

---

# **Piano delle attività di Risk Management**

**Azienda Ospedaliera "Bolognini" di  
Seriate**

**Anno 2010**

***marzo 2010***

---

<b>PREMESSA</b> .....	<b>1</b>
<b>LINEE DI INTERVENTO ANNO 2010</b> .....	<b>2</b>
LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE DI REGIONE LOMBARDIA .....	2
RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI .....	2
QUANTIFICAZIONE DEL PREMIO RCT .....	3
<b>ATTIVITÀ CONTINUA</b> .....	<b>4</b>
REINGENERIZZAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI .....	4
SISTEMA DI INDICATORI .....	4
CONSENSO INFORMATO .....	8
ANALISI DEI RISCHI DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO NELL'OTTICA DIPARTIMENTALE .....	8
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA: CECK LIST ANESTESIOLOGICA .....	9
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA: CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE - CORRETTO POSIZIONAMENTO - CONTE GARZE/STRUMENTI .....	10
IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI VA IN OSPEDALE .....	10
CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE FISCICA .....	11
ANALISI DEL RISCHIO IN SALA OPERATORIA CON METODOLOGIA FMECA .....	11
RISCHIO AGGRESSIONI: COME AFFRONTARE LA VIOLENZA FISICA SUL LAVORO .....	11
PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DA ESPOSIZIONE A "LEGIONELLA" .....	14
PREVENZIONE DELL'ERRORE NELLA PREPARAZIONE, DISTRIBUZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA .....	14
LA GESTIONE DEL RISCHIO STRUTTURALE E TECNOLOGICO IN AREA CRITICA .....	14
FORMAZIONE .....	16
<b>PROGETTI SPECIFICI ANNO 2010</b> .....	<b>23</b>
PROGETTO 1: " PROCESSO TRASFUSIONALE: IDENTIFICAZIONE – SICUREZZA – TRACCIABILITA'" .....	23
PROGETTO 2: "GESTIONE DELLE CADUTE: MONITORAGGIO E PREVENZIONE" .....	24
PROGETTO 3: "RIDUZIONE DEL RISCHIO MANU PORTATE" .....	25
PROGETTO 4: "IMPARARE DALL'ERRORE" .....	17
PROGETTO 5: "MIGLIORARE IL LIVELLO DI SUCUREZZA CORRELATO ALL'USO DEGLI ELETTROLITI CONCENTRATI" .....	27
PROGETTO 6: "VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORATIVO" .....	28
ALLEGATI: N. 6 SCHEDE DI PROGETTO	

## PREMESSA

Recependo i contenuti della Circolare 46/SAN e delle successive Linee Guida Regionali, l'Azienda Ospedaliera "Bolognini di Seriate" ha avviato nel corso del 2005 e proseguito negli anni successivi un Programma di Risk Management aziendale, definendone l'organizzazione, gli scopi, le modalità ed i tempi di realizzazione.

Il piano delle attività di Risk Management per il 2010 non può perciò prescindere dalle iniziative intraprese negli anni precedenti, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni e per l'avvio di nuove.

Negli anni 2005 - 2009 l'Azienda ha seguito un percorso di Gestione del Rischio basato sulle seguenti iniziative:

- **Sviluppo delle Linee Guida Organizzative di Regione Lombardia:** per fornire all'Azienda gli indirizzi per la costituzione e la gestione delle strutture organizzative aziendali (Comitato Ristretto di Risk Management e Comitato di Valutazione Sinistri) secondo le linee guida regionali (Circolare 46/SAN).
- **Avvio della diffusione della cultura del Rischio:** al fine di fornire agli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti e per sensibilizzarli alla Gestione del Rischio trasferendo loro le tecniche per prevenire il manifestarsi di eventi avversi.
- **Analisi e reingegnerizzazione dei flussi informativi aziendali:** l'analisi delle fonti informative interne all'Azienda ha permesso la realizzazione di un sistema di rilevamento dei dati utili alla identificazione dei rischi aziendali, al fine di rendere più sicure le aree dove è più elevata la frequenza di errori, successivamente adeguato alle richieste di informazioni del data base regionale e ministeriale.
- **Realizzazione di Audit Clinici:** al fine di realizzare un'analisi reattiva per gli eventi avversi, eventi sentinella individuati dal Ministero della Salute e per le non conformità.
- **Diffusione della cultura del miglioramento continuo e della prevenzione del ripetersi degli errori, attraverso l'Incident Reporting** in una logica non punitiva, per farne invece una occasione di apprendimento dei professionisti.

## **LINEE DI INTERVENTO ANNO 2010**

Anche per l'anno 2010, l'Azienda perseguirà obiettivi orientati alla garanzia di continuità di quanto avviato negli anni precedenti, definendo un percorso che prevede nuove iniziative e lo sviluppo di nuovi specifici progetti, come di seguito illustrato.

### **LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE DI REGIONE LOMBARDIA**

---

Nel corso del 2010 l'Azienda proseguirà il percorso organizzativo secondo le indicazioni fornite dalla 46/SAN e successive integrazioni, con particolare riferimento alle Linee guida diramate con nota del 18/12/2009 prot. H1.2009.0044543, garantendo **continuità operativa** per i due Organismi di Gestione del Rischio: il Comitato di Risk Management ed il Comitato di Valutazione Sinistri, di cui verrà dato conto in sede di rendicontazione finale (fra gli obiettivi interesse regionale del Direttore Generale di cui alla DGR. N. VIII/011206 del 08.02.2010 e successivo Decreto n. 1937 del 03.03.2010).

### **RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI**

---

Il Ministero della Salute ha da anni avviato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.

Entro la data del **31.07.2010** dovrà essere inviata alla Regione la scheda allegata alle Linee guida per l'attività di Risk Management anno 2010 (all. 4), relativa alla ricognizione sullo stato i implementazione delle seguenti Raccomandazioni:

- n. 1** (03/08). Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
- n. 2** (03/08). Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- n. 3** (03/08). Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- n. 4** (03/08). Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
- n. 5** (03/08). Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità abO
- n. 6** (03/08). Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
- n. 7** (03/08). Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia
- n. 8** (11/07). Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

**n. 9** (04/09). Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

**n. 10** (09/09). Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati.

La verifica è a cura della Dr. Flavia Gherardi, Responsabile U.O. Qualità.

## **QUANTIFICAZIONE DEL PREMIO RCT**

In previsione della nuova gara per l'affidamento del servizio di copertura assicurativa RCT/O da espletare nel 2011, tenuto conto dei nuovi meccanismi di quantificazione del premio elaborati dal Tavolo Tecnico Assicurazioni della Regione Lombardia, basati sulla rischiosità intrinseca dell'Azienda, valutata in correlazione a diversi elementi, tra cui:

- Volume delle prestazioni
- Complessità dell'attività
- Andamento storico della sinistrosità
- Livello di gestione del rischio

si dovrà procedere in corso d'anno alla verifica della **check list** relativa al livello di gestione del rischio in Azienda, allegata alla nota regionale del 2.11.09 prot. H1.2009.0038393, la cui percentuale di raggiungimento costituisce nel sottoindicato algoritmo il **Fattore Correttivo Qualitativo** (Gestione del Rischio):

$$\text{CRISCHIO} = [\text{VEC} * \text{CuREG} * \text{TAZ/REG}] * \text{FC3} * 1,4$$

**VEC** Volume Equivalente Corretto

**CuREG** Costo Unitario dei Sinistri, valutato a livello Regionale

**TAZ/REG** Fattore correttivo di costo unitario del rischio aziendale (richieste di risarcimento – giornate di degenza) rispetto al parametro regionale

**FC3** **Fattore Correttivo Qualitativo (Gestione del Rischio)**

1,4 stima dei costi gestionali e dei margini di guadagno della Compagnia Assicurativa, al netto delle imposte]

## ATTIVITA' CONTINUA

In tale ambito sono inserite attività di miglioramento già avviate, che richiedono una costante applicazione, e progetti messi in atto negli anni precedenti che, a seconda dei casi, necessitano di implementazione, consolidamento e monitoraggio continuo.

### REINGEGNERIZZAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI

---

Anche nel 2010 si darà continuità al Progetto relativo al Sistema rilevamento dati, condiviso informaticamente tra l'U.O. Affari Legali e Contenzioso, l'U.O. Qualità, l'U.O. Medicina del lavoro, che permette di tracciare il flusso completo degli eventi, sia avversi che potenzialmente avversi, di cui si darà conto.

Il Sistema consente l'integrazione con i data base regionale e ministeriale (Progetto SIMES: Monitoraggio e analisi eventi avversi) per la trasmissione dei flussi.

In tale ambito il Coordinatore di Risk Management ha l'**obbligo di rispettare** le scadenze regionali per la trasmissione dei seguenti dati:

- inserimento e aggiornamento dei dati sinistri e polizze al secondo semestre 2009 entro il **31.01.2010;**
- inserimento e aggiornamento dei dati sinistri e polizze al primo semestre 2010 entro il **31.07.2010;**
- inserimento dei dati cadute e infortuni del secondo semestre 2009 entro il **31.01.2010;**
- inserimento dei dati cadute e infortuni al primo semestre 2010 entro il **31.07.2010;**
- inserimento delle schede di segnalazione degli **eventi sentinella** (scheda A) ed il conseguente inserimento della scheda per l'analisi dei fattori (scheda B) nonché il piano di adozione per la riduzione del rischio nel **termine massimo di 40 giorni** dall'invio della segnalazione dell'evento

Il rispetto delle scadenze costituisce uno degli obiettivi di interesse regionale del Direttore Generale di cui alla DGR. N. VIII/011206 del 08.02.2010 e successivo Decreto n. 1937 del 03.03.2010.

