



AZIENDA OSPEDALIERA
CARLO POMA

AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA" DI MANTOVA

STAFF DIREZIONE GENERALE

S.C. QUALITA' ACCREDITAMENTO E CONTROLLO STRATEGICO
- Struttura Sviluppo Sistema Qualità e Risk Management -

**PIANO QUALITA' E RISK
MANAGEMENT
ANNO 2011**

1. Premessa

1.1. Strategia aziendale

Anche per l'anno 2011 l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma", sceglie 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 Sviluppo sistemi Qualità e Risk Management in seno alla Struttura Complessa Qualità Accreditamento e Controllo Strategico, 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 definire un piano integrato per la qualità ed il risk management. Questa strategia permette 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

Tale obiettivo discende direttamente dalla volontà di promuovere, sostenere e diffondere un clima di fiducia e di promozione di una cultura proattiva dei rischi, tale da porre l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma", 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 struttura dedicata, Struttura Sviluppo Sistemi Qualità e Risk Management, permette 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 diciotto aree obbligatorie di JCI (QPS.3.1 a 3.18).
- 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, 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 permette 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 perchè 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 una 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 Joint Commission di Regione Lombardia.

Il senso del lavoro di questa struttura è:

- 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. Per questo fine nell'ambito del Risk Management è stata individuata, secondo le indicazioni regionali, la figura di Risk Manager aziendale (RM) che ha la responsabilità di:

- coordinare e promuovere le attività di valutazione e gestione reattiva e proattiva del rischio a livello aziendale in stretta sinergia con i dipartimenti
- promuovere e monitorare le azioni di identificazione e prevenzione dei rischi legati al processo di cura attivate nelle Unità Operative;
- gestire le attività di "Risk Management" gli audit strutturati su casi di "near miss", stimolando l'apprendimento degli strumenti di analisi degli incidenti e l'adozione di misure di contenimento a costi sopportabili per l'individuo e l'organizzazione;
- mantenere il necessario livello di coordinamento e interfaccia con le altre funzioni di staff e la Direzione Generale.

1.2 I Comitati per la gestione del rischio

Al "Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente" vengono riattribuiti i seguenti obiettivi:

- espletazione della funzione di indirizzo e verifica del piano annuale di risk management nonché il coordinamento delle attività preposte al raggiungimento degli specifici obiettivi;
- condivisione delle criticità più o meno latenti e dell'adozione degli strumenti di analisi proattiva e reattiva dei rischi in ospedale;
- proposta e condivisione dell'adozione di strumenti ed azioni correttive e proattive per la riduzione degli eventi avversi agli utenti;

- proposta e definizione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura.

Il Comitato si è strutturato in un'Unità di Gestione del Rischio per la sicurezza clinica (UGRC) che affronta soprattutto le strategie inerenti la gestione del rischio clinico e in un'Unità di Gestione del Rischio per la sicurezza in area tecnica (UGRT) che è il contesto per analizzare i flussi necessari per la gestione dei rischi in area tecnica ed occupazionale. Il Comitato si compone delle seguenti funzioni aziendali:

a) Unità di gestione del rischio per la sicurezza clinica (UGRC)

- Risk Manager aziendale (con funzione di coordinamento del Comitato)
- Responsabile dell'Area Qualità e Appropriatelyzza
- Direttori di Dipartimento di area sanitaria
- Coordinatori infermieristici, tecnici e riabilitativi di Dipartimento (RAD)
- Direttori Medici di Presidio
- Responsabile o delegato SITRA
- Responsabile o delegato del Servizio Legale
- Responsabile o delegato del Servizio di Farmacia Ospedaliera
- Responsabile o delegato Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Responsabile o delegato dei sistemi Informativi e Informatici

b) Unità di gestione del rischio per la sicurezza in area tecnica (UGRT)

- Risk Manager aziendale
- Responsabile o delegato dell'Area Tecnica Aziendale
- Responsabile o delegato del Servizio di Ingegneria Clinica
- Responsabile o delegato del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

