



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA

STAFF DIREZIONE GENERALE
S.C. QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT

RELAZIONE CONSUNTIVA RISK MANAGEMENT ANNO 2019

Art. 2 comma 5 e Art. 4
Legge 8 marzo 2017 n.24

1. Strategie generali

Anche per l'anno 2019 l'ASST di Mantova, ha scelto quale azione strategica, lo sviluppo di un esplicito sistema di sicurezza dell'assistenza sanitaria, agito a livello di ogni singolo dipartimento attraverso le attività promosse dalla **Struttura Complessa Qualità Accreditemento Risk Management**, Staff della Direzione Strategica.

Nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza clinica con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità si è deciso di proseguire con un **piano integrato per la qualità ed il risk management**. Questa strategia ha permesso in parte di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza comprendendo anche le attività previste per il progetto di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia. Inoltre l'integrazione si allinea con l'obiettivo della legge n 24 (Gelli-Bianco) che prevede l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori ovvero migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi e diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e non di colpevolezza.

Questa esigenza risponde allo standard previsto da Regione Lombardia in cui si chiede di integrare il piano di risk management con il piano di miglioramento aziendale che abbia quali elementi di ingresso l'analisi delle criticità aziendali, l'analisi degli eventi avversi / sentinella e l'analisi dei sinistri. Il piano Qualità e Risk Management si inserisce nel piano integrato di miglioramento dell'organizzazione (P.I.M.O.) come previsto dalla DGR. X/4702 del 29.12.2015 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2016 - (DI CONCERTO CON ASSESSORE MELAZZINI) e dalla DGR X / 5954 del 5.12.2016 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017". La Strategia sopra indicata è stata confermata dalla Direzione Strategica anche nell'ambito di quanto contenuto nella DGR IX/4914 del 21.02.2013 avente per oggetto "Determinazioni in ordine al piano di organizzazione aziendale dell'azienda ospedaliera C. Poma di Mantova, ai

sensi e per gli effetti del sesto comma dell'art. 18 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009", poi aggiornata con DGR X/3063 del 23.01.2015 e con Deliberazione n° X / 6329 Seduta del 13/03/2017, in cui si è esplicitata l'attività di risk management all'interno della Struttura Qualità Accredитamento e Risk Management in staff alla Direzione Generale al fine di integrare le attività e funzioni riconducibili alla "clinical governance".

RICHIAMATA la Delibera n. 229 del 7/3/2017 avente per oggetto "RIADOZIONE PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO (POAS) DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE CARLO POMA DI MANTOVA" in cui si ribadisce che l'attività di Risk Management è all'interno della Struttura Qualità Accredитamento Risk Management in staff alla Direzione Generale, al fine di integrare le attività e funzioni riconducibili alla "Clinical Governance"

RICHIAMATA la nota prot n. G1.2017.0038696 del 21.12.2017 avente per oggetto "linee guida attività di Risk Management – Anno 2018", in cui si chiede alle Aziende Sanitarie di provvedere alla stesura del piano annuale di Risk Management integrato con il Piano di Miglioramento dell'organizzazione (P.I.M.O.)

Le attività definite sono in linea con la richiamata DGR. XI/ 1046 del 17/12/2018 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019 - (Di Concerto Con Gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)" in cui si chiedeva alle Aziende Sanitarie di provvedere alla stesura del piano annuale di Risk Management per l'anno 2019.

La volontà della Direzione è stata ancora quella di promuovere, sostenere e diffondere un clima di fiducia e di promozione di una cultura proattiva dei rischi e del miglior manto continuo della qualità, tale da porre l'ASST di Mantova, quale punto di riferimento privilegiato della domanda di salute dei cittadini, garantendo loro sicurezza e qualità nell'offerta dei Servizi Sanitari.