\*\*\*\*\*

### SISTEMA DI INDICATORI

---

Nel corso dell'anno 2008 l'Azienda ha introdotto come attività di Risk Management un sistema di indicatori atto a fornire alla Direzione e al Comitato di Risk Management uno strumento utile al

monitoraggio continuo dei rischi in Azienda e all'impostazione delle nuove linee guida di intervento.

Nell'anno 2008 l'Azienda ha inoltre potuto disporre di questo strumento per una valutazione quantitativa del costo del rischio, sia in termini di costi assicurativi sia in termini di esborsi economici conseguenti all'accadimento di eventi avversi (ad esempio infezioni).

Lo strumento viene aggiornato semestralmente in concomitanza con l'inserimento dei dati di Rischio nel sistema informatico dedicato allo scopo. Nell'anno 2010 tale strumento potrà incrementare l'ambito di analisi grazie alla sempre maggiore sensibilità del personale alla segnalazione degli eventi avversi.

Le risultanze semestrali vengono presentate alla Direzione e al Comitato di Risk Management.

Il Sistema è diviso in tre differenti sezioni:

- Indicatori di Andamento
- Indicatori di Costo
- Indicatori di Benchmarking

## **INDICATORI DI ANDAMENTO**


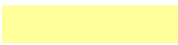

---

Tali Indicatori comprendono gli andamenti riguardanti:

- Richieste Risarcimento Danni
- Reclami
- Eventi Avversi
- Eventi Sentinella

pervenuti in Azienda dall'anno 2000 al semestre nell'anno di pertinenza dell'analisi.

Per ciascun indicatore si esprime un giudizio sulla base dell'andamento negli anni e in funzione dell'importanza dell'indicatore. Di seguito si riporta la legenda dei giudizi espressi:

-  esprime un andamento critico sul quale risulta necessario intervenire
-  esprime un andamento da monitorare
-  esprime un andamento positivo di riduzione

### **Richieste Risarcimento Danni**

Di seguito si riportano gli indicatori definiti riferiti alle Richieste Risarcimento Danni formulate dal potenziale danneggiato o comunque da una controparte e per quali sia o non sia ancora stata ravvisata una responsabilità da parte dell'Azienda o da parte di uno o più professionisti dipendenti.

- Totale Richieste Risarcimento Danni
- Richieste Risarcimento Danni per tipologia di Danneggiato
- Richieste Risarcimento Danni per Area
- Richieste Risarcimento Danni per Ospedale in rapporto ai volumi

## **Reclami**

Gli indicatori riguardanti i reclami sono:

- Numero dei reclami negli anni
- Numero dei reclami per Ospedale in rapporto ai volumi

## **Eventi Avversi**

I meccanismi di segnalazione permettono la raccolta di eventi accaduti in azienda per i quali non sia necessariamente pervenuta una Richiesta Risarcimento Danni. Il sistema di indicatori negli anni 2008 - 2009 ha previsto il monitoraggio degli eventi riguardanti:

- Cadute dei Pazienti
- Infezioni
- Infortuni degli operatori

Sugli andamenti riportati non viene espresso alcun giudizio in quanto ad un incremento delle segnalazioni non corrisponde necessariamente un peggioramento del fenomeno ma una maggiore sensibilizzazione del personale al meccanismo di segnalazione.

## **Eventi Sentinella**

Tra gli eventi avversi sono stati separatamente evidenziati gli eventi sentinella, così come definiti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

A partire dall'1 Gennaio 2009, inoltre, la segnalazione di questi eventi è obbligatoria all'interno del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).

## **INDICATORI DI COSTO**

---

Tali indicatori permettono una quantificazione dei costi del Rischio, comprendenti sia i Costi del Contenzioso sia i Costi sostenuti per eventi segnalati dai reparti.

### **Costi sostenuti a fronte di eventi noti**

In questa sezione viene fatta una stima dei costi dovuti all'accadimento degli eventi, costi non direttamente percepibili nelle voci di bilancio.



Tali oneri, differenti in funzione delle varie tipologie di accadimento, possono essere esemplificati in un allungamento dei tempi di ospedalizzazione, esecuzione di ulteriori esami diagnostici, somministrazione di terapie aggiuntive, necessità di interventi chirurgici diversamente non previsti.

Grazie alla rilevazione di alcune tipologie di eventi, come evidenziato negli indicatori di andamento, e grazie ad elaborazioni RVA su dati di settore e risultanze progettuali, è stato possibile quantificare tali costi per quanto riguarda le infezioni e le cadute di pazienti in ospedale. Naturalmente la quantificazione non è esaustiva in quanto:

- ad oggi sono disponibili i dati solo di alcune tipologie di eventi
- solo su alcune tipologie di eventi è stato possibile stimarne i costi associati
- le segnalazioni raccolte non rappresentano il fenomeno nella sua completezza

### **Costi del Contenzioso**

Gli indicatori sono così strutturati:

#### *- Costi del contenzioso*

- Analisi del Contenzioso
  - Importi Liquidati per anno di liquidazione
  - Importi Riservati per anno di denuncia
- Analisi del Contenzioso per Area Critica
  - Importi Liquidati per anno di liquidazione
  - Importi Riservati per anno di denuncia

#### *- Costi del Contenzioso per Area*

### **INDICATORI DI BENCHMARKING**

---

L'ultima sezione mette a confronto alcuni indicatori dell'Azienda con la media regionale su differenti ambiti:

- Rischio Clinico
- Cadute
- Danneggiamenti Accidentali

Il sistema è curato dall'Ing. Daniela Franco – esperto in Risk Management (Broker aziendale Rasini Viganò)

\*\*\*\*\*

## CONSENSO INFORMATO

---

Tra gli obiettivi della circolare 46SAN/2004 veniva fatto espresso riferimento al consenso informato, quale momento di partecipazione al processo di cura del paziente, finalizzato alla condivisione dei rischi, dei benefici e delle possibili alternative di trattamento.

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescente attenzione da parte della magistratura al contenuto del consenso informato ed alle modalità di raccolta.

In tale ottica l'Azienda ha proceduto alla redazione di nuovi fogli informativi ed alla revisione di quelli già esistenti, secondo i contenuti previsti nella *chek list* regionale.

La verifica a campione effettuata a fine anno ha tuttavia rilevato una alta percentuale di anomalie (26% ricoveri ordinari, 31% DH-DS), di cui in particolare:

1. Presenza in cartella del foglio informativo firmato (per lo più non è presente);
2. Utilizzo di fogli informativi revisionati nel 2009 e completi (spesso sono usati fogli informativi non aggiornati secondo le indicazioni);
3. Utilizzo di modulo generico di consenso all'intervento, che non risponde ai requisiti definiti, per interventi per i quali il foglio informativo non è stato predisposto.

### **L'obiettivo per il 2010 è di ridurre le anomalie ad un valore < 5%.**

Entro il **31 maggio 2010** dovrà essere nuovamente compilata e trasmessa in Regione la *chek list* (**all. A**) con l'annotazione delle eventuali criticità ancora presenti o osservazioni sul percorso effettuato.

Dovrà quindi procedersi alla verifica dell'applicazione della *chek list* mediante la "Verifica a campione del processo di consenso informato" (**all. B**), su un numero non inferiore all'1% delle cartelle cliniche riguardanti i ricoveri ordinari riferiti all'anno 2009 e di un ulteriore 1% minimo delle cartelle cliniche afferenti i ricoveri in day hospital e in day surgery.

In fine, in sede di **rendicontazione**, dovrà essere trasmessa la scheda (**all. C**), compilata secondo le modalità indicate nelle linee guida regionali (con esplicitazione dei metodi /criteri di campionamento).

Le attività di coordinamento sul consenso informato sono curate dal Responsabile U.O. Qualità Dr. Flavia Gherardi.

Il rispetto delle scadenze costituisce uno degli obiettivi di interesse regionale del Direttore Generale di cui alla DGR. N. VIII/011206 del 08.02.2010 e successivo Decreto n. 1937 del 03.03.2010.

\*\*\*\*\*

## **ANALISI DEI RISCHI DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO NELL'OTTICA DIPARTIMENTALE**

Il progetto, coordinato dal SITRA, Afd Milva Peruta, in collaborazione con il Responsabile del Dipartimento DEA Dott. Nicola Purita, avviato nel 2007 come progetto obbligatorio previsto dalla Regione, proseguirà come attività continua. Verranno quindi monitorate le azioni di miglioramento attuate nel 2009 e messe in atto quelle per l'anno in corso.

In particolare dovrà essere verificata l'applicazione corretta dei protocolli riferiti:

- al codice colore farmaci, identificazione puntuale dell'operatore che effettua la terapia;
- ai presidi medico-chirurgici da utilizzare per il trasferimento del paziente critico.