Al "Comitato di Valutazione dei Sinistri" (CVS) vengono riattribuiti i seguenti obiettivi:

- valutare le dinamiche che concorrono al verificarsi di un evento dannoso
- valutare il danno richiesto e il nesso di risarcibilità (vagliare le richieste di risarcimento e fare proposte di transazione sulle stesse)
- migliorare la comunicazione con il soggetto da parte degli attori coinvolti
- definire azioni di miglioramento su specifiche aree o funzioni
- favorire la sollecita definizione delle pratiche anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri
- migliorare il rapporto tra rischi reali, premi assicurativi e responsabilità professionali;
- concorrere alla raccolta, attraverso il data base regionale e il data base gestionale dell'azienda, i sinistri per la mappatura RCT/O
- valutare la possibilità di ritenere il rischio;
- creare un collegamento tra la segnalazione dei sinistri e la gestione del rischio clinico nell'ambito dell'analisi delle dinamiche degli eventi e nella definizione dei fatti noti;

Il "Comitato di Valutazione dei sinistri", è composto dalle seguenti funzioni aziendali:

- Risk Manager aziendale (con funzioni di coordinamento)
- Responsabile o delegato del Servizio Legale
- Rappresentante con delega formale della Compagnia Assicurativa
- Rappresentante con delega formale del Broker assicurativo
- Medico Legale consulente
- Consulente nell'ambito giuridico
- Altri componenti individuati in relazione alle esigenze del CVS (es. rappresentanti delle Direzioni Mediche o Clinici da coinvolgere di volta in volta in relazione ai casi in analisi, ecc...)

Il presente Piano annuale è stato condiviso il giorno 20.04.2011 nell'ambito della 1^a convocazione da parte dei componenti del Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente e viene prodotto come da richiesta della la nota di Giunta Regionale della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia prot n. H1.2010.0041426 del 22.12.2010 con oggetto: "linee guida attività di Risk Management – Anno 2011" in cui si chiede alle Aziende Sanitarie di provvedere alla stesura del piano annuale di risk management per l'anno 2011.

Tale indicazione è inserita, inoltre, nel decreto della Direzione Generale Sanità n°X/000937 del 01.10.2010 avente per oggetto "Definizione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011" in cui si inseriscono tra gli obiettivi di mandato nell'allegato 2 le linee strategiche in ambito di "risk management e patient safety".

1.3 Il cammino intrapreso

L'attività di Clinical Risk Management (CRM) sino ad ora implementata comprende alcuni importanti passaggi iniziali che si possono in sintesi così riassumere:

Azione / atto aziendale	Titolo / argomento	Attività conseguenti
Delibera Direttore Generale n°564 del 2 ottobre 2003 e Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA).	Istituzione del Servizio Appropriately ed Epidemiologia in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale	Tra le attività ricomprese nel servizio anche l'attività di gestione del rischio clinico (risk management)
Delibera Direttore Generale n°457 del 16 giugno 2004	Approvazione del piano aziendale delle attività sulla funzione del clinical risk management: provvedimenti conseguenti.	Individuazione nell'ambito del Servizio Appropriately ed Epidemiologia del Responsabile del responsabile aziendale per la gestione del rischio clinico
		approvazione del piano di attività aziendale del <i>clinical risk management</i> (luglio 2004 – luglio 2005) redatto dal Servizio Appropriately ed Epidemiologia in staff alla Direzione Sanitaria
		Istituzione della Commissione permanente di valutazione dei sinistri
Delibera Direttore Generale n° 127 del 3 marzo 2005	Provvedimenti in ordine alla circolare regionale n.46 del 27.12.2004	Rinomina della "Commissione permanente di valutazione dei sinistri", già individuata ed operante con atto n. 457 del 16.06.2004, in "Comitato di valutazione dei sinistri"
		Adozione del "Progetto aziendale del Comitato di valutazione dei sinistri"