In tal senso la presenza di una funzione dedicata di Risk Management, attivata dall'anno 2004 ha permesso di orientare le attività verso gli elementi che sono alla base della propria politica della qualità e della sicurezza del paziente, ovvero:

- la definizione di una esplicita politica pubblica per la salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'Azienda: gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori, la comunità mantovana,

- l'integrazione tra le iniziative promosse dalla Direzione Aziendale e il contributo quotidiano dato da tutti gli operatori per il continuo miglioramento della qualità aziendale,
- l'impegno continuo a sostenere le iniziative a favore della qualità nelle UU.OO,
- applicazione e sorveglianza delle norme sull'accreditamento istituzionale;
- attività di monitoraggio delle performance e dell'assistenza erogata con la programmazione di audit interni;
- implementazione di un cruscotto gestionale informatizzato volto a monitorare le aree contenute negli std di valutazione qualitative delle performances.
- l'impegno formativo continuo e costante per sviluppare la compliance degli operatori alle strategie della Direzione , tramite l'utilizzo di metodi, strumenti e iniziative di formazione e aggiornamento continuo tese all'identificazione dei più probabili rischi clinici correlati alle due variabili di:
 - numerosità di questi in relazione alla appropriatezza degli interventi;
 - numerosità di questi legati al processo di produzione degli output organizzativi e clinico- assistenziali.
 - la creazione di un contesto aziendale in cui tutti i professionisti siano consapevoli della necessità del miglioramento continuo dell'assistenza.

Solo l'integrazione fra tutte queste attività può rappresentare quell'importante valore aggiunto, che permetterà il cambiamento culturale necessario a ridare centralità alla persona-cittadino, nelle sue tre dimensioni: cliente esterno (paziente), cliente interno (dipendente) e fornitore.

La Struttura Qualità Accredimento e Risk Management, pertanto, si pone in posizione di facilitazione affinché si realizzi un sistema che veda un armonico connubio tra efficacia, efficienza appropriatezza e controllo in modo da mettere al centro della propria attenzione il cittadino utente.

Le politiche aziendali orientate al miglioramento e allo sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria vengono attuate grazie ad una integrazione della "qualità" con il "rischio".

Lo sviluppo di un "sistema qualità e rischio" integrati ha permesso di orientare tutta l'organizzazione verso un miglioramento delle condizioni organizzative al fine di limitare gli

errori di sistema facendo leva sul desiderio delle persone di cambiare per migliorare, grazie alla consapevolezza e alla conoscenza.

La "cultura della sicurezza" permette di agire sui processi aziendali con lo scopo di gestire efficacemente valutazioni preventive, effetti negativi ed opportunità di miglioramento. Per sviluppare il desiderio di cambiamento culturale in tutti gli operatori sanitari e perché gli errori siano conseguenze dell'agire organizzato e non colpe, occorre avere nella propria cassetta degli attrezzi gli strumenti per un "approccio sistematico all'errore".

Il pensiero alla base del lavoro di questa struttura è pertanto quello di creare "quel contesto" grazie al quale la gestione del rischio e della qualità possa sviluppare realmente le condizioni di un miglioramento delle prestazioni clinico - assistenziali e della sicurezza del paziente.

Questo cammino si inserisce nella logica definita dalla circolare regionale 46/SAN del 27.12.2004 e successive integrazioni e dal piano triennale sulla valutazione delle aziende sanitarie secondo gli standard di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia.

Il senso del lavoro di questa struttura è stato di:

- Ricercare maggiore consapevolezza che l'interesse primario è recuperare l'efficacia clinica e l'appropriatezza
- Ricercare la sintesi di capacità di gestione e orientamento verso comportamenti professionali giusti e sicuri
- Ricercare un'effettiva multidisciplinarietà ed integrazione capace di valutare e misurare i propri risultati
- Valorizzare l'approccio sistemico senza distinzione di ruolo, funzione, attività e livello organizzativo
- Coinvolgere e supportare i colleghi in questo cammino significa permettere alla "qualità-rischio" di essere il risultato di un lavoro e non la giustificazione ad una propria esistenza.

