifica finale sulla attuazione: V.I.I. eseguite / V.I.I. previste: = 100 %	FA Internal Auditing e Tirocini

**Piano Annuale Risk Management - P.A.R.M.
 Anno 2018**

MOD 08 PiQ
 Rev. 03
 27.03.2017

Pagina 5 di 5

Attività Programmata / Ordinaria	Obiettivi annuali	Esecuzione – Attori e Responsabilità	Tempistica di attuazione	Attività previste	Indicatori	Verifica esecuzione
<u>Attività ordinaria 11:</u> Regolamentazione della attività dell'Ufficio del Medico Competente	Armonizzazione delle procedure di certificazione per l' idoneità alla mansione lavorativa e la sorveglianza sanitaria del lavoratore, ex DDGW n. 1697 del 09.02.2018	UOS Medico Competente	2018	1. Adozione di nuovi modelli unificati per la certificazione dell' idoneità lavorativa 2. Predisposizione di procedura interna illustrante l' iter per l' accertamento dell' idoneità e il rilascio dei certificati	1. Implementazione della nuova modulistica 2. Pubblicazione in SGQ aziendale della Procedura di UO	FA Medico competente
<u>Attività ordinaria 12:</u> Attività di vigilanza e formazione sulla gestione di Medicinali e Dispositivi Medici nelle UUOO di ASST Valle Olona	Effettuazione delle Verifiche Ispettive Interne – Audit nei Presidi Ospedalieri, Territoriali e SERT della ASST (gestione armadi farmaceutici, conservazione e movimentazione stupefacenti)	UOC Farmacia Ospedaliera di Integrazione Territoriale - Gallarate UOC Farmacia – Busto Arsizio	2018	Effettuazione della attività annuale di vigilanza secondo programmazione per l' anno 2018 (n. 73 + 42 = n. 115 complessivamente)	Verifica finale sulla attuazione: V.I.I. eseguite / V.I.I. previste: >= 90 %	UOC Farmacia Ospedaliera di Integrazione Territoriale - Gallarate UOC Farmacia – Busto Arsizio

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

SCHEDA PROGETTO N. 1 - ANNO 2018			
ASST	ASST VALLE OLONA		
Risk Manager	Dr. Gianluigi Gariboldi		
1. Titolo del Progetto	"Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 La Ricognizione e la Riconciliazione Farmacologica"		
2. Motivazione della scelta	<p>Durante il 2017 si è provveduto alla realizzazione del documento aziendale "La ricognizione e la riconciliazione farmacologica" (PG16 Rev 00 del 18/12/17), che va a definire nuove modalità operative ed un nuovo strumento di lavoro, la "Scheda per la ricognizione e riconciliazione farmacologica all'ingresso" (MOD01 PG16).</p> <p>Al fine di garantirne l'implementazione ottimale ed omogenea in tutte le sedi di ASST, si rende indispensabile garantire l'affiancamento degli operatori per la formazione, e contestualmente il monitoraggio sull'utilizzo e la corretta compilazione della documentazione, nell'ottica di migliorare la sicurezza e la appropriatezza delle cure.</p> <p>Il percorso di Riconciliazione Farmacologica, lungi dal considerarsi esaurito con l'emissione di una procedura, necessita della disponibilità di un sistema organizzato di "consulenza e monitoraggio" per la prescrizione della terapia, integrato con strumenti di supporto decisionale, al momento aspetto ancora critico e solo parzialmente implementato in ASST.</p>		
3. Area di RISCHIO	Rischio Farmaci		
se ALTRO, specificare:	//		
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le UU.OO. Cliniche dei Presidi ospedalieri di ASST (con verifiche campionarie)		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Eventuali Aziende Compartecipanti	//		
8. Obiettivo	<p>Attraverso l'implementazione del nuovo documento aziendale per la ricognizione e la riconciliazione farmacologica (PG16, Rev.00) e la sorveglianza attiva sulla corretta applicazione di tale strumento, si intende migliorare la compliance degli operatori sanitari, sensibilizzandoli a curare tali aspetti nelle fasi di passaggio di cura e tracciarne l'attività all'interno della documentazione clinica.</p> <p>In definitiva, assicurare continuità e coerenza delle scelte terapeutiche al variare delle esigenze cliniche del paziente, durante i passaggi in cura, oltre ad essere una necessità a cui l'Azienda deve cercare di dare risposte concrete ed efficaci, in tempi realisticamente brevi, consente anche di garantire la definizione di un piano terapeutico più sicuro e coerente per il paziente.</p>		
9. Realizzazione/Prodotto Finale	Relazione annuale con report conclusivo di esito delle verifiche condotte		
10. Strumenti e metodi	1. Costituzione Gruppo di Miglioramento aziendale 2. Effettuazione di verifiche campionarie (monitoraggio - sorveglianza attiva - uso di checklist di controllo)		
11. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Costituzione Gruppo di Miglioramento aziendale	Nota di formalizzazione DG	Verbali di incontro del Gruppo di Miglioramento
	Effettuazione di verifiche campionarie	Grado di adesione alle modalità operative previste nella PG16: CC conformi / CC verificate: >=60 %	Report finale

SCHEDA DI PROGETTO N. 1

Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

ASST VALLE OLONA

Risk Manager

Dr. Gianluigi Gariboldi

Titolo del Progetto

“Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 - La Ricognizione e la Riconciliazione Farmacologica”