		<p>Istituzione dell' "Ufficio di Gestione del Rischio Clinico" UGRC , nell'ambito del Servizio Appropriatazza ed Epidemiologia per rafforzare la specificità della funzione già attivata nel Servizio medesimo;</p>
		<p>Equivalenza dell'incarico di Responsabile aziendale per la gestione del rischio clinico (già individuato nell'atto n.457 del 16.06.2004) alla figura di Coordinatore della funzione di risk management richiesta dalla Circolare n.46 del 27.12.2004 nonché responsabile dell'Ufficio di Gestione del Rischio Clinico</p>
		<p>Formalizzazione del "Gruppo Board per la gestione del rischio clinico", coordinato dal responsabile dell'Ufficio di Gestione del Rischio Clinico, quale organismo aziendale per la condivisione degli interventi inerenti il rischio clinico</p>
<p>Delibera Direttore Generale n° 293 del 19.04.2006</p>	<p>Adozione del piano annuale di clinical risk management 2006</p>	<p>Adozione e resoconto del piano annuale di gestione del rischio clinico per l'anno 2006 secondo quanto previsto dalla nota della Regione Lombardia prot. H1.2005.0055310 del 14/12/2005 (Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management)</p>
<p>Nota del Direttore Generale prot. 34143 del 19.12.2006</p>	<p>Resoconto di attuazione del Piano annuale di clinical risk management 2006</p>	
<p>Delibera Direttore Generale n° 316 del 18/04/2007</p>	<p>Adozione del piano annuale di clinical risk management 2007</p>	<p>Adozione e resoconto del piano annuale di gestione del rischio clinico per l'anno 2007 secondo quanto previsto dalla nota della Regione Lombardia prot. H1.2006.0054697 del 31/12/2006 (Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management) inserito nelle "Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario per l'anno 2007", come da DGR n°VIII/3776 del 13.12.2006,</p>
<p>Nota del Direttore Generale prot. 37126 del 21.12.2007</p>	<p>Resoconto di attuazione del Piano annuale di clinical risk management 2007</p>	
<p>Delibera Direttore Generale n°330 del 23/04/2008</p>	<p>Ridefinizione dei Comitati preposti al risk management e adozione del relativo piano di attività per l'anno 2008"</p>	<p>Adozione e resoconto del piano annuale di gestione del rischio clinico per l'anno 2008 secondo quanto previsto dalla nota della Regione Lombardia prot. H1.2007.0049490 del 23/11/2007 (Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management) e ridefinizione composizione del "Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente" e del "Comitato di valutazione dei sinistri"</p>
<p>Nota del Direttore Generale prot. 0039478 del 23.12.2008</p>	<p>Resoconto di attuazione del Piano annuale di clinical risk management 2008</p>	

Delibera Direttore Generale n°266 del 27/04/2009	Adozione del relativo piano di attività per l'anno 2009"	Adozione e resoconto del piano annuale di gestione del rischio clinico per l'anno 2009 secondo quanto previsto dalla nota prot n. H1.2008.0045803 del 18.12.2008 (linee guida relative alle attività di risk management – anno 2009) ed in coerenza con il decreto della Direzione Generale Sanità n°2107 del 04.03.2009 avente per oggetto "Determinazione in ordine agli obiettivi di interesse regionali dei direttori generali delle aziende ospedaliere per l'anno 2009, ai sensi della DGR n°VIII/8988 del 20.02.2009"
Nota del Direttore Generale prot.1847 del 14.01.2010	Resoconto di attuazione del Piano annuale di clinical risk management 2009	
Atto deliberativo n° 229 del 23/03/2010	Adozione del relativo piano di attività per l'anno 2010"	Adozione e resoconto del piano di risk management - anno 2010" secondo quanto previsto dalla nota con prot n. prot n. H1.2009.0044543 del 18.12.2009 ("linee guida attività di Risk Management – Anno 2010") ed in coerenza con il decreto della Direzione Generale Nota del Direttore Generale prot.1847 del 14.01.2010 Sanità n°011206 del 08.02.2010 avente per oggetto "Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei direttori generali delle aziende ospedaliere e AREU per l'anno 2010, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento" in cui si inseriscono tra gli obiettivi di mandato nell'allegato 1 al punto 2.1 la "programmazione delle attività di risk management".
Nota del Direttore Generale prot. 43099 del 24.12.2010	Resoconto di attuazione del Piano annuale di risk management 2010	