In questa ottica anche il **Piano annuale qualità e risk management 2019** ha previsto azioni ed interventi che si orientano su quanto desunto dalle indicazioni regionali nell'ambito di:

- attività condotte nel **progetto regionale sulle valutazioni delle Aziende Sanitarie (sistema di autovalutazione)** ed in particolare su quanto rilevato dagli audit interni

- **avversi/near miss ed eventi sentinella, del benchmarking regionale** e su quanto indicato dalle linee guida regionali di Risk Management nonché dalle indicazioni ministeriali in tema di sicurezza dei pazienti
- Attività ricondotte **allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità (SGQ)** in linea con le norme ISO 9001:2015 e ISO 19011:2012 su tutta l'Azienda ed in particolare alle UU.OO. certificate.
- Attività di **analisi dei sinistri**
- Attività ricondotte nell'ambito del **mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale**
- **Appropriatezza clinica** ed assistenziale
- **Sistema di auditing interno**
- **Sicurezza delle informazioni**

Tutta l'attività di gestione del miglioramento della qualità e delle sicurezza del paziente **è stata allineata alle strutture territoriali** per rendere omogenei i percorsi.

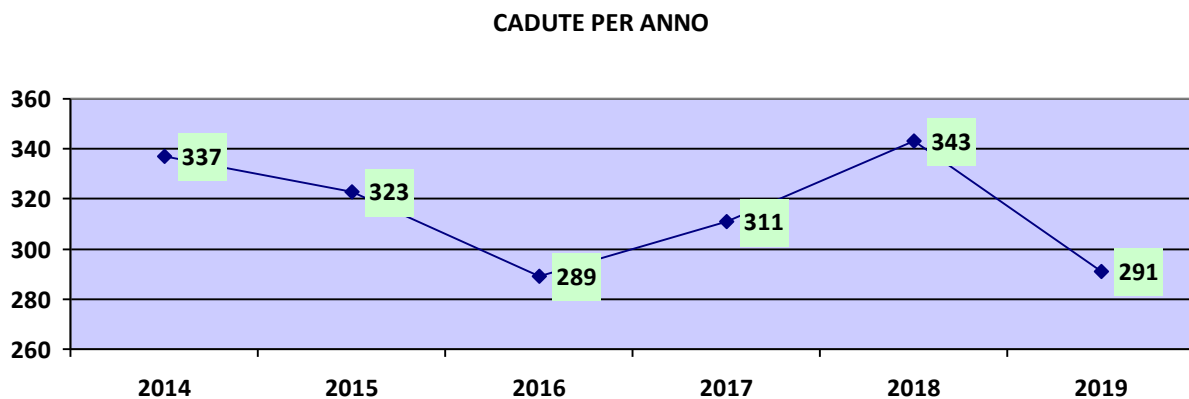
Il piano qualità e di risk management 2019 ha proseguito nel percorso e nelle iniziative già avviate negli anni precedenti, prevedendo una forte integrazione tra il sistema di risk management e il sistema per la gestione della qualità aziendale all'interno del piano integrato di miglioramento dell'organizzazione.

Nell'ambito del piano di risk management annuale, richiesto obbligatoriamente da Regione Lombardia, si è cercato pertanto di orientare il sistema verso la valorizzazione della cultura, della struttura e dei processi che hanno lo scopo di gestire efficacemente effetti negativi ed opportunità di miglioramento. La presente relazione si riferisce alle attività svolte sino al 31.12.2019.