Saranno attivati 4 gruppi di lavoro con l'obiettivo di produrre protocolli operativi a valenza dipartimentale:

- Trattamento terapeutico del dolore ( produzione di report di efficacia)
- Individuazione degli elementi che "rafforzano" il trasporto del paziente critico e loro applicazione.
- Revisione ed applicazione dei protocolli di triage con particolare evidenza del trattamento e gestione delle categorie deboli

Previsti incontri e iniziative formative.

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA: "CHECK LIST ANESTESIOLÓGICA"**

Progetto obbligatorio, coordinato dal Responsabile dell'U.O. Qualità Dr. Flavia Gherardi in collaborazione con il Direttore del DEA dr. Nicola Purita, realizzato nel 2008 su indicazione regionale, annoverato nelle aree tematiche regionali del 2010. Prosegue come attività continua.

Il monitoraggio riguarderà la correttezza, tempestività e completezza della compilazione delle quattro check list di sala di sala operatoria:

- **Check list "GESTIONE DEI FARMACI E DELLE APPARECCHIATURE"**
- **Check list "GESTIONE PAZIENTE"**
- **Check list "SALA RISVEGLIO"**
- **Check list "SALA URGENZE BLOCCO OPERATORIO – SALA URGENZE BLOCCO PARTO"**

Le check list sono applicate dal 1 settembre 2009 presso tutti i Blocchi operatori dell'Azienda (le quattro sale operatorie degli Ospedali di Alzano, Seriate, Lovere, Piario) a tutti i pazienti ricoverati sia in regime ordinario, sia di day hospital che accedono alle sale operatorie delle diverse specialità chirurgiche per un intervento programmato.

Azioni di miglioramento previste:

- 1) Effettuare monitoraggio sistematico di completezza e correttezza nella gestione della check list anestesiologicala, a campione.
- 2) Revisionare la check list con l'introduzione della registrazione dell'avvenuto time out.
- 3) Revisionare e approvare formalmente il protocollo per l'utilizzo della Check list.

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

### **LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA: CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE – CORRETTO POSIZIONAMENTO – CONTA GARZE/STRUMENTI**

Il progetto, avviato nel 2008 sotto la responsabilità del Responsabile dell'U.O. Qualità Dr. Flavia Gherardi, annoverato nelle aree tematiche regionali del 2010 (oggetto altresì di raccomandazione ministeriale 2 marzo 2008), prosegue senza soluzione di continuità per le attività di verifica della corretta applicazione dei tre protocolli aziendali elaborati ad hoc:

1. prevenzione ritenzione garze/strumenti all'interno del sito chirurgico
  2. corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico
  4. corretto posizionamento del paziente sul tavolo operatorio  
*(la numerazione è riferita all'elenco dei protocolli della categoria di riferimento)*
- da rendicontare a fine anno.

Dalle verifiche interne della qualità è emerso che non sempre la scheda conta garze e strumenti è completa (manca conta strumenti).

Pertanto si individua la seguente azione di miglioramento:  
definire a livello dipartimentale il setting di procedure chirurgiche per le quali è tassativa la compilazione completa della scheda conta garze e strumenti.

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

### **IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI VA IN OSPEDALE**

Con tale iniziativa, avviata nel 2008, presso ciascun ospedale aziendale è stata offerta l'occasione agli operatori sanitari di approfondire le varie tematiche nell'ambito della responsabilità medica e connesse procedure interne, assicurative e giudiziali, tramite il confronto diretto con l'apparato deputato alla gestione del sinistro [liquidatore, medico-legale e avvocato fiduciario della compagnia assicuratrice, Broker assicurativo, oltre ai membri interni], in tutte le sue fasi.

Si intende proseguire il confronto diretto con il CVS e gli operatori affrontando casi verificatisi in Azienda (nel rispetto dell'anonimato degli operatori e sede operativa).

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE FISICA**

---

Il progetto, precedentemente avviato dal Responsabile del SITRA Dott. Adriana Alborghetti, si inserisce nell'ambito del miglioramento della sicurezza del paziente nonché degli operatori, in quanto volto a prevenire rischi di cadute, di autolesionismo o di lesioni ad altri, di rimozione di presidi medicali applicati a fini terapeutici. Prosegue nel 2010 la verifica dell'applicazione del protocollo, il corretto monitoraggio e gestione della contenzione una volta prescritta.

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **ANALISI DEL RISCHIO CON METODOLOGIA FMECA**

---

Il progetto, avviato nel 2008 presso le sale operatorie, sotto il coordinamento del Responsabile del SITRA Dott. Adriana Alborghetti, propone la diffusione dello strumento di analisi del rischio con metodologia FMECA presso altri reparti ospedalieri mediante corsi di formazione (vedi sez. Formazione).

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **RISCHIO AGGRESSIONI: COME AFFRONTARE LA VIOLENZA FISICA SUL LAVORO**

---

L'Azienda pone particolare attenzione alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, che costituisce la Raccomandazione n. 8, novembre 2007, del Ministero della Salute: **"Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione"**.

Nel 2008, sotto il coordinamento del Responsabile dell'U.O. Prevenzione e Protezione Ing. Michele Bisazza in collaborazione con il Direttore del Dipartimento di Salute mentale Dr. Laura Novel, è stato avviato il progetto per il contenimento del fenomeno, da anni monitorato, che ha visto la predisposizione e diffusione di:

- modulo di *"Segnalazione aggressione"*;
- *"Protocollo per la gestione del comportamento disturbato/violento nei pazienti ricoverati in SPDC"* (prot. SPDC n. 19 rev. 0 del 17.11.2008);
- *"Protocollo per la prevenzione, od il mantenimento sotto controllo, delle situazioni di rischio determinate da pazienti con note di aggressività"* emesso dal S.P.P., quale protocollo afferente al Manuale dei Protocolli igienico sanitari assistenziali, ed applicato a tutti i Reparti e Servizi dell'A.O.B. con esclusione del SPDC;
- *"Protocollo: Modalità di comportamento in situazioni di rischio determinate da aggressione a scopo di rapina"* emesso dal S.P.P., quale protocollo afferente al Manuale dei Protocolli igienico sanitari assistenziali, ed applicato a tutti gli operatori addetti alle attività di cassa comportanti il maneggio di denaro (Sportelli CUP e Accettazione Laboratorio Analisi);

- *Raccomandazioni strutturali e tecnologiche per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari nei servizi: Pronto Soccorso, SPDC, CUP/ Accettazione Laboratorio Analisi).*

L'Ing. Bisazza ha inoltre completato la revisione della **valutazione del rischio da aggressioni** di cui all'art. 28 D. Lgs. 81/2008 (pubblicata sul sito intranet aziendale), su due diversi livelli di analisi:

- un'analisi statistica degli infortuni denunciati dai lavoratori durante il periodo 01 gennaio 2000 – 31.12.2009; i dati sono confrontati con quelli reperibili in letteratura e/o presso altre aziende sanitarie per considerare un eventuale situazione differenziale;
- una valutazione del rischio "a priori" condotta su ogni struttura operativa dell'Azienda e per ogni figura professionale (si introduce il concetto di Gruppo Omogeneo\*) interessata dal rischio, tenendo conto della tipologia degli ambienti lavorativi e del contatto con l'utenza assistita. L'ambiente gioca infatti un ruolo importante in quanto può provocare stress psichico nelle persone ed indurre alterazioni, seppur momentanee, nella biochimica cerebrale

\*raggruppamento di lavoratori che risulta esposto (ovvero che si ritiene possa essere esposto) al medesimo livello di rischio di aggressione, a prescindere dall'entità (rischio basso, medio, alto) di tale rischio.

Il progetto prosegue per il suo consolidamento.

## **PROVVEDIMENTI DA ADOTTARE**

Mettere in atto, nei tempi che dovranno essere definiti dal Gruppo di Lavoro entro giugno 2010, gli interventi previsti nelle **Raccomandazioni strutturali e tecnologiche per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari** nei servizi: Pronto Soccorso, SPDC, CUP/ Accettazione Laboratorio Analisi ed attuare programmi di informazione e formazione in relazione all'indice di rischio individuato, e come di seguito proposto:

### **RISCHIO TRASCURABILE e RISCHIO BASSO**

Si ritiene sufficiente applicare, come informativa generale sui rischi, ai sensi dell'art. 36 D. Lgs. 81/08 e s.m.i, il protocollo n. 18/spp "Protocollo per la prevenzione, od il mantenimento sotto controllo, delle situazioni di rischio determinate da pazienti con note di aggressività".

### **RISCHIO MEDIO**

**Informazione - Formazione** per i lavoratori:

oltre a quanto previsto per il rischio trascurabile e basso:

attuare **corsi di formazione** con l'obiettivo di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva, generalizzare risposte d'équipe, descrivere percorsi per colleghi che abbiano subito aggressioni in luogo di lavoro, individuare eventuali norme specifiche per garantire sicurezza nelle procedure cliniche.