2. La situazione al 31.12.2008

2.1 Il percorso iniziale 2004 – 2006

Per progettare un percorso di individuazione e gestione dei rischi, l'Azienda ha dovuto tenere conto di alcuni fattori che potevano inficiare gli sforzi intrapresi:

- ✓ La mancanza di cultura della gestione del rischio che rende particolarmente delicate le fasi iniziali di implementazione del progetto sul rischio.
- ✓ L'analisi delle esperienze portate avanti e non ancora ultimate in alcuni ospedali italiani che fa emergere i principali fattori di fallimento sono legati ai seguenti fattori:
 - La brusca immissione nei reparti delle tecniche di "Incident reporting" non precedute da forme diffuse di sensibilizzazione e di formazione, non porta a risultati tangibili, infatti la cultura dell'autodenuncia necessita per affermarsi di consapevolezza della non punizione dell'operatore e/o dell'unità operativa che ha compiuto l'errore;
 - I responsabili delle UU.OO. devono essere ben consapevoli che si tratta di favorire e promuovere innanzitutto un cambiamento culturale, appoggiato da effettivi interventi che mettano "in sicurezza" gli eventi più critici identificati durante le fasi di analisi;
 - La mancata analisi dei costi legati agli incidenti già accaduti (costo da pagamento premio, costo del rimborso, spese legali, tempo di apertura pratica, perdita di immagine, legate al valore economico e sociale dell'azienda) non permette alla maggior parte delle aziende sanitarie di poter da subito partire con un quadro preciso delle aree dove intervenire e su quali "eventi a rischio" porre le priorità di intervento.

Se la letteratura internazionale può essere di grande aiuto per indirizzare un gruppo di lavoro, specialmente come dati di incidenza sui principali eventi legati alle aree sanitarie dove c'è abbondante casistica di "incident reporting" (Ortopedia, Ostetricia, Medicina d'Urgenza), questi non potrà esimersi dall'analisi dei dati locali, poiché l'attitudine alla denuncia è legato oltre che alla gravità dell'evento subito anche a fattori di comportamento e di cultura locale .

In particolare le iniziative intraprese dal giugno 2004 al mese di dicembre 2006 si possono sintetizzare nelle seguenti fasi:

FASE 1. Individuazione del gruppo di lavoro board per la gestione del rischio

E' stato identificato il "**Gruppo Board del rischio clinico**" (equivalente al Gruppo di Coordinamento del rischio clinico previsto dalla circolare regionale n°46/san del 2004) che è composto da 30 componenti provenienti da:

- Servizi di staff e Direzione (Responsabili di URP, Servizio di Ingegneria Clinica, Servizio Legale, Servizio di Farmacia, Direttore Medico P.O. di Mantova, referente Dipartimento SITRA e Resp. Ufficio Infermieristico P.O. di Mantova)
- Unità Operative (Direttori Medici e Coordinatori Infermieristici tra le seguenti UU.OO.: Radiologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Chirurgia toracica, Immunoematologia, SPDC, Ortopedia, Malattie Infettive, Pneumologia, Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Rianimazione, Urologia, Blocco Operatorio)

Il gruppo Board, coordinato dal UCGR, si è costituito in seguito alla deliberazione n°457 del 16.06.2004 ed è stato riformalizzato nella deliberazione n°127 del 3 marzo 2005 con il compito di supportare e di condividere le scelte della Direzione in merito alla valutazione e gestione del rischio clinico. Si riunisce almeno una volta per quadrimestre.

FASE 2. Prova dell'applicabilità degli strumenti di analisi (FMECA, root cause analysis), inizialmente con due giorni di "laboratorio" del gruppo board costituito per la prova pratica degli strumenti indicati in letteratura (schede FMEA e root cause analysis) su aree sanitarie del Poma al fine di provare:

1. L'analisi dei processi di cura ed assistenza con individuazione dei rischi organizzativi e clinici ,
2. Il calcolo del "peso" del rischio, per gravità e frequenza
3. La valutazione di fattibilità del percorso ipotizzato.

