



Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

# Piano Attività Risk Management Anno 2022



0

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA  
Via Francesco Sforza, 28 - 20122 Milano  
Tel. 02 5503.1 - [www.policlinico.mi.it](http://www.policlinico.mi.it) - CF e P.I. 04724150968



Polo di ricerca, cura  
e formazione universitaria



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI MILANO



## Sommario

<b>INTRODUZIONE</b> .....	2
<b>ATTIVITA' OPERATIVE</b> .....	2
<b>1. Linee TRASVERSALI DI INTERVENTO</b> .....	2
<b>2. EMERGENZA COVID</b> .....	3
<b>3. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER 2022</b> .....	3
3.1 “Verso un ospedale gentile” .....	3
3.2 Informatizzazione Check List Sala Operatoria .....	4
3.3 Focus sul Processo Trasfusionale .....	5
3.4 Miglioramento servizio di trasporti interni .....	6
3.5 Gestione della soluzione concentrata di potassio .....	6
3.6 Ristrutturazione Pronto Soccorso Generale .....	7
3.7 Identificazione nel processo di PMA .....	8
<b>ATTIVITA' DI MONITORAGGIO</b> .....	9
1. Incident Reporting .....	10
2. Monitoraggio eventi sentinella tramite applicativo SIMES .....	10
3. Sorveglianza ostetrica .....	10
4. Monitoraggio sinistri .....	10
<b>ATTIVITA' DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI</b> .....	11
<b>FORMAZIONE</b> .....	11
1. Introduzione alle infezioni correlate all'assistenza e al risk management.....	11
2. La segnalazione degli eventi avversi .....	12
3. Rapporti con l'utenza e prevenzione della conflittualità .....	12
4. Il processo trasfusionale.....	12

1



## INTRODUZIONE

La gestione del rischio clinico ha come obiettivi specifici

- la sensibilizzazione degli operatori al tema del rischio
- lo sviluppo di specifici progetti di miglioramento, relativi a condizioni di particolare rischiosità.
- il monitoraggio degli eventi avversi
- la promozione di una adeguata formazione

Fondamentale è inoltre la partecipazione del Risk Manager al comitato valutazione sinistri aziendale per l'individuazione di particolari aree di rischio clinico. Anche nel 2022 l'emergenza COVID sarà oggetto di attenzione da parte del Risk Manager con specifici interventi nella gestione dell'attività vaccinale e della gestione dei pazienti COVID ricoverati. Parallelamente proseguiranno le consuete attività di monitoraggio degli eventi avversi. D'importanza rilevante sarà, come sempre, la gestione sia reattiva di eventi avversi che proattiva di processi ad elevato rischio. Nel presente piano sono inoltre descritti i progetti di implementazione elaborati per il nuovo anno.

2

## ATTIVITA' OPERATIVE

### 1. LINEE TRASVERSALI DI INTERVENTO

Tra le linee trasversali di intervento verranno perseguite le seguenti attività:

- supporto agli operatori nell'individuazione e segnalazione di eventi avversi/sentinella con effettuazione di audit e/o *root cause analysis*;
- ove ritenuto opportuno, verranno implementati sistemi proattivi di analisi (*safety walk around*; FMEA/FMECA) ;
- partecipazione alle verifiche ispettive interne nelle diverse Unità Operative con particolare riguardo per gli aspetti legati al rischio clinico, in collaborazione con la l'UOC Qualità e la Direzione Professioni sanitarie (DPS);
- partecipazione ai Network regionali e alle iniziative collegate, nonché ai corsi di formazione organizzati da Regione Lombardia su temi legati al rischio clinico.



## 2. EMERGENZA COVID

Nell'ambito dell'emergenza COVID

1. si proseguirà nelle periodiche analisi dei centri di vaccinazione massiva, con audit congiunte con ATS;
2. in collaborazione con la direzione medica di presidio e il comitato infezioni ospedaliere, si proseguirà nel monitoraggio dei cluster COVID;
3. si collaborerà con la Direzione Medica di Presidio e la UOC Qualità nelle revisioni della procedura aziendale per la gestione della pandemia secondo le direttive regionali e ministeriali.

## 3. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER 2022

Gli argomenti trattati nei progetti di miglioramento per il 2022 sono espressamente trattati dalle raccomandazioni ministeriali, e comprendono le aggressioni a personale sanitario, la sicurezza in sala operatoria, la sicurezza della trasfusione di emoderivati, la sicurezza dei trasporti interni all'ospedale, la sicurezza nella gestione delle soluzioni concentrate di potassio e la sicurezza dell'organizzazione del percorso di triage in Pronto Soccorso. L'ultimo piano di implementazione riguarda il processo di procreazione medicalmente assistita in quanto caratterizzato da un elevato rischio clinico negli step di identificazione.