*Metodica:* sotto la guida del Direttore del Dipartimento o suo delegato e con la partecipazione di un esperto esterno nel campo formativo sulla prevenzione e protezione da comportamento aggressivo e violento nel dipartimento i lavoratori suddivisi per équipes omogenee, chiamiamoli gruppi di lavoro, verificano le conoscenze e le informazioni trasmesse nel campo di azione dal singolo gruppo per arrivare a modalità applicative di prevenzione e gestione dell'aggressività condivise nell'esercizio della pratica clinica.

*Argomenti teorici:*

- Esplorazione della letteratura clinica ed epidemiologica sul rapporto tra psicopatologia e violenza
- Aspetti biologici dell'aggressione e gestione della reazione durante le fasi critiche
- Modelli di prevedibilità basati su modelli di rischio
- Principi di terapia farmacologica
- Durata: almeno una giornata
- test di apprendimento e certificazione della informazione e formazione

### **RISCHIO ALTO**

Oltre a quanto previsto per il rischio medio:

attuare il corso, con gruppi dai 10 ai 15 lavoratori per circa 1 ora di lezione per volta per un ciclo di 10 lezioni da concentrarsi in un mese e mezzo, riguardante la gestione dell'aggressività vera e propria.

*Argomenti:*

- prove pratiche di gestione dell'aggressione
- la gestione con due operatori
- la valutazione degli spazi, delle attrezzature e le cautele da adottare nella predisposizione del locale e dell'abbigliamento
- l'eccesso di legittima difesa (con la partecipazione di un legale)
- test di apprendimento e certificazione della informazione e formazione.

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DA ESPOSIZIONE A LEGIONELLA**

---

Progetto realizzato nel 2009 nell'ambito delle infezioni nosocomiali, sotto il coordinamento del Dr. Francesco Lubrano, Responsabile dell'U.O. Igiene Ospedaliera, in collaborazione con l'U.O. Impiantistica e Manutenzione; prosegue l'attività del piano e la formazione del personale (vedi sez. Formazione).

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **PREVENZIONE DELL'ERRORE NELLA PREPARAZIONE, DISTRIBUZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA**

---

Progetto realizzato nel 2009 a cura della Dr. Flavia Gherardi, Responsabile U.O. Qualità, con l'obiettivo di definire modalità e responsabilità dei farmaci, con dettaglio rispetto a quelli ad alto rischio, in modo da uniformare la prassi a livello aziendale a garanzia di una maggior sicurezza del paziente" (Raccomandazione Ministero della Salute n. 7, marzo 2008). Proseguono le verifiche interne sulla corretta applicazione della procedura "Gestione clinica del farmaco", pubblicata sul sito intranet aziendale, e le azioni di miglioramento.

Da rendicontare a fine anno.

\*\*\*\*\*

## **LA GESTIONE DEL RISCHIO STRUTTURALE E TECNOLOGICO IN AREA CRITICA**

---

Dal 2008 la Regione Lombardia ha avviato un progetto dedicato al rischio strutturale e tecnologico, elaborando a tal fine uno strumento di supporto per l'analisi dei rischi legati ad impianti e attrezzature presso le aree funzionali di **prioritaria** criticità, quali le terapie intensive, blocchi operatori e patologia neonatale.

Con nota del 5/8/09 prot. H1.2009.0029301 la Direzione Regionale Sanità ha definito le linee d'azione per l'anno 2009/10 estendendo la mappatura ad almeno altre due aree scelte fra le seguenti: Emodinamica e/o elettrofisiologia, diagnostica Interventistica, Sala emergenza Pronto soccorso, Sale parto, Locali di gruppo 2 (CEI 64-8), Emodialisi, Stroke Unit, trapianto midollo osseo.

In base a tale direttiva l'Azienda ha ritenuto di estendere la mappatura della valutazione dei rischi ai **Pronto Soccorso** ed alle **Sale Parto**, considerate maggiormente critiche, e trasmesso in



Regione entro la data del 15.1.10 le relative schede e cronoprogramma, e registro degli accadimenti avversi secondo il format regionale.

Si descrivono di seguito gli interventi programmati per l'anno 2010 ai fini della riduzione dei rischi unitamente ai relativi costi:

SISTEMA CONTROLLO ESECUZIONE: creazione di modulo specifico o modifica di modulo esistente collaborazione con U.O. Qualità.  
Tempistica II semestre 2010  
Costo € 0,00.

SISTEMA CONTROLLO PARAMETRI FUNZIONAMENTO IMPIANTI: messa a punto impianto esistente presso il presidio di Seriate  
tempistica I semestre 2010  
Costo € 0,00.

FORMAZIONE: continua.

NUOVO CDZ Pronto Soccorso LOVERE E ADEGUAMENTO STRUTTURALE PRESIDIO CON COMPARTIMENTAZIONI REI: Lavori in corso.

Costo € 1.829.000,00

SANIFICAZIONE IMPIANTI AERAUICI: Tempistica gara I trimestre 2010; manutenzione dal II trimestre.  
Costo € 400.000,00.

TELECONTROLLO MONITORAGGIO GAS MEDICALI:  
tempistica I trimestre 2010.  
Costo € 15.000,00 Sistema fornito nel contratto fornitura ossigeno attivato da questo mese.

AUMENTO RISERVE GAS BOMBOLE:  
tempistica I trimestre 2010.  
Costo € 6000,00  
Per i presidi di Alzano e Seriate Incremento previsto nel contratto fornitura ossigeno attivato da questo mese.  
Per Lovere è previsto l'adeguamento delle riserve ossigeno con una nuova rampa.

TRAINING PER APPARECCHIATURE MEDICALI: continuo.

In corso d'anno la Regione distribuirà le linee per lo sviluppo del progetto.

Rendicontazione annuale.

\*\*\*\*\*

## **FORMAZIONE**

---

Le iniziative formative programmate per l'anno 2010 nell'ambito del rischio clinico e non, sia "residenziali" che "sul campo", sono previste nel piano formativo aziendale anno 2010 approvato con delibera n. 10 del 14/01/2010. Di seguito vengono illustrati i corsi programmati, "residenziali" e "sul campo", connessi anche a progetti e attività continue descritti nel presente piano.

La **Regione ne richiede espressamente la rendicontazione** a fine anno.

### **Rischio clinico: la root cause analysis per l'analisi degli eventi significativi**

Il corso, rivolto a tutti i dipendenti, ha come obiettivo ottimizzare le competenze e le responsabilità dei professionisti al fine di condurre con efficacia ed efficienza l'analisi degli eventi significativi.

### **Novità nella qualità**

Con questo corso, rivolto a: medici, personale SITRA, Dirigenti Sanitari non medici ed amministrativi, si intende presentare ai Dipartimenti/Ospedali/Reparti-Servizi i nuovi strumenti e percorsi per il miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza del paziente.

### **Corso per addetti antincendio per attività a rischio di incendio elevato**

Nell'ottica del miglioramento continuo dell'organizzazione della sicurezza, con il corso (due edizioni), avviato negli anni precedenti, rivolto a Medici, Infermieri, Ostetriche, OTA, OSS, Ausiliari e amministrativi, si vuole coinvolgere sempre più il personale nella corretta e continua gestione delle misure di prevenzione e protezione del rischio incendio come previsto dal D.M. 10/03/1998.

### **Radioprotezione**

Il corso, organizzato in 2 edizioni e rivolto a medici, infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica, è rivolto a migliorare l'organizzazione della sicurezza: prevenzione del rischio da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

### **Sistema di prevenzione aziendale e prevenzione dei rischi connessi alla movimentazione manuale dei pazienti**

Il corso, indirizzato ad infermieri, ostetriche, OTA/OSS e ausiliari, ha come obiettivo migliorare l'organizzazione della sicurezza, riducendo i rischi da movimentazione manuale dei pazienti nell'applicazione del D. Lgs. 81/2008.

### **Prevenzione del rischio biologico nelle strutture ospedaliere**

Fra le iniziative per la gestione del rischio aziendale si ripropone anche per il 2010 il corso, in videoconferenza, con l'obiettivo di ridurre i rischi da agenti biologici ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs 81/2008.

## **Prevenzione del rischio delle reazioni allergiche negli operatori sanitari. Il rischio lattice**

Il corso, in videoconferenza, intende fornire gli elementi conoscitivi essenziali per ridurre i rischi da reazioni allergiche al lattice nei pazienti e negli operatori sanitari: applicazione delle linee guida della Regione Lombardia.

## **Prevenzione del rischio nella somministrazione di farmaci antiblastici**

Il corso si pone l'obiettivo di ridurre i rischi da farmaci antiblastici durante le fasi di somministrazione, rivolto ad infermieri, farmacisti e medici.

## **La tutela dei dati personali con i nuovi servizi CRS – SISS**

Con la giornata di formazione (due edizioni) rivolta a medici, caposala e amministrativi, si intende ottemperare alla normativa 196/03 – Allegato B che prevede la formazione periodica sull'argomento, rivolta agli incaricati.

## **Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico**

Il convegno, già proposto lo scorso anno e rivolto a medici, infermieri, farmacisti, ostetriche e microbiologi, intende migliorare la qualità dell'assistenza in sala operatoria e nel periodo post-operatorio.