Questa formazione per complessive due giornate è stata rivolta a tutti i partecipanti del Gruppo Board e denominata "**laboratorio per la gestione del rischio**" dove sono stati provati gli strumenti, quali ad esempio la F.M.E.C.A. per la pesatura del rischio (gestione proattiva del rischio), e dove sono state affrontati tutti gli argomenti di interesse.

Si è proceduto in seguito all'attivazione di una **cartella di rete intranet denominata "Biblioteca del Rischio"** dove sono stati inseriti i documenti di interesse nazionale ed aziendale relativamente alle attività di clinical risk management.

Infine si è provveduto alla **condivisione dei dati assicurativi e del progetto annuale con il Gruppo Board** per la scelta delle Unità Operative da coinvolgere nell'ambito della prima fase di progetto.

Le UU.OO. del P.O. di Mantova scelte per la prima fase di monitoraggio sono state quelle di: **Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia, Pronto Soccorso, ed il Servizio di Farmacia.**

FASE 3. costruzione di una banca dati retrospettiva - prospettiva per l'analisi dei sinistri ed istituzione del Comitato di valutazione dei sinistri (CVS) istituito tra l'Area Qualità e Appropriatezza e il Servizio Legale.

Il Servizio Appropriatazza ed Epidemiologia ha realizzato un sistema di raccolta dati sui sinistri. Il sistema denominato **H.I.P.O.RISK** (Health Insurance Plan Optimisation). Nello specifico concorre a:

- Valutare le dinamiche che concorrono al verificarsi di un evento dannoso
- Valutare il danno ed il nesso di risarcibilità
- Migliorare il rapporto tra rischi reali, premi assicurativi e responsabilità professionale

Il sistema prevede tra le altre cose quella di condividere tra il Servizio Legale e l'Ufficio di Gestione del Rischio Clinico le informazioni in un database gestionale in intranet protetto relativamente al sinistro ed alla relativa dinamica e di facilitare la consultazione dei casi in tempo reale.

I dati relativamente ai sinistri dell'anno 2005 e 2006 sono stati introdotti in questo sistema che è divenuto utile strumento anche nell'ambito dell'**inserimento degli stessi nel database regionale** per la mappatura della Regione Lombardia sui sinistri RCT/O.

L'Azienda ha inoltre costituito in seguito alla deliberazione n°457 del 16.06.2004 ed è stato riformalizzato nella deliberazione n°127 del 3 marzo 2005 il **Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS)** così come previsto dalla Circolare Regionale 46/san del 2004 con il compito di supportare e di condividere le scelte della Direzione in merito alla gestione dei sinistri ed ha la tra gli altri obiettivi quello di:

- Valutare le dinamiche che concorrono al verificarsi di un evento dannoso
- Valutare il danno ed il nesso di risarcibilità
- Migliorare il rapporto tra rischi reali, premi assicurativi e responsabilità professionale
- Valutare la possibilità di ritenere il rischio
- Favorire la sollecita definizione delle pratiche
- Definire politiche di miglioramento della documentazione contenente informazioni in merito ai rischi come il "consenso informato"

FASE 4. GESTIONE DEL RISCHIO.

Obiettivi

I principali obiettivi sono stati l'identificazione dei principali rischi correlati alle principali patologie ricoverate e ai processi di cura ed assistenza. Il Progetto pilota è consistito nell'implementazione della funzione di gestione del rischio clinico nelle aree di Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia con il sostegno del Servizio di Farmacia. È seguita poi la formazione del personale e la definizione di procedure generali sulla gestione proattiva e reattiva del rischio nonché la gestione degli eventi sentinella e la definizione delle tappe di un audit clinico. Le attività già portate a termine sono le seguenti:

A) COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO "RISCHIO CLINICO" SULLE UU.OO. INDIVIDUATE

Azioni:

- Reclutamento delle UU.OO. interessate al progetto ovvero Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, e Servizio di Farmacia
- Definizione dei componenti dei gruppi di lavoro "rischio clinico" e delle funzioni di responsabilità, ovvero identificazione di un referente medico e di un referente infermieristico per reparto /servizio coinvolto.
- Illustrazione del progetto ai reparti coinvolti con riunioni di reparto rivolte ai responsabili clinici ed infermieristici e ad almeno un referente medico ed un referente infermieristico per reparto.

B) ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEI RISCHI

Le iniziative di analisi e gestione del rischio nell'anno 2005 e 2006 hanno identificato le seguenti azioni di miglioramento:

Ostetricia di Mantova

Punto A: valutazione delle perdite ematiche nelle partorienti con parto spontaneo e provvedimenti conseguenti tramite valutazione Hb pre e post partum e posizionamento della sacca in tutte le partorienti.

Punto B: interventi di audit su processo parto: collaborazione Ostetrica Medico.

Ortopedia di Mantova

Punto A: rintracciabilità paziente/sede intervento con segno da colorante vitale.

Punto B : valutazione della correttezza dell'antibioticoprofilassi nei pazienti ortopedici.

Pronto Soccorso di Mantova

Punto A: pazienti che non si presentano al PS dopo visita parere in altra Unità Operativa e pazienti che non si presentano alla visita in PS dopo aver sostenuto la valutazione di Triage e apertura scheda PS.

Punto B: Rintracciabilità paziente di Pronto Soccorso.

Punto C: Messa in sicurezza processo gestione farmaci in PS.

C) FORMAZIONE - ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO delle aree di Ostetricia, Ortopedia e Pronto Soccorso dell'azienda (con il coinvolgimento della Farmacia).

Nell'anno 2005 L'Ufficio Gestione Rischio Clinico ha realizzato un corso dal titolo "METODI E STRUMENTI PER INDIVIDUARE E GESTIRE IL RISCHIO CLINICO NELLE AREE MATERNO INFANTILE, DELL'EMERGENZA ED ORTOPEDICA" e nell'anno 2006 un corso dal titolo "METODI E STRUMENTI PER GESTIRE GLI EVENTI AVVERSI E SENTINELLA NELL'AMBITO DEL RISK MANAGEMENT" con la finalità di fornire elementi, metodologia e strumenti per l'analisi dei rischi clinici, per la definizione del loro "peso" e per lo sviluppo di una politica di Risk Management che portasse nello stesso tempo a migliorare le condizioni di efficienza della gestione aziendale dei servizi sanitari. La formazione è stata un'occasione fondamentale per creare la condivisione degli stessi strumenti e l'uniformità di comportamento su tutta l'azienda ma soprattutto per implementare i progetti sul campo.

Ogni edizione del corso era composta da sei giornate di teoria e di simulazione degli strumenti (FMECA, Root cause analysis, Audit) per complessivi 30 crediti ecm. I corsi sono stati rivolti a tutti i Rererenti Qualità e Rischio dell'azienda (RGQ) e agli operatori delle UU.OO. "pilota" ed affini al fine di utilizzare la formazione per uniformare gli strumenti di gestione del rischio ma soprattutto per creare i presupposti di implementazione delle attività previste. In sintesi gli Obiettivi specifici del progetto sono stati:

- Sensibilizzare ad apprendere dagli errori
- Far acquisire conoscenze teoriche in tema di clinical risk management ed appropriatezza delle prestazioni clinico assistenziali
- Far acquisire abilità tecniche nell'adottare strumenti tecnici e organizzativi capaci di ridurre i livelli di rischi nell'erogazione delle cure e dell'assistenza e nell'analizzare con un approccio metodologico corretto le problematiche cliniche che contestualizzano l'errore nella pratica clinica.
- Migliorare le capacità relazionali e comunicative riguardo ai fattori collegati al rischio nelle prestazioni clinico assistenziali

- Implementare le altre attività collegate al presente piano di gestione dei rischi.
- Creare un momento di scambio culturale e di esperienze con le altre realtà aziendali italiane sulle tematiche del rischio e della governance clinica.