2. Andamento eventi avversi e sinistri

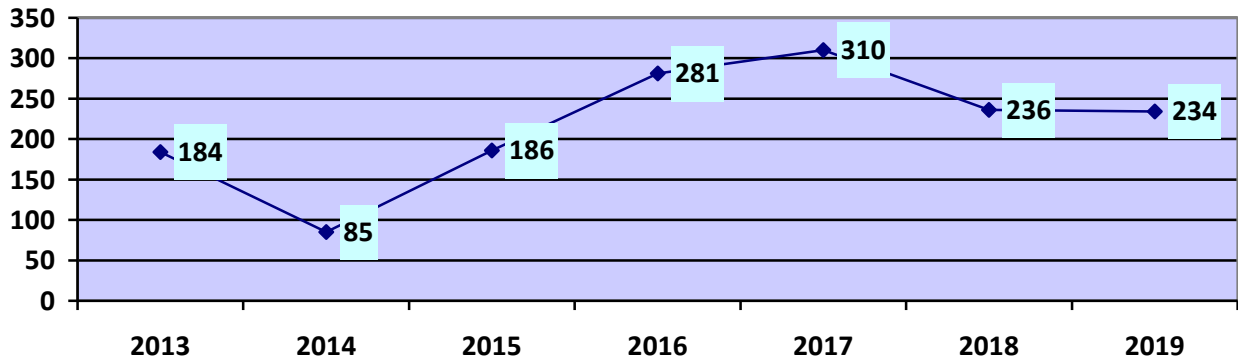
L'ASST di Mantova utilizza strumenti di gestione reattiva e proattiva per la gestione del rischio clinico. Dal 2004 sono adottati piani annuali di gestione del rischio che di anno in anno hanno affinato i sistemi di valutazione e le azioni preventive e correttive da adottare. Dall'anno 2009 si è sviluppato il sistema di incident reporting che dal 2014 è stato potenziato attraverso l'informatizzazione delle schede di segnalazione per i seguenti accadimenti;

- cadute accidentali
- near miss
- eventi avversi
- eventi sentinella
- aggressioni



Le segnalazioni di cadute accidentali sono eventi il cui trend è stato in aumento dal 2016 sino al 2018. Nel 2019 si è verificato una sensibile diminuzione delle segnalazioni che sono state oggetto di discussione in occasione degli incontri del Gruppo Aziendale Dedicato al fine di proporre azioni di miglioramento per una più efficace prevenzione degli eventi "caduta". Per l'anno 2020 sono previsti eventi formativi rivolti ai reparti con numerosità più alta di eventi "caduta" e specifici audit.

N. EVENTI AVVERSI PER ANNO



L'andamento degli eventi avversi è stabile rispetto al 2018. Più del 50% degli eventi viene classificato tra i "near miss". L'analisi degli eventi viene effettuata annualmente dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del rischio e i rispettivi Dipartimenti Sanitari in relazione alla gravità connessa ed alla frequenza di accadimento. Le principali cause connesse agli eventi avversi sono riconducibili alle seguenti macro categorie:

- eteroaggressività verso altri pazienti
- eteroaggressività verso operatore
- errore nel processo farmacologico
- errore nella gestione documentale
- errore nella comunicazione
- altro

Le categorie si confermano le stesse del 2018 e in particolare sugli eventi di eteroaggressività nei confronti dell'operatore è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale per definire le strategie di prevenzione e protezione idonee.

Nell'ambito del Progetto Regionale di informatizzazione dei trigger sono stati segnalati n. 205 eventi. I trigger fetali e materni nei tre punti nascita dell'Azienda, oggetto di specifici Audit clinici per la valutazione delle cause e delle azioni da intraprendere, sono stati segnalati, su indicazione di Regione Lombardia, attraverso il CEDAP informatizzato e pertanto non sono conteggiati nel numero dell'Incident Reporting.

Nell'anno 2019 si sono verificati n. 9 eventi sentinella segnalati nel sistema SIMES di AGENAS che hanno riguardato i seguenti Dipartimenti: Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Neuroscienze, Dipartimento Servizi, Dipartimento Chirurgico Ortopedico, Dipartimento Cardioracovascolare, Dipartimento Emergenza urgenza. Il trend di questi eventi è costante rispetto all'anno precedente. Gli eventi sentinella sono stati oggetto di analisi delle cause profonde con la relativa produzione di piani d'azione conseguenti.

Per quanto concerne la gestione delle richieste di risarcimento danni (Sinistri) è stato implementato un sistema informatizzato per la gestione degli stessi nell'ambito del CVS. Nel 2019 le richieste di risarcimento sono diminuite. Si riporta tabella la riassuntiva degli importi liquidati dall'anno 2013. Il dato relativo all'anno 2013 include un evento particolarmente rilevante accaduto nell'anno 1999 che interessava il Dipartimento Materno Infantile.