## **Prevenzione e controllo della legionellosi negli impianti idrici e aeraulici (decreto n. 1751 del 24/02/2009)**

Il corso, organizzato in 4 edizioni, ha come obiettivo informare ed aggiornare tutto il personale sanitario coinvolto nella diagnosi, cura e prevenzione della legionellosi. Aggiornare il personale tecnico per quanto riguarda la manutenzione e gli interventi da attuare nel tempo per evitare la diffusione della legionella negli impianti idrici e aeraulici delle nostre strutture.

## **Lavaggio delle mani**

La giornata di formazione (diciotto edizioni) rivolta a medici, infermieri ed OSS, intende promuovere e migliorare la corretta igiene delle mani. Valutare le conoscenze e la percezione degli OS sull'importanza dell'igiene delle mani e sulla loro adesione a corrette pratiche assistenziali e alle raccomandazioni per la specifica tematica.

## **Correttezza e appropriatezza nella compilazione della cartella clinica e nelle richieste di prestazioni ambulatoriali**

Il corso, rivolto a primari e caposala, ottempera alle disposizioni contenute nella DGR n. 8501/2008 (all. 10), che stabilisce che le aziende ospedaliere devono prevedere, nel piano di formazione, corsi periodici per il personale medico e non, in merito alla corretta modalità di compilazione della cartella clinica e di codifica delle prestazioni, corretta erogazione delle prestazioni in termini di appropriatezza, corretta modalità di compilazione dei referti.

## **Nuove simmetrie comunicative: il rapporto con il paziente**

La giornata di formazione rivolta a medici, infermieri, OSS e ausiliari, intende fornire al personale delle UU.OO. di Medicina, gli strumenti per superare i conflitti relazionali ed ottimizzare la comunicazione con il paziente.

## **Rianimazione neonatale**

Il corso, rivolto a medici, ostetriche, infermieri e psicologi, organizzato in tre edizioni, intende approfondire e migliorare le conoscenze in tema di rianimazione di neonati.

## **PS pediatrico**

Il corso è organizzato in tre edizioni ed è rivolto ad infermieri, puericultrici e medici. Obiettivo è saper affrontare ed assistere il bambino critico che arriva in pronto soccorso pediatrico.

## **Prevenzione e terapia delle infezioni polmonari e urinarie nosocomiali**

Il corso, che prevede due edizioni, è rivolto a medici, MMG, fisioterapisti ed infermieri, ha lo scopo di istruire il personale sanitario alla prevenzione delle infezioni sia in corso di manovre strumentali che durante l'espletamento dell'igiene del paziente.

## **Applicazione nella pratica clinica delle linee guida per la prevenzione e trattamento dei pazienti con rischio autolesivo-eterolesivo e con anomalie comportamentali.**

Il corso è articolato in due parti:

la **prima parte** (una edizione) ha lo scopo di fare acquisire le capacità di riconoscere i pazienti a rischio di comportamenti a rischio, nonché di fare acquisire le capacità ad attuare tecniche relazionali e comportamentali di de-escalation

la **seconda parte**, due edizioni, ha come obiettivo l'acquisizione delle capacità ad attuare idonee tecniche di gestione dell'intervento fisico contenitivo.

## **Discussione casi clinici**

Il corso è rivolto ai medici, infermieri ed OSS, ed ha come obiettivo migliorare:

- le capacità di comprendere e rispondere di bisogni clinici/assistenziali dei pazienti ricoverati in SPDC;
- la capacità di integrazione tra gli operatori;
- mantenere la costanza e la stabilità delle funzioni assistenziali;

### **Formazione obbligatoria del personale che opera in ambiti professionali direttamente connessi con l'esposizione medica – art. 7 del D.Lgs 187/2000. Aggiornamento quinquennale.**

Il corso prevede l'aggiornamento dei radiologi e dei TSRM di tutte le radiologie aziendali nelle problematiche inerenti la protezione in ambito radiologico.

### **Comunicare fra professionisti**

L'obiettivo del corso è rendere fruibili in tempi rapidi le informazioni tra operatori migliorando l'efficacia e la tempestività degli interventi, riducendo la microconflittualità nei reparti. Rivolto ad infermieri e medici.

### **Buon uso del sangue nell'emergenza. Problemi trasfusionali.**

Il convegno ha come scopo supportare l'iniziativa che annualmente vede coinvolte le Rianimazioni e le Anestesi della provincia di Bergamo sullo specifico problema.

### **Rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione automatica (BLSD): corso base e retraining**

Il corso base prevede dieci edizioni di una giornata mentre il retraining prevede trenta edizioni di ½ giornata e sono rivolti al personale medico ed infermieristico. Obiettivo è formare gli operatori per trattare adeguatamente un arresto cardiorespiratorio con impiego di defibrillatore automatico esterno (BLSD). Mantenere la capacità operativa e l'abilitazione di legge alla defibrillazione.

### **La gestione e gli strumenti del rischio clinico**

Il corso prevede due sezioni:

L'obiettivo della prima sezione è quello di fornire ai partecipanti una tra le metodologie già sperimentate e conosciute in Azienda: la Failure Modes and Effects Analysis (FMECA) al fine di avviare, a livello di U.O., un piano di prevenzione degli errori ritenuti più comuni.

La seconda sezione invece ha lo scopo di diffondere la cultura della gestione e della prevenzione del rischio clinico, della conoscenza di strumenti appropriati e del contributo che ogni operatore può dare anche da un punto di vista organizzativo.

### **Emergenze e Urgenze intraospedaliere**

Il corso (dodici edizioni) intende migliorare le conoscenze assistenziali e organizzative in situazioni di emergenza/urgenza per riconoscere ed intervenire su segni e sintomi gravi, definire la sequenza di intervento e il materiale necessario da tenere sempre a disposizione.

## **Inquadramento giuridico e responsabilità delle professioni sanitarie – simulazione di eventi avversi**

Il convegno, organizzato dal Comitato Risk Management, ha come obiettivo di fare acquisire agli operatori sanitari una maggiore consapevolezza sull'importanza di dover dimostrare di aver eseguito la prestazione secondo correttezza e diligenza, nel rispetto delle procedure.

### **Corso maxiemergenza**

Il corso che prevede sei edizioni, prevede la formazione a cura dell'Articolazione Aziendale territoriale AREU (art. 7 Convenzione approvata con delibera 121/09).

### **Corso patologie cardiocerebrovascolari**

Il corso (sette edizioni) è orientato alla formazione a cura dell'Articolazione Aziendale territoriale AREU (art. 7 convenzione approvata con delibera 121/09).

### **Corso per la formazione di mediatori**

Evento formativo della durata complessiva di circa 160 ore (una giornata alla settimana nell'arco di 5 mesi) organizzato dalla Regione, con l'obiettivo di formare personale addetto alla comunicazione, con particolare riguardo al rapporto con il paziente e gli operatori nella situazione conflittuale emergente a fronte di possibili danni e complicanze.

## **FORMAZIONE SUL CAMPO**

### **Audit clinico – assistenziale – organizzativo**

Obiettivo è attivare la realizzazione di audit clinico/assistenziale/organizzativo strutturato ai vari livelli organizzativi aziendali.

Le tematiche già definite sono:

dipartimento salute mentale: monitoraggio della contenzione fisica in SPDC.

servizio infermieristico, tecnico e delle riabilitazione: indagare i percorsi di gestione del rischio clinico legato alle attività assistenziali (cadute, ulcere da pressione, dolore, contenzione fisica, ...).

### **Qualità delle cure e sicurezza del paziente – gruppi di miglioramento**

Si organizzano in ogni UU.OO. di diagnosi e cura/Servizi/Uffici e/o trasversalmente all'Azienda (Dipartimenti/Ospedali) **gruppi di miglioramento** con varie professionalità che prevedono la partecipazione di dirigenti sanitari e operatori del comparto per la promozione ed il miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza, la promozione della sicurezza del paziente attraverso:

- mappatura e analisi dei processi, individuazione di nuovi modelli organizzativi, con eventuale produzione documentale di procedure e protocolli;

- predisposizione/revisione di protocolli medici/assistenziali sulla scorta delle evidenze scientifiche e delle linee guida relative;
- analisi di anomalie/non conformità/eventi significativi/reclami;
- analisi del rischio;
- osservazione sul campo.

Le tematiche già definite sono:

u.o.s. qualità: Gestione dell'assistenza anestesiologicala.

dipartimento chirurgico: I casi clinici nella realtà delle linee guide e protocolli in essere nell'A.O. Bolognini.

dipartimento materno-infantile: Emergenze ostetriche in sala parto e strumentazione dei T.C. in emergenza.

dipartimento di emergenza e accettazione: Revisione dei protocolli dipartimentali.

servizio infermieristico, tecnico e della riabilitazione:

- Contenzione fisica: analisi dei dati nelle documentazione infermieristica
- Metodologia FMECA applicata
- Stesura e revisione dei protocolli
- Analisi critica della documentazione

### **Controllo delle infezioni associate all'assistenza (Commissione CIO)**

Nel corso dell'anno 2010 sono previste 4 riunioni della **Commissione**, composta da igienista, farmacista, microbiologi, infettivologo, epidemiologo, SITRA e infermieri, per la prevenzione, il controllo e il monitoraggio delle infezioni nosocomiali.