Complessivamente nell'anno 2005 hanno partecipato sino a 25 partecipanti tra medici, ostetriche, infermieri e farmacisti per ogni singola edizione, su sei edizioni complessive e per circa 150 operatori complessivamente.

Il corso è stato rivolto alle seguenti UU.OO.:

area dell'emergenza e critica dell'azienda

U.O. Pronto Soccorso P.O. di Mantova

U.O. Pronto Soccorso P.O. di Asola

U.O. Pronto Soccorso P.O. di Pieve di Coriano

U.O. Medicina d'Urgenza P.O. di Mantova

area materno infantile dell'azienda

U.O. Ostetricia P.O. di Mantova

U.O. Ostetricia P.O. di Asola

U.O. Ostetricia P.O. di Pieve di Coriano

U.O. Patologia Neonatale e Nido P.O. di Mantova

area ortopedica dell'azienda

U.O. Ortopedia P.O. di Mantova

U.O. Ortopedia P.O. di Pieve di Coriano

Nel 2006 il corso "Metodi e strumenti per gestire gli eventi avversi e sentinella nell'ambito del risk management" è stato rivolto a 130 operatori sanitari tra medici, infermieri, fisioterapisti, farmacisti, assistenti sanitari, ostetriche, tecnici di radiologia e di laboratorio ed accreditato ecm-cpd per 36 crediti per complessive 36 ore di aula suddivise in 6 giornate. Le prime due giornate hanno previsto contenuti teorici mentre le ultime 4 giornate hanno ripreso l'utilizzo e la simulazione di audit clinici, FMECA e RCA. Le edizioni complessive sono state così suddivise:

1^a edizione

- *U.O. Pronto Soccorso P.O. di Mantova*
- *Servizio 118*
- *U.O. Medicina d'Urgenza P.O. di Mantova*

2^a edizione

- *U.O. Pronto Soccorso P.O. di Asola*
- *U.O. Pronto Soccorso P.O. di Pieve di Coriano*
- *Servizio 118*

3^a edizione

- *Anestesia Rianimazione di Mantova*
- *U.O. Ortopedia P.O. di Pieve di Coriano*

4^a edizione

- *U.O. Ostetricia P.O. di Asola*
- *U.O. Ostetricia P.O. di Pieve di Coriano*
- *U.O. Patologia Neonatale e Nido P.O. di Mantova*
- *U.O. Ostetricia P.O. di Mantova*

5^a e 6^a ediz. rivolto ai referenti qualità rischio (RQR) di tutte le UU.OO. dell'azienda

D) CREAZIONE DELLA RETE DI “REFERENTI GESTIONE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO” (RGQ) E LORO FORMAZIONE.

Durante l'anno 2006 sono stati individuati per ogni Unità Operativa almeno un RGQ, previsto anche nell'ambito del piano qualità 2004 – 2006, con funzione di raccordo alle iniziative dell'area di staff Qualità e Appropriatelyzza per quanto attiene la gestione della qualità e del rischio clinico.

Due edizioni del corso “Metodi e strumenti per gestire gli eventi avversi e sentinella nell'ambito del risk management” sono state dedicate all'addestramento di circa 60 referenti qualità e rischio (RGQ) appartenenti alle UU.OO. di tutta l'azienda.

E) DEFINIZIONE, CONDIVISIONE E DIFFUSIONE DELLE PROCEDURE GENERALI DI GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, ANALISI MEDIANTE ROOT CAUSE ANALYSIS, ANALISI PROATTIVA DEI RISCHI E IMPLEMENTAZIONE DI AUDIT CLINICI.