SINISTRI LIQUIDATI PER ANNO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
IMPORTI LIQUIDATI	€ 4.256.916,83	€ 803.166,15	€ 922.238,66	€ 814.130,00	€ 680.757,07	€ 1.646.067,75	€ 2.290.157,77	€ 11.413.434,23

3. Attività svolte nell'ambito del Risk Management

Anche per l'anno 2019 le iniziative di Risk Management si sono orientate trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo al rispetto delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente secondo il progetto di valutazione delle performances qualitative della Regione Lombardia (sistema di autovalutazione) .

Tra le attività, in particolare, si è posta l'attenzione sugli **obiettivi internazionali della sicurezza**:

- Identificazione corretta del paziente

- Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
- Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
- Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
- Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
- Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

e sulle **18 Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – Kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura,
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look - alike / sound - alike"- LASA
13. prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antitumorali
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di Triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
16. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
17. Riconciliazione della terapia farmacologica
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;

Rispetto alla **Raccomandazione Ministeriale n. 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide** trasmessa da Regione Lombardia in data 12/11/2019 ad oggi è stata recepita e pubblicata in "Gestione Documenti Taleteweb" ulteriori azioni saranno inserite nel Piano 2020.

Nell'ambito del sistema per la gestione della qualità (SGQ) si sono concentrati gli sforzi sul mantenimento e sulla trasferibilità del modello ai Dipartimenti ed alle Strutture aziendali al fine di ricercare una maggiore uniformità di gestione dei processi.

Tutta l'attività di gestione del miglioramento della qualità e delle sicurezze del paziente è stata allineata alle nuove strutture territoriali che sono confluite nell'ambito della nuova ASST. Il sistema qualità aziendale sarà pertanto reso omogeneo in un percorso che proseguirà anche per tutto il 2019.

Anche per l'anno 2018, pertanto, le attività, si sono tradotte in quanto definito dalla Politica aziendale della qualità, e di seguito elencate:

- analisi sistematica e report degli eventi avversi e near miss segnalati dal sistema di incident reporting aziendale con il coinvolgimento dei referenti per la qualità e la sicurezza del paziente ed i Responsabili / coordinatori delle UUOO interessate e relativa produzione di piani d'azione / azioni correttive
- analisi dei rischi legati ai processi di cura posti in relazione ai dati di letteratura internazionale, e rivolti in special modo alle aree a maggior rischio di contenzioso.
- monitoraggio degli interventi tramite specifici indici di outcome organizzativi e clinici inseriti nel nuovo cruscotto di "Taletè"
- portare a sistema le iniziative già in parte realizzate e la conclusione dei piani di azione (che descrivono le attività di miglioramento) prodotti nell'ambito dell'analisi del rischio effettuata nelle UU.OO. (vedi **All. n. 1** Piano di Miglioramento Aziendale e SQR monitoraggio finale 2019)
- mantenimento delle attività degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio: in particolare il "Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente", in linea con la nota di Regione Lombardia n° H1.2005.0030204 del 16.06.2005 (linee guida applicative della circolare 46/san del 2004) ed il Comitato di Valutazione dei Sinistri. Sono state effettuate riunioni programmate secondo le scadenze previste dalle linee guida regionali .