3

Di seguito una breve sintesi dei sette progetti.

### 3.1 “Verso un ospedale gentile”

*Raccomandazione Ministeriale n°8*

Il tema della violenza in ospedale acquisisce sempre maggiore spessore. Dall'analisi dei dati di incident reporting del nostro ospedale anche nel 2021 l'aggressione risulta essere la seconda voce per frequenza di segnalazione

Già prima dell'avvento della pandemia si era stabilito di affrontare l'argomento ed era stato pertanto strutturato un progetto che si proponeva di operare su più fronti in modo multiprofessionale e multidisciplinare. Nel 2020 e nel 2021 l'emergenza COVID 19 ha impedito la messa in atto del progetto proposto. Per il 2022 si riprenderà il piano con la ricostituzione del gruppo di lavoro. Obiettivi del progetto sono migliorare la sicurezza del personale a contatto con l'utenza e offrire un supporto nel breve termine alla vittima di violenza per circoscrivere i sintomi reattivi della fase più acuta.



<b>PROGETTO</b>	<b>OSPEDALE GENTILE</b>
obiettivi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Migliorare la sicurezza del personale</li> <li>2. Offrire un supporto alle vittime di aggressione</li> </ol>
metodo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. corsi di de-escalation al personale</li> <li>2. sportello di supporto per le vittime</li> <li>3. introduzione di personale di supporto all'accoglienza nelle aree di maggiore afflusso/attesa con il supporto di associazioni volontari o studenti tirocinanti previa regolamentazione delle attività di supporto tramite procedura</li> </ol>
indicatori	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incremento degli accessi allo sportello del 10%</li> <li>2. Adesione ai corsi</li> </ol>

### 3.2 Informatizzazione Check List Sala Operatoria

4

#### *Raccomandazione Ministeriale n°3*

La compilazione della check list operatoria è considerato un caposaldo della sicurezza del paziente, ma la forza dello strumento risiede nella tempistica dei controlli indicati dalla check list stessa. Introdurre il controllo nell'applicativo di gestione delle sale operatorie, obbliga gli operatori ad accedere alla check list nei tempi indicati dai protocolli di sicurezza. L'applicativo registrerà automaticamente l'ora e l'operatore che ha eseguito il controllo, consentendo di avere traccia dell'orario in cui questa è stata compilata a riprova del corretto espletamento della raccomandazione ministeriale.

<b>PROGETTO</b>	<b>INFORMATIZZAZIONE CHECK LIST SALA OPERATORIA</b>
obiettivo	Mantenimento standard di sicurezza e miglioramento della tracciabilità dei tempi e di compilazione della check list in termini di orario



metodo	Integrazione dell'applicativo di gestione sale operatorie con check list operatoria  Formazione del personale
indicatori	Applicativo integrato

### 3.3 Focus sul Processo Trasfusionale

*Raccomandazione Ministeriale n°5*

In considerazione dell'importanza del processo trasfusionale in termini di rischio per il paziente, la descrizione del percorso è oggetto di un preciso decreto ministeriale fin dal 2015. Con questo progetto si vuole migliorare la consapevolezza della rischiosità del processo negli operatori, analizzare proattivamente lo svolgimento delle varie tappe del processo nella nostra azienda per evidenziare eventuali punti di caduta.

5

PROGETTO	IL PROCESSO TRASFUSIONALE
obiettivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Migliorare la consapevolezza della rischiosità del processo trasfusionale nel personale sanitario</li> <li>2. Individuare i passaggi a maggior rischio</li> </ol>
metodo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontri formativi tenuti dal personale della medicina trasfusionale al personale dei reparti maggiormente interessati al processo.</li> <li>2. Analisi proattiva del processo per individuare i passaggi a maggior rischio</li> <li>3. Revisione della procedura aziendale</li> </ol>
indicatori	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presenze incontri formativi</li> <li>2. Pubblicazione procedura</li> <li>3. Risultati analisi</li> </ol>



### 3.4 Miglioramento servizio di trasporti interni

*Raccomandazione Ministeriale n°11*

La struttura a padiglioni degli ospedali più antichi determina la necessità di organizzare un sicuro sistema interno che consenta il trasporto dei pazienti. Oltre che assicurare un'adeguata cura dei pazienti durante il trasporto, il sistema deve essere in grado di rispettare gli orari delle molteplici attività di diagnosi e cura a cui i pazienti sono sottoposti, onde evitare inutili ritardi al percorso di cura.