### **Migliorare la consapevolezza del rischio nell'utilizzo di farmaci antiblastici**

Nel corso dell'anno 2010 si organizzano **gruppi di miglioramento**, che coinvolgeranno infermieri e farmacisti, per migliorare la conoscenza dei rischi connessi alla movimentazione di farmaci antiblastici condividendo all'interno del gruppo tutti i momenti e passaggi considerati a rischio sia per l'operatore che per il paziente.

### **Strumenti per migliorare le relazioni**

Si costituiscono **gruppi di miglioramento** con lo scopo di fare acquisire agli infermieri strumenti che permettono di esaminare le relazioni professionali difficili in un'ottica comunque propositiva e soprattutto che non porti a sminuire il professionista come persona.

## **Imparare dall'errore**

Si organizzano **gruppi di miglioramento** con lo scopo di sperimentare uno spazio strutturato di comunicazione e/o discussione interna tra gli operatori relativamente ad errori, anomalie, non conformità, ecc. per individuare i difetti nella comunicazione e le condizioni che predispongono all'errore e di conseguenza apprendere dall'esperienza.



## PROGETTI SPECIFICI ANNO 2010

Di seguito vengono elencati i progetti operativi individuati nelle aree tematiche indicate dalle direttive regionali (l'attuazione di almeno tre progetti costituisce uno degli obiettivi di interesse regionale del Direttore Generale di cui alla DGR. N. VIII/011206 del 08.02.2010 e successivo Decreto n. 1937 del 03.03.2010):

### **Progetto 1: "Processo trasfusionale: identificazione – sicurezza – tracciabilità"**

Responsabile progetto: Dr.ssa Nadia Coffetti, Direttore SIMT

Area di intervento: Identificazione corretta del paziente

Obiettivo: Garantire la sicurezza in ambito trasfusionale, in applicazione del decreto 3/3/2005 del Ministero della Salute, mediante l'acquisizione di un software per la tracciabilità delle sacche emocomponenti e dell'infrastruttura telematica necessaria, al fine di ridurre la possibilità di errore e migliorare il livello di sicurezza del paziente.

Prosegue la realizzazione del progetto avviato lo scorso anno, subordinato alla installazione dell'infrastruttura telematica e relativo software, la cui procedura di affidamento (delibera n. 194 del 13 marzo 2009), a causa delle problematiche sorte in sede di gara, si è conclusa con delibera di aggiudicazione n. 949 del 16.12.09.

La letteratura internazionale ha dato evidenza che la maggior parte degli eventi avversi legati a trasfusione è da imputare ad un errore nell'erogazione della trasfusione stessa. L'errore può concretizzarsi nella trasfusione di emazie ABO compatibili: "la reazione trasfusionale da incompatibilità ABO rappresenta un evento avverso drammatico che può e deve essere prevenuto" (Raccomandazione del Ministero della Salute n. 5- marzo 2007). Il punto 5 della citata raccomandazione recita: " L'implementazione di sistemi di sicurezza, quali sistemi bar code basati sull'utilizzo di braccialetti identificativi, moduli di richiesta, provette ed etichette dotati di un codice identificativo univoco per ogni paziente o sistemi di identificazione a radiofrequenza (transponder o RFID) possono aiutare ad intercettare errori commessi al momento del prelievo dei campioni al letto del paziente al momento dell'inizio della trasfusione". Pur con tutto l'impegno profuso per ridurre il rischio del complesso processo trasfusionale, che va dalla selezione del donatore fino al *follow up del paziente trasfuso*, non si sono registrati sensibili miglioramenti. Da ciò la necessità di acquisire un sistema che possa garantire la sicurezza totale del processo trasfusionale in ogni singola fase e che preveda una modalita' di riconoscimento del paziente e la tracciabilità totale del percorso della sacca di emocomponenti in osservanza al Decreto del Ministero della Salute del 3/03/2005.

Per la scelta del sistema sono state sperimentate in Azienda tre metodiche, tra le quali è stata ritenuta la più efficace quella basata sull'utilizzo di tecnologia RFID (braccialetto contenente UN TAG con codice identificativo del paziente ricoverato, registrato nel sistema). Tale metodica, che permette di automatizzare il processo riducendo ove possibile l'intervento umano, consente di tracciare il percorso di ogni singola richiesta trasfusionale dal reparto richiedente al servizio trasfusionale e da questo di nuovo al reparto, garantendo la tracciabilità di paziente, operatori ed emocomponenti.

Inizialmente il sistema consentirà la connessione del SIMT con le UU.OO. di Ortopedia-Traumatologia e Chirurgia Generale dell'Ospedale di Seriate. Successivamente si potrà prevedere la sua estensione anche ad altri reparti ed agli altri ospedali.

Per gli obiettivi, le modalità e i tempi si veda la scheda di progetto allegata (**allegato 1**).

Da rendicontare a fine anno.

### **Progetto 2: "Gestione delle cadute: monitoraggio e prevenzione"**

Responsabile progetto: Dr. Giovanni Teoldi, Coordinatore Infermieristico SITRA

Area di intervento: Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta.

L'Azienda continua a presidiare il fenomeno delle cadute sin dal 2006 – oggetto di specifico progetto nel 2007 - mettendo in atto azioni di controllo, di miglioramento e di stimolo ad una azione preventiva da parte degli operatori infermieristici e di supporto all'assistenza.

A tal fine il SITRA ha steso e diffuso linee guida per il personale infermieristico e di supporto: raccomandazioni per una buona pratica basata sull'individuazione del rischio, su una corretta e tempestiva pianificazione assistenziale finalizzata a prevenire e monitorare il rischio di caduta dei pazienti ricoverati.

Al riguardo le linee guida regionali di Risk Management per l'anno 2010 prevedono una sezione dedicata alle strategie di prevenzione del rischio di caduta nei pazienti ospedalizzati (all. 2), volta a fornire un supporto di indirizzo sul tema, anche in considerazione del fatto che tra gli obiettivi relativi al recepimento della selezione di Standard elaborati da JCI ai fini della valutazione delle Aziende, risulta presente la riduzione del "Rischio di Danno al Paziente in seguito a Caduta". Tale intervento è infatti volto ad **uniformare i comportamenti** su standard di qualità e sicurezza definiti dalle evidenze di letteratura.

L'Azienda ripropone pertanto il progetto con l'obiettivo di sviluppare ulteriori azioni migliorative sulla scorta delle linee di intervento regionali, con particolare riferimento alla definizione di una check list relativa al rischio ambientale.

Per gli obiettivi, le modalità e i tempi si veda la scheda di progetto allegata (**allegato 2**).

Da rendicontare a fine anno.

### **Progetto 3: "Riduzione del rischio manu portate"**

Responsabile del progetto: Dr. Francesco Lubrano, Responsabile U.O. Igiene Ospedaliera

Area di intervento: Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria

Obiettivo: Ridurre la carica microbica presente sulle mani e prevenire la trasmissione alle aree non contaminate, quali i pazienti, gli Operatori Sanitari e lo strumentario.

#### **"Il lavaggio delle mani è generalmente considerato la più importante tra le singole procedure atte a prevenire le infezioni ospedaliere".**

La popolazione microbica presente sulla cute delle mani può essere di due tipi: residente e transitoria. La prima è costituita da microrganismi che colonizzano stabilmente la cute: per il 20% essi si trovano nelle pieghe profonde e nei follicoli piliferi, per l'80% sono disposti negli strati superficiali. I microrganismi degli strati profondi sono pressoché inaccessibili alla disinfezione.

La flora transitoria è costituita da microrganismi patogeni e non patogeni che, pervenuti occasionalmente sulla cute, possono sopravvivervi per un tempo limitato, ma non colonizzare sistematicamente la cute stessa. I microrganismi transitori, che in una struttura ospedaliera sono frequentemente patogeni e antibiotico-resistenti, vengono acquisiti e ceduti con facilità e sono quindi facilmente rimovibili con un semplice lavaggio con acqua e sapone. Nella pratica, quindi, riveste un ruolo fondamentale soprattutto la frequenza con la quale viene effettuato il lavaggio. Un ruolo centrale nella trasmissione delle infezioni è svolto dalle mani del personale ospedaliero: moltissimi microrganismi sono, infatti, in grado di colonizzare temporaneamente o stabilmente le mani.

Il lavaggio delle mani rappresenta da solo il mezzo più idoneo ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni.

Per gli obiettivi, le modalità e i tempi si veda la scheda di progetto allegata (**allegato 3**).

Da rendicontare a fine anno.

#### **Progetto 4: "Imparare dall'errore"**

Responsabile del progetto: Dr. Lionello Gualeni Responsabile U.F.A Psicologia

Area di intervento: Miglioramento dell'efficacia della comunicazione

Tra gli obiettivi dell'attività di Risk Management viene posta da anni particolare attenzione ai problemi di comunicazione tra gli operatori sanitari, al fine di riconoscere e riparare gli "errori operativi" causati proprio da tali difficoltà comunicative.

Facendo seguito alla positiva esperienza iniziata nel 2007 si intende insistere nell'orientamento assunto rispetto all'errore, che esclude una logica punitiva per farne invece una occasione di apprendimento dei professionisti, proponendo la continuità del progetto nelle due strutture aziendali in cui è stato avviato e la sua estensione all'ospedale di Piario

L'intervento è basato sulla tecnica del lavoro di gruppo di discussione dei casi clinici in cui sono emerse delle difficoltà operative.