- implementazione e sostegno di tutti gli strumenti di gestione reattiva e proattiva dei rischi e delle procedure di gestione del rischio nelle unità operative. A tal proposito sono stati raccolti eventi avversi e sentinella e trattati secondo le procedure con la definizione di specifici piani d'azione
- diffusione di report su: schede di alert per ricadute del paziente, andamento dei sinistri per tipologie di errore, richieste di risarcimento danni per dipartimento e andamento cadute rispetto a gg di degenza, tipo di lesione, compilazione scala Conley.
- valutazione proattiva dei rischi su processi trasversali ritenuti critici e complessi.
- prosecuzione delle attività del GAD cadute sull'analisi degli eventi.
- gestione del rischio clinico ed interventi finalizzati alla sicurezza in aree ritenute critiche dall'analisi dei sinistri.
- integrazione e sostegno delle attività di prevenzione delle infezioni correlate alla pratica assistenziale di comune accordo con il CIO. Le attività previste dal piano del CIO sono state concluse.
- presentazione candidatura del PO di Mantova e del PO di Pieve di Coriano al bando bollini Rosa 2020-2021 con l'ottenimento di tre bollini per il PO di Mantova e due bollini per il PO di Pieve di Coriano e uno per il Presidio di Asola .
- Anche per il 2019 è stata effettuata la raccolta delle **"best practice"** presenti in azienda sulla sicurezza del paziente ed il miglioramento della qualità mediante il collegamento con osservatorio di Regione Lombardia e l'AGENAS nonché l'aggiornamento della rete Intranet della qualità che mette a disposizione di tutti gli operatori dell'azienda la raccolta di tutte le procedure di gestione del rischio clinico e le best practices attraverso il coinvolgimento portale web aziendale. E' stata accolta e pubblicata sul sito di AGENAS la proposta **"Gestione della donna con patologia Onco-Ginecologica"**.
- Al fine di meglio supportare le attività di gestione del rischio clinico e del mantenimento del sistema aziendale di gestione per la qualità si è provveduto all'implementazione di uno specifico software. Il software denominato "Talete" ha la possibilità di gestire informaticamente applicativi inerenti:
 - Gestione reattiva e proattiva del rischio clinico (segnalazioni e gestione delle azioni correttive)
 - Accredimento istituzionale

- Registrazione NC e gestione del miglioramento secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015
- Cruscotto indicatori della qualità
- Gestione documentale della qualità

Nel corso dell'anno 2019 è stato implementato definitivamente il Piano di miglioramento integrato dell'organizzazione nell'ambito del riesame aziendale (gruppo aziendale coordinato dal RQA coincidente con il gruppo di coordinamento di risk management e comitato qualità / tavolo strategico con integrazione in un unico piano aziendale dei piani di Risk Management , formazione, qualità, appropriatezza, CIO, comunicazione, RSPP, controllo di gestione, SIC, farmacovigilanza, SRU, ecc..). Il piano di miglioramento è su livello aziendale e dipartimentale (All.1).

- lo sviluppo integrato delle attività di miglioramento della qualità e di risk management hanno compreso, inoltre, la prosecuzione o l'implementazione e la conduzione dei **gruppi di miglioramento** secondo le modalità previste del SGQ (PG1MQ08) che sono stati individuati nell'ambito dei piani d'azione riconducibili all'analisi dei rischi o da esplicite esigenze provenienti dai dipartimenti. In particolare sono stati condotti nell'anno 2019 i gruppi presenti, l'elenco è allegato alla presente relazione **(All.2)**.

4. Progetti

- Prosecuzione del **“Progetto di sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico”** che ricomprende le seguenti fasi desunte dalle evidenze degli audit clinici condotti dal 2010 su emorragia post partum, gestione del CTG. In particolare:
 - audit clinico su gestione taglio cesareo per alterazione del CTG e l'emorragia post partum.
 - Aggiornamento dei protocolli clinici ed assistenziali conseguenti agli audit clinici attraverso specifici GdM rispetto alle tematiche di: gestione del travaglio fisiologico, basso rischio ostetrico (BRO), gestione della gravidanza patologica e gestione delle induzioni.
 - Valutazione dei trigger ostetrici

- formazione degli operatori sulla gestione del rischio in sala parto.

- **“Progetto Riduzione delle Infezioni correlate all’assistenza sanitaria”** attraverso il sostegno delle attività del CIO che include l’attività riferita alla gestione delle **sepsi**. ***In particolare il monitoraggio SEPSI è stato effettuato attraverso.***
 - la compilazione della “Check List Logistico-Organizzativa” che ha consentito di monitorare il miglioramento e/o le criticità ancora presenti nell’organizzazione;
 - L’Audit su n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavati dal Portale Regionale Sezione PRIMO – Monitoraggio Interno. L’estrazione riguarda l’ambito Medico, Chirurgico in urgenza e Chirurgico in Elezione;
 - Audit sui n° 2 casi clinici di Sepsis in Gravidanza
 - Attuazione di iniziative di formazione in azienda