<b>PROGETTO</b>	<b>MIGLIORAMENTO TRASPORTI INTERNI</b>
obiettivo	Ridurre i tempi di attesa sui trasporti programmati Ridurre i tempi di attesa sulle chiamate urgenti Migliorare la qualità percepita del servizio
metodo	Coordinatore dedicato in loco Stretta collaborazione con bed management Suddivisione dei tipi di trasporto tra i vari equipaggi Utilizzo di percorsi pedonali
indicatori	Riduzione delle non conformità Mantenimento del tempo di attesa entro i termini di contratto

6

### 3.5 Gestione della soluzione concentrata di potassio

*Raccomandazione Ministeriale n°1*

L'inappropriatezza nell'utilizzo di soluzioni concentrate di potassio per uso endovenoso comporta un grave rischio per il paziente in considerazione della letalità della sostanza. La corretta gestione delle fiale di cloruro di potassio (KCl) è stata pertanto oggetto della prima raccomandazione ministeriale avente come obiettivo la riduzione del rischio di sovradosaggio accidentale di K derivante dall'uso improprio di soluzioni concentrate di KCl e di altre soluzioni ad elevato contenuto di potassio, ma garantendo allo stesso tempo la tempestiva disponibilità del farmaco in caso di bisogno. Il presente piano vede la revisione della procedura aziendale per la gestione delle fiale di KCl



ridimensionando secondo le indicazioni ministeriali i reparti autorizzati alla conservazione delle stesse.

<b>PROGETTO</b>	<b>GESTIONE DELLA SOLUZIONE CONCENTRATA DI POTASSIO</b>
obiettivo	Razionalizzazione della distribuzione della soluzione concentrata di potassio
metodo	Analisi quantitativa delle richieste di fiale di cloruro di potassio. Revisione procedura aziendale con modifica delle UOC autorizzate alla conservazione in reparto delle soluzioni concentrate di potassio e indicazioni per la richiesta sia elettiva che urgente delle sopraindicate soluzioni, rivolte alle UOC non autorizzate.
indicatori	Pubblicazione procedura revisionata sulla gestione della soluzione concentrata di potassio

7

### 3.6 Ristrutturazione Pronto Soccorso Generale

*Raccomandazione Ministeriale n°15*

Un adeguato disegno dei percorsi all'interno dell'unità operativa di pronto soccorso è fondamentale per un corretto processo di triage e di contenimento delle infezioni. Per il 2022 verrà richiesta la stesura da parte di specialisti in architettura sanitaria di un progetto per la ristrutturazione degli spazi e progettazione dei percorsi dell'area di pronto soccorso generale, nell'ottica di una possibile compartimentazione in base ai diversi scenari epidemiologici.

<b>PROGETTO</b>	<b>RISTRUTTURAZIONE PRONTO SOCCORSO GENERALE</b>
obiettivo	Ottenere un progetto di ristrutturazione per il PS per la ristrutturazione degli spazi e progettazione dei percorsi dell'area di pronto soccorso generale, nell'ottica di una possibile compartimentazione in base ai diversi scenari epidemiologici





Metodo	Individuazione di professionisti e mandato alla stesura del progetto
Indicatori	Valutazione del progetto

### 3.7 Identificazione nel processo di PMA

#### Raccomandazione Ministeriale n°3

Il processo di procreazione medicalmente assistita è ad alto rischio per la gravità delle conseguenze dovute ad eventuali errori di identificazione e accoppiamento. Nel 2021 la UOSD Procreazione Medicalmente Assistita ha condotto una analisi proattiva (FMECA) che confermava il rischio elevato di alcuni passaggi chiave del processo. Dati tali risultati si è concordato con la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa l'installazione di un sistema di controllo con radiofrequenza.

PROGETTO	IDENTIFICAZIONE NEL PROCESSO DI PMA
obiettivo	Implementare la sicurezza dello step di identificazione e accoppiamento tra gli attori del processo (gameti, embrioni, future madri)
metodo	Installazione di sistema di identificazione con radiofrequenza Formazione del personale
indicatori	Verifica ingegneria clinica Adesione ai corsi



## ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

Particolare attenzione sarà quest'anno attribuita al monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e alle cadute nella popolazione dei neonati secondo due progetti specifici:

	<b>MONITORAGGIO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA</b>
obiettivo	Mappatura delle ICA all'interno dell'ospedale
metodo	Revisione procedura aziendale Studio di prevalenza Comunicazione risultati alle singole UOC
indicatori	Pubblicazione procedura Risultati dello studio di prevalenza
	<b>MONITORAGGIO CADUTE NEONATALI</b>
obiettivo	Monitoraggio il rischio cadute in ambito materno infantile dopo l'introduzione di un nuovo modello di culla "next to me"
metodo	Implementazione della procedura di Fondazione sulle cadute considerando la popolazione materno-infantile Formazione sulla nuova procedura
indicatori	Pubblicazione procedura Riduzione del 50% delle cadute nel reparto materno infantile

9



Proseguiranno, inoltre, le consuete attività quali:

## 1. Incident Reporting

E' attualmente in corso l'aggiornamento dell'applicativo di incident reporting per la segnalazione spontanea di eventi avversi/eventi sentinella/*near miss*. Durante questo periodo di transizione è stata reintrodotta la procedura di segnalazione tramite modello cartaceo successivamente raccolte e tabulate.

Inoltre, le attività di monitoraggio continueranno ad avvalersi di altre fonti informative aziendali quali, in particolare, la segnalazione delle **non conformità** insieme alle **segnalazioni provenienti dall'URP**.

## 2. Monitoraggio eventi sentinella tramite applicativo SIMES

Come indicato dalle Linee guida regionali, si continuerà nell'azione di segnalazione degli eventi sentinella, tramite applicativo SIMES. E' in programma su questo argomento la partecipazione a un corso di aggiornamento tenuto da Regione Lombardia e indirizzato ai Risk Manager aziendali.

10

## 3. Sorveglianza ostetrica

Verranno proseguite le attività di sorveglianza

- sorveglianza ostetrica ISS - Ministero della Salute sulla mortalità materna e perinatale;
- sorveglianza eventi critici (*trigger*) in Ostetricia coordinate da Regione Lombardia (Flusso CedaP).

## 4. Monitoraggio sinistri

Come da indicazioni regionali si prosegue con l'aggiornamento semestrale dei dati relativi a sinistri, polizze RCT/O, cadute e infortuni, con scadenza luglio 2022 e gennaio 2023 rispettivamente per il primo e secondo semestre 2022.



Come nel 2021 tutti i dati di contenzioso e richieste di risarcimento danni verranno inserite nel sistema per la gestione digitale dei sinistri sanitari GE.DI.S.S.;

Per le cadute e gli infortuni si proseguirà con la modalità di segnalazione attraverso il DB AON.

## **ATTIVITA' DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI**

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), a cui partecipa anche il Risk Manager, prevede un numero di incontri annuali definiti anche in funzione del numero di richieste di risarcimento pervenute. La presenza alle sedute è di grande utilità per il risk manager in quanto sottolinea possibili aree di rischio all'interno dell'azienda ed anche il peso economico delle relative controversie.

Il numero di incontri verrà rendicontato nell'ambito della Relazione annuale sull'attività di risk management.

## **FORMAZIONE**

11

A completamento del piano di miglioramento 2022 verranno proposti i seguenti corsi in modalità da definirsi secondo l'andamento delle restrizioni dovute alla pandemia (FAD/presenza/video lezioni):

### **1. Introduzione alle infezioni correlate all'assistenza e al risk management**

Destinatari: rappresentanti per l'area gestione del rischio settore medico e infermieristico di tutte le UOC di Fondazione (suddivisi in cinque edizioni con medesimi contenuti).

Obiettivi: il corso si pone l'obiettivo di sottolineare l'importanza dell'analisi dell'errore come occasione di miglioramento e la necessita di confronto in un'ottica di collaborazione, e l'urgente necessita di contrastare le infezioni legate all'assistenza quale importante causa di danno al paziente.



## 2. La segnalazione degli aventi avversi

Destinatari: rappresentanti per l'area gestione del rischio settore medico e infermieristico di tutte le UOC di Fondazione (suddivisi in cinque edizioni con medesimi contenuti).

Obiettivi: il corso si pone l'obiettivo di sottolineare l'importanza della segnalazione dell'errore in quanto fonte di informazione sui potenziali rischi presenti e occasione di miglioramento

## 3. Rapporti con l'utenza e prevenzione della conflittualità

Destinatari: personale sanitario della Fondazione

Obiettivi: il corso si pone l'obiettivo di fornire gli elementi essenziali per la corretta gestione di episodi di aggressione da parte di utenti

## 4. Il processo trasfusionale

Destinatari: personale sanitario della Fondazione

Obiettivi: il corso si pone l'obiettivo di aumentare la consapevolezza della rischiosità del processo trasfusionale, descrivere il processo stesso e formare circa gli elementi essenziali per la corretta gestione del sangue.

12

Risk Manager

  
Dr. Matteo Ferrari