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Istituzione Gruppo di Miglioramento Aziendale “Monitoraggio ed implementazione della Raccomandazione n. 17 - La Ricognizione e la Riconciliazione Farmacologica”	UU.OO. mediche e chirurgiche dei PPOO; UU.OO. Farmacia; DMP; UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico Direzione Generale												
Predisposizione di un modello di checklist di controllo da utilizzare per la sorveglianza attiva della PG 16 (Procedura di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica)	UU.OO. di PO mediche e chirurgiche; UU.OO. Farmacia UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico												
Effettuazione delle visite on-site nelle UU.OO. Mediche e Chirurgiche della ASST	UU.OO. di PO mediche e chirurgiche; UU.OO. Farmacia UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico												
Analisi dei dati di feedback delle visite on-site	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico												
Restituzione del dato alle UU.OO. con evidenza delle eventuali azioni di miglioramento da implementare	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico												

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

SCHEMA PROGETTO N. 2 - ANNO 2018			
ASST	ASST VALLE OLONA		
Risk Manager	Dr. Gianluigi Gariboldi		
1. Titolo del Progetto	"Monitoraggio della Sicurezza del Paziente in Sala Operatoria"		
2. Motivazione della scelta	<p>Il monitoraggio della compliance nell'utilizzo delle Checklist in Sala Operatoria, intese come uno strumento organizzativo di supporto al lavoro dell'equipe, utili per garantire la sicurezza del paziente e non già come mero strumento burocratico, tuttora evidenzia aspetti di criticità presso i presidi ospedalieri della ASST.</p> <p>A seguito della predisposizione del nuovo documento aziendale - "Le Checklist di Sicurezza in Sala Operatoria" (PG17 Rev.00 del 21 /12/17), si intende attuare un affiancamento degli operatori ed una sorveglianza attiva per verificare la corretta applicazione delle nuove modalità operative introdotte. E' quindi necessario monitorarne attivamente l'implementazione e l'utilizzo regolare e costante, aiutando nel contempo il personale sanitario ad utilizzare in modo sempre più corretto ed adeguato gli strumenti a disposizione.</p>		
3. Area di RISCHIO	Rischio in Sala Operatoria		
se ALTRO, specificare:	//		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le UU.OO. Chirurgiche e i Blocchi Operatori/Blocco Parto Aziendali		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Eventuali Aziende Compartecipanti	//		
8. Obiettivo	<p>Il Gruppo di Miglioramento aziendale avrà come obiettivo il monitoraggio dei livelli di sicurezza messi in atto nella erogazione delle prestazioni chirurgiche in sala operatoria nei confronti del paziente che si sottopone ad un intervento, operando in termini di Sorveglianza Attiva in Sala Operatoria e nelle UU.OO. Chirurgiche dei presidi aziendali.</p> <p>L'obiettivo finale è quello di implementare in modo generalizzato ed omogeneo il nuovo documento aziendale di sicurezza in sala operatoria (PG17 Rev.00) ed al contempo sensibilizzare gli operatori sanitari all'utilizzo corretto ed efficace degli strumenti di lavoro, migliorando così la compliance sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria.</p>		
9. Realizzazione/Prodotto Finale	Relazione annuale con report conclusivo di esito delle verifiche condotte		
10. Strumenti e metodi	<p>1. Costituzione Gruppo di Miglioramento aziendale</p> <p>2. Effettuazione di verifiche campionarie (monitoraggio - sorveglianza attiva - uso di checklist di controllo)</p>		
11. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Costituzione Gruppo di Miglioramento aziendale	Nota di formalizzazione DG	Verbali di incontro del Gruppo di Miglioramento
	Effettuazione di verifiche campionarie	Grado di adesione alle modalità operative previste nella PG16 (indicatori inclusi)	Report finale

al

SCHEDA DI PROGETTO N. 2

Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

ASST VALLE OLONA

Risk Manager

Dr. Gianluigi Gariboldi

Titolo del Progetto

“Monitoraggio della Sicurezza del Paziente in Sala Operatoria”

FASI	RISORSE		RESPONSABILITA'													
					Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione del Gruppo di Miglioramento Aziendale "Monitoraggio della Sicurezza del Paziente in Sala Operatoria"	UUOO Dipartimento Chirurgico, UUOO Anestesia e Rianimazione, UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico UOC SITRA	UUOO Dipartimento Chirurgico, UUOO Anestesia e Rianimazione, UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico UOC SITRA	UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico Direzione Generale													
Predisposizione di un modello di checklist di controllo da utilizzare per la sorveglianza attiva nelle UU.OO. Chirurgiche e nei Blocchi Operatori / Blocchi Parto rispetto a quanto previsto dalla PG17 ("Le checklist per la sicurezza in sala operatoria")	UUOO Dipartimento Chirurgico, UUOO Anestesia e Rianimazione, UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico UOC SITRA	UUOO Dipartimento Chirurgico, UUOO Anestesia e Rianimazione, UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico UOC SITRA	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico													
Effettuazione delle visite on-site nelle UU.OO. Chirurgiche e nei Blocchi Operatori / Blocchi Parto della ASST	UUOO Dipartimento Chirurgico, UUOO Anestesia e Rianimazione, UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico UOC SITRA	UUOO Dipartimento Chirurgico, UUOO Anestesia e Rianimazione, UOC Qualità, Accreditemento e Governo del Rischio Clinico UOC SITRA	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico													
Analisi dei dati di feedback delle visite on-site	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico													
Restituzione del dato alle UU.OO. e ai responsabili dei Blocchi Operatori / Blocchi Parto con evidenza delle eventuali azioni di miglioramento da implementare	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico	UOC Qualità, Accreditemento e Gestione del Rischio Clinico													