- **“Progetto Sicurezza del paziente in sala operatoria”**: sono proseguite le attività svolte negli anni scorsi con particolare riferimento alla ridefinizione dei percorsi e alla valutazione delle loro applicazione.
 - Presentazione e condivisione rapporto di audit
 - Audit e osservazione sul campo
 - Audit peer review
 - restituzione rapporto di audit e definizione delle azioni correttive

- **Il progetto “Ridefinizione delle sedi dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA)”** per prevenire gli atti di violenza su operatori, condiviso con ATS **Valpadana** non è stato ultimato in quanto i MCA sono ritornati nell’ambito di gestione ATS

- **Risk assessment basato su strumenti di data mining**, progetto multicentrico coordinato dal Prof. Auxilia e finalizzato a :
 - Misurare la prevalenza di specifici eventi avversi;
 - Definire il Protocollo di ricerca;
 - Analisi costi/efficacia del metodo;
 - Definizione di un pacchetto formativo

- **Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari**

- **Corsi di formazione realizzati in ambito di Risk Management e Sistema di gestione per la qualità**

Anche per il 2019 la SC Qualità Accreditamento e Risk Management, ha promosso iniziative di formazione ed intervento rivolte a tutte le Unità Operative dell'ASST di Mantova finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente. Le aree di intervento sono:

- Sicurezza in ambito chirurgico
- Sicurezza in ambito ostetrico
- Sicurezza sul farmaco
- Infezioni correlate all'assistenza
- Comunicazione interna e dinamiche d'equipe
- Audit Clinici
- Gruppi di Miglioramento
- Legge Gelli e Linee guida

- Gestione del Sistema qualità secondo ISO 9001:2015 e applicazione software Taleteweb

5. Attività di gestione della comunicazione e dei conflitti e promozione del benessere organizzativo

Analisi di clima: è stato creato a livello regionale un gruppo per la valutazione dei risultati dell'indagine di clima svolta nel 2018 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa al quale ha partecipato il Risk Manager aziendale;

- Mediazione dei conflitti tra utenti e operatori: le segnalazioni di conflitto sono state 8 e hanno necessitato di 19 ascolti e 2 mediazioni per la loro risoluzione.
- Sportello Well.Co.Me (gestione della comunicazione e dei conflitti tra operatori e in equipe):
le segnalazioni di conflitto tra operatori sono state 5 e hanno necessitato di 11 ascolti che sono successivamente scaturite in richieste di supporto e miglioramento delle modalità comunicative da parte delle equipe gestite successivamente attraverso focus group dedicate;
- è stata richiesta, da parte di ARPA Lombardia, la stipula di una convenzione per poter usufruire dello sportello Well.Co.Me per i propri dipendenti, ratificata nel mese di gennaio 2020;
- Progetto “La relazione che cura” in collaborazione con l'Area Ufficio Stampa Comunicazione e URP finalizzato al miglioramento della comunicazione tra operatore e paziente attraverso un corso di formazione che, attraverso la medicina narrativa, ha consentito agli operatori di confrontarsi sulle modalità comunicative;
- Formazione dedicata alle UU.OO sulle modalità di comunicazione interna e dinamiche d'equipe anche attraverso l'implementazione di strumenti efficaci come la SBAR, utile per gestire in modo sicuro lo scambio d'informazioni clinico-assistenziali sia durante il passaggio quotidiano di consegne, sia in caso d'emergenza.

Anche per il 2019 la SC Qualità Accreditamento e Risk Management, ha promosso iniziative di formazione ed intervento, rivolte a tutte le Unità Operative dei Presidi di ricovero e cura ASST di Mantova finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

Si allegano alla presente l'elenco dei Gruppi di miglioramento e il Piano di Miglioramento Aziendale di Risk Management concluso.

Il Direttore
Struttura Complessa Qualità Accreditamento e Risk Management
Dott. Enrico Burato

Mantova, 30 marzo 2020

Referente del procedimento:
Elena Benati – Addetta Al Risk Management