L'attività è struttura con incontri(4 incontri per tre gruppi, 12 in totale), della durata di circa 2 ore ciascun, presso il dipartimento materno infantile degli ospedali di Seriate, Alzano L. e Piario

Dalla esperienza degli anni passati è emersa la necessità di strutturare dei **protocolli operativi** al fine di istituzionalizzare la prassi clinica in caso di emergenza e rispetto il rapporto con i familiari dei pazienti.

L'istituzionalizzazione dell'intervento in questi due contesti, avrebbe la finalità di sedare l'ansia che scaturisce nell'operatore coinvolto quando si trova ad affrontare l'imprevisto, evitando così che la paura possa prendere il sopravvento inducendo inevitabilmente all'errore.

La possibilità di seguire delle linee guida comuni potrebbe favorire la consapevolezza emotiva di ciò che sta succedendo, inducendo ad una maggiore comunicazione all'interno dell'équipe.

Di seguito vengono descritte 3 "proposte di protocolli" che intendono porsi come stimolo alla discussione per provare a porre rimedio costruttivo a situazioni di errore complesso nella comunicazione, con l'obiettivo di prevenirlo:

Protocollo 1 (d'emergenza): Quando si rileva come avvenuto un errore grave nel processo terapeutico a qualsiasi livello, presa coscienza del senso di colpa che ne scaturisce automaticamente, tutti gli operatori direttamente e indirettamente coinvolti devono ritrovarsi per chiarirsi direttamente responsabilità e colpe. In questo modo si cerca di evitare che la elaborazione avvenga per ognuno singolarmente costituendosi difensivamente col sostegno di colleghi esterni con esiti di formazione di gruppi di solidali in opposizione alla ricerca del capro espiatorio. In questo modo si appianano i conflitti, si evitano ripercussioni o discussioni successive cercando di arrivare a una visione condivisa dell'accaduto anche mettendo in chiaro le singole responsabilità (non la colpevolezza).

Protocollo 2 (per la gestione dei famigliari): Quando un familiare comunica ai responsabili (Primario, Caposala etc..) lamentele riguardo a comportamenti di un operatore (infermiere, ostetrica, assistente etc..) è necessario che si effettui una riunione tra Primario, caposala, infermiere, ostetriche, medico, etc. coinvolti, nel caso in cui si possa discutere e concordare la risposta da dare al familiare. Si propone che l'assunzione di responsabilità nei confronti del familiare deve essere d'équipe per evitare che l'équipe medesima si disunisca e inoltre bisogna evitare che l'operatore singolo venga isolato o colpevolizzato o squalificato davanti al familiare da parte di un altro operatore.

Protocollo 3: Quando un operatore incorre in un errore anche grave o gravissimo, al di là delle singole responsabilità, non deve essere isolato bensì "protetto" e tenuto in contatto da parte degli altri operatori. Lo scopo è di prevenire qualsiasi reazione psicopatologica e di porre le basi per rimediare.

Per gli obiettivi, le modalità e i tempi si veda la scheda di progetto allegata (**allegato 4**).

Da rendicontare a fine anno.

### **Progetto 5: "Migliorare il livello di sicurezza correlato all'uso degli elettroliti concentrati"**

Responsabile del progetto: Dr. Angelo Barcella, Responsabile Servizio di Farmacia

Area di intervento: Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio

Obiettivo: garantire al paziente la terapia farmacologica appropriata, limitando i rischi connessi alla manipolazione e somministrazione degli elettroliti concentrati.

L'uso inappropriato delle soluzioni concentrate a base di sali di potassio per uso endovenoso comporta gravi rischi per il paziente ed è stato causa, nel nostro paese come in altri, di eventi mortali dovuti a iperpotassiemia. Gli errori più frequentemente riscontrati sono rappresentati dalla mancata diluizione, dal non corretto allestimento della soluzione da infondere nonché dalla somministrazione del farmaco ad un paziente diverso. La fiala inoltre è stata confusa con altri elettroliti concentrati.

Attraverso un gruppo multidisciplinare si intende sottoporre a restrizione e monitorare l'uso degli elettroliti concentrati nei reparti a media-bassa criticità e revisionare il protocollo di utilizzo delle fiale di potassio concentrate a seguito della introduzione in PTO delle soluzioni già diluite e verificarne la corretta applicazione.

Per gli obiettivi, le modalità e i tempi si veda la scheda di progetto allegata (**allegato 5**).

Da rendicontare a fine anno.

## **Progetto 6: "Valutazione e gestione del rischio stress lavorativo alla luce dell'accordo europeo 8.10.2004"**

Responsabile del progetto: Ing. Michele Bisazza, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

Area di intervento: Sicurezza e salute sul lavoro

Obiettivo: L'attività di prevenzione dei rischi deve necessariamente prevedere anche azioni mirate alla sicurezza degli operatori, sotto i molteplici aspetti. La prevenzione del rischio stress lavoro correlato costituisce l'applicazione delle disposizioni di cui ai decreti legislativi 106/09 e 81/08 e dell'accordo europeo del 08.10.2004, in funzione delle linee guida regionali di cui al Decreto della Direzione Generale Sanità n. 13559 del 10.12.2009.

Il progetto prevede la costituzione di un gruppo aziendale multidisciplinare che consenta la redazione di un documento di valutazione del rischio di stress correlato al lavoro in grado di individuare le misure di prevenzione utili a contenere/ridurre/eliminare il rischio individuando i soggetti con le necessarie competenze e poteri adeguati e fornendo agli stessi elementi utili alla soluzione/gestione dei problemi.

A tal fine si ritiene che il gruppo debba essere composto da professionalità afferenti ai seguenti ambiti:

Servizio Prevenzione e protezione

Servizio Medicina del lavoro

Dipartimento Salute Mentale

Qualità

Gestione Risorse Umane

SITRA

Edilizia e Manutenzione

Affari Legali e Contenzioso

Per gli obiettivi, le modalità e i tempi si veda la scheda di progetto allegata (**allegato 6**).

Da rendicontare a fine anno.

## SCHEDA DI PROGETTO

Azienda	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE
Risk Manager	Daniela Vitali – Responsabile progetto Dr. Nadia Coffetti
1. Titolo del Progetto	PROCESSO TRASFUSIONALE: identificazione - sicurezza - tracciabilità
2. Motivazione della scelta	I vari sistemi di rilevazione delle reazioni trasfusionali concordano nel dimostrare che è l'errore la causa più frequente di evento avverso. I servizi trasfusionali si avvalgono di sofisticati sistemi informatici, ma il limite più serio di tali sistemi consiste nella scarsa possibilità di controllare e intercettare errori commessi al momento del prelievo dei campioni o al letto del paziente al momento della trasfusione.
3. Area di intervento	prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0
Ambito di intervento	SIMT – UU.OO. Ortopedia /Traumatologia Ospedale di Seriate
4. Obiettivo generale del progetto	Garantire la sicurezza in ambito trasfusionale, in applicazione del decreto 3/3/2005 del Ministero della Salute, mediante l'utilizzo di un software per la tracciabilità delle sacche emocomponenti e dell'infrastruttura telematica necessaria, al fine di ridurre la possibilità di errore.
5. Strumenti e metodi	software dedicato
6. Realizzazione/prodotto	Utilizzo del sistema.

	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
7. Risultati e indicatori	Operatività del sistema nelle UU.OO. di Ortopedia -Traumatologia e Chirurgia Generale dell'Ospedale di Seriate	Evidenza nella relazione di fine anno del corretto utilizzo del sistema.
	Estensione del sistema ad altre UU.OO..	Verifica di fattibilità.





## SCHEDA DI PROGETTO

<b>Azienda</b>	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE	
<b>Risk Manager</b>	Daniela Vitali – Responsabile progetto Dr. Giovanni Teoldi	
<b>1. Titolo del Progetto</b>	<b>GESTIONE DELLE CADUTE : MONITORAGGIO E PREVENZIONE 2010</b>	
<b>2. Motivazione della scelta</b>	<p>Le cadute procurano danno alla persona ricoverata, sono oggetto di contenzioso legale, allungano i tempi del ricovero, creano un danno di immagine all'Azienda.</p> <p>E' necessario monitorare l'andamento del fenomeno e stimolare continuamente gli operatori per prevenire, quando possibile, le cadute o ridurne la gravità delle conseguenze.</p> <p>La costituzione di un gruppo aziendale di gestione delle cadute è un passo fondamentale per garantire la presa in carico attenta del problema.</p>	
<b>3. Area di intervento</b>	Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta	
<b>Ambito di intervento</b>	Tutte le strutture sanitarie	
<b>4. Obiettivo generale del progetto</b>	Costituire un gruppo di lavoro permanente aziendale che monitori il fenomeno, che effettui verifiche sulle segnalazioni e sulla documentazione clinica al fine di stimolare la correttezza di gestione, che diventi esperta nella conduzione di RCA sugli episodi più critici, che incontri il personale delle UU.OO. dove il fenomeno è più ricorrente per sensibilizzare il personale.	
<b>5. Strumenti e metodi</b>	<p>Costituzione Gruppo di lavoro</p> <p>Incontri periodici per la condivisione delle indicazioni regionali (RL dicembre 2009), per l'analisi delle segnalazioni, per l'approfondimento della tecnica di analisi del rischio( RCA), per la preparazione di materiale da utilizzare negli incontri con il personale delle UU.OO. dove il fenomeno è più evidente.</p> <p>Partecipazione ai gruppi di miglioramento attivati dalle Direzioni mediche per la realizzazione dell'analisi del rischio con metodo RCA.</p> <p>Partecipazione a incontri di U.O. per presentare e commentare i dati emersi, al fine di sensibilizzare il personale alla prevenzione ed alla corretta gestione e registrazione delle cadute e della programmazione della prevenzione.</p> <p>Analisi a fine anno del numero di segnalazioni di cadute al fine di programmare l'attività di prevenzione e sensibilizzazione per l'anno successivo.</p>	
<b>6. Realizzazione / prodotto</b>	<p>_Costituzione Gruppo di lavoro;</p> <p>_Relazione a fine anno per consuntivare attività svolta.</p>	
<b>7. Risultato e indicatori</b>	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
	Costituzione Gruppo di lavoro	Evidenza della costituzione del gruppo
	Supporto per gruppi di miglioramento RCA su episodi significativi di caduta	Partecipazione e/o conduzione del gruppo di miglioramento quando attivato dalla Direzione medica/Ufficio infermieristico
	Analisi delle segnalazioni di caduta pervenute alle direzione mediche	Evidenza, nella relazione di fine anno, delle attività svolte
	Attività di supporto alle UU.OO. per feed back sui loro dati e per sensibilizzazione del personale	

## SCHEDA DI PROGETTO

### 8. Pianificazione del Progetto

Azienda 

A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE
----------------------------

Risk Manager 

Daniela Vitali – Responsabile progetto Dr. Giovanni Teoldi
--

1. Titolo del Progetto 

<b>GESTIONE DELLE CADUTE : MONITORAGGIO E PREVENZIONE 2010</b>
--

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione Gruppo di lavoro														
Incontri periodici per la condivisione delle indicazioni regionali (RL dicembre 2009), per l'analisi delle segnalazioni, per l'approfondimento della tecnica di analisi del rischio( RCA), per la preparazione di materiale da utilizzare negli incontri con il personale delle UU.OO. dove il fenomeno è più evidente.														
Partecipazione ai gruppi di miglioramento attivati dalle Direzioni mediche per la realizzazione dell'analisi del rischio con metodo RCA.														
Partecipazione a incontri di U.O. per presentare e commentare i dati emersi, al fine di sensibilizzare il personale alla prevenzione ed alla corretta gestione e registrazione delle cadute e della programmazione della prevenzione.														
Analisi a fine anno del numero di segnalazioni di cadute al fine di programmare l'attività di prevenzione e sensibilizzazione per l'anno successivo.														

## SCHEDA DI PROGETTO

<b>Azienda</b>	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE
<b>Risk Manager</b>	Daniela Vitali – Responsabile del progetto Dr. Francesco Lubrano
<b>1. Titolo del Progetto</b>	RIDUZIONE DEL RICHIO DI INFEZIONI MANU PORTATE
<b>2. Motivazione della scelta</b>	La trasmissione dei patogeni nosocomiali dall'ambiente ospedaliero o da un paziente all'altro tramite le mani del personale sanitario implica 5 tappe fondamentali. In molte epidemie, è dimostrata la trasmissione dei germi tra pazienti e dall'ambiente (sia quello di assistenza che quello circostante il paziente) ai pazienti attraverso gli operatori sanitari.
<b>3. Area di intervento</b>	Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
<b>Ambito di intervento</b>	TUTTE LE UU.OO., SERVIZI,
<b>4. Obiettivo generale del progetto</b>	1. Interventi organizzativi (cambiamenti di sistema) - 2. Formazione del personale - 3. Osservazione delle pratiche di igiene delle mani & feedback - 4. "Reminders" nel luogo di lavoro (posters) - 5. - Consapevolezza della possibilità di un cambiamento e maggior rispetto delle pratiche di igiene - Costi risparmiati
<b>5. Strumenti e metodi</b>	Analisi di rischio
<b>6. Realizzazione/prodotto</b>	Protocollo.

<b>7. Risultati e indicatori</b>	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
	Diffusione del protocollo per il rispetto delle pratiche di igiene.	partecipazione alla lezione frontale
	id.	formazione sul campo
	id.	compilazione scheda osservazione
	id.	consumo di prodotti utilizzati per l'igiene delle mani



## SCHEDA DI PROGETTO

Azienda	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE
Risk Manager	Daniela Vitali – Responsabile del progetto Dr. Lionello Gualeni
1. Titolo del Progetto	IMPARARE DALL'ERRORE
2. Motivazione della scelta	Facendo seguito alla positiva esperienza iniziata nel 2007 si intende insistere nell'orientamento assunto rispetto all'errore, che esclude una logica punitiva per farne invece una occasione di apprendimento dei professionisti, proponendo la continuità del progetto nelle due strutture aziendali in cui è stato avviato e a sua estensione all'ospedale di Piario.
3. Area di intervento	Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
Ambito di intervento	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE- Ospedali di Seriate, Alzano L., Piario
4. Obiettivo generale del progetto	Diffondere ulteriormente all'interno dell'Azienda la cultura del miglioramento continuo e della prevenzione del ripetersi degli errori; fornire ai professionisti spazi e strumenti strutturati nei quali comunicare e discutere errori e quasi errori, anche in una logica di condivisione-sostegno psicologico.
5. Strumenti e metodi	Audit
6. Realizzazione/prodotto	Protocolli

	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
7. Risultati e indicatori	Aumentare il coinvolgimento del personale medico	Evidenza della realizzazione degli incontri programmati, del numero e qualifica dei partecipanti
	Diffusione dei protocolli	Evidenza nella relazione di fine anno



## SCHEDA DI PROGETTO

Azienda	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE
Risk Manager	Daniela Vitali - Responsabile del progetto Dr. Angelo Barcella
1. Titolo del Progetto	Migliorare il livello di sicurezza correlato all'uso degli elettroliti concentrati
2. Motivazione della scelta	1) Necessità di sottoporre a restrizione e monitorare l'uso degli elettroliti concentrati nei reparti a media-bassa criticità 2) Revisare il protocollo di utilizzo delle fiale di potassio concentrate a seguito della introduzione in PTO delle soluzioni già diluite.
3. Area di intervento	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
Ambito di intervento	UU.OO. di degenza e Pronto Soccorso
4. Obiettivo generale del progetto	Garantire al paziente la terapia farmacologica appropriata, limitando i rischi connessi alla manipolazione e somministrazione degli elettroliti concentrati.
5. Strumenti e metodi	Analisi di rischio
6. Realizzazione/prodotto	Revisione dei protocolli in uso

7. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore
	Inserimento del gruppo di miglioramento nel piano formativo	Identificazione di un gruppo di miglioramento multidisciplinare
	Revisione PT per uso fiale KCl concentrate	Applicazione sperimentale in alcune UU.OO.
	Estensione del PT a tutte le UU.OO. Interessate	Pubblicazione PT in intranet
	Verifica all'atto delle ispezioni annuali agli armadi di reparto dello stoccaggio improprio o non giustificato degli elettroliti concentrati	Evidenza della verificata applicazione PT nella relazione di fine anno





## SCHEDA DI PROGETTO

<b>Azienda</b>	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE
<b>Risk Manager</b>	Daniela Vitali – Responsabile progetto Ing. Michele Bisazza
<b>1. Titolo del Progetto</b>	VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORATIVO
<b>2. Motivazione della scelta</b>	L'attività di prevenzione dei rischi deve necessariamente prevedere anche azioni mirate alla sicurezza degli operatori, sotto i molteplici aspetti. La prevenzione del rischio stress lavoro correlato costituisce l'applicazione delle disposizioni di cui ai decreti 106/09 e 81/08 e dell'accordo europeo del 08.10.2004 in funzione delle linee guida regionali del 10.12.2009.
<b>3. Area di intervento</b>	Sicurezza e salute sul lavoro
<b>Ambito di intervento</b>	Aziendale
<b>4. Obiettivo generale del progetto</b>	Prevenire il fenomeno di stress correlato al lavoro attraverso la costituzione di un gruppo aziendale multidisciplinare che consenta la redazione di un documento di valutazione del rischio in grado di individuare le misure di prevenzione utili a contenere/ridurre/eliminare il rischio individuando i soggetti con le necessarie competenze e poteri adeguati e fornendo agli stessi elementi utili alla soluzione/gestione dei problemi.
<b>5. Strumenti e metodi</b>	Analisi di rischio
<b>6. Realizzazione/prodotto</b>	Documento di valutazione del rischio stress lavoro correlato

<b>7. Risultati e indicatori</b>	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
	Sensibilizzazione del personale (ruolo "chiave")	Costituzione del gruppo di lavoro ed elaborazione del programma
	id.	Elaborazione del documento di valutazione del rischio
	id.	Elaborazione e diffusione di questionari (clima organizzativo interno, percezione dello stress )
	id.	Redazione di manuali e opuscoli informativi per tutto il personale