La gestione degli eventi sentinella, l'analisi reattiva (Root causes analysis) e proattiva degli eventi (FMECA) nonché l'implementazione degli audit clinici sono strumenti fondamentali nella gestione del rischio. L'evento sentinella (ES), in particolare, viene considerato dagli standard di JCHAO e dal Ministero della Salute, che ha emanato a tal proposito anche una raccomandazione nell'anno 2005 (redatta dalla Commissione Tecnica sul rischio clinico prevista dal DM 5 marzo 2003), come quella situazione di particolare gravità in cui si rende opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti hanno contribuito al verificarsi dell'evento. La sua segnalazione nonché la gestione immediata diviene pertanto fondamentale al punto di richiedere una procedura riconducibile anche nell'ambito del Manuale Qualità aziendale.

Questa iniziativa ha permesso che :

1. si siano definiti gli ES che interessano l'azienda anche in considerazione degli eventi previsti dal protocollo del Ministero della Salute e dagli standard JCHAO.
2. si sia definito un percorso organizzato e sistematico di segnalazione e gestione degli ES con metodi reattivi (RCA, ecc...)
3. si siano definite meglio le azioni di miglioramento ed il loro monitoraggio nel tempo per evitare il ripetersi di eventi indesiderati.
4. Si sia creato un canale diretto e continuo tra le UU.OO. e l'UGRC per la gestione degli eventi avversi e sentinella.

La condivisione della procedura è avvenuta con a tutte le UU.OO. attraverso il coinvolgimento diretto nella stesura da parte degli RGQ delle UU.OO. dell'azienda, delle Direzioni di Presidio e del Comitato di valutazione dei sinistri.

La stessa modalità è stata seguita per le altre procedure di gestione del rischio producendo in sostanza la seguente documentazione oggi in uso:

- procedura generale sulla gestione degli eventi sentinella PG9MQ08
- procedura generale sulla gestione proattiva degli eventi avversi (HFMECA) PG8MQ08
- procedura generale sulla root cause analysis PG6MQ08
- procedura generale sulla gestione degli audit clinici PG7MQ08

2.2 Le attività svolte nell'anno 2007

L'integrazione delle attività di clinical risk management con i progetti riconducibili al piano aziendale per la qualità 2004-2006 ed agli standard JCI scelti dalla Regione Lombardia è stata considerata, anche per l'anno 2007, come un passaggio indispensabile se si considera che la valutazione, la prevenzione e la corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente sono infatti degli aspetti decisivi del sistema qualità delle strutture sanitarie.

Con il piano 2007 si è cercato pertanto di integrare le iniziative già intraprese con le attività ricomprese nella qualità aziendale ma anche di rafforzare un progressivo coinvolgimento della comunità professionale nelle iniziative riguardanti la "patient safety" nonché formalizzare un flusso informativo che consentisse di effettuare un'analisi degli errori più frequenti e di suggerire le azioni per migliorare la qualità delle prestazioni.

In particolare anche in linea con quanto descritto nella nota della Regione Lombardia prot. H1.2006.0054697 del 21/12/2006 (con oggetto: Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management) ed inserite nelle "Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario per l'anno 2007", come da DGR n°VII/3776 del 13.12.2006, si è voluto proseguire sul coinvolgimento della comunità professionale e sull'azione di miglioramento delle prestazioni professionali, puntando in particolare al consolidamento di strumenti, quali gli audit clinici, mirati alle aree considerate dall'azienda "più critiche", nonché al continuo coinvolgimento diretto dei referenti qualità e rischio (RGQ), quali interlocutori fondamentali per la rete tra le UU.OO. e gli staff dedicati, alle iniziative di miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni. I referenti qualità e rischio e gli operatori delle aree coinvolte, inoltre, sono già stati formati nei precedenti anni e pertanto più orientati a sostenere e comprendere le iniziative di gestione del rischio e più orientati a tradurle operativamente.

Si è sostenuta l'attività del Comitato di gestione dei sinistri (CVS) con la definizione di una procedura, come richiesto peraltro dalla linee guida regionali, per dare una continuità operativa a questo organismo al fine di migliorare la gestione dei sinistri nell'ambito di un nuovo modello organizzativo.

In particolare l'attività si è concentrata su quattro macro progetti:

- sviluppo di Audit clinico e gestione proattiva del rischio clinico nell'ambito delle attività clinico assistenziali della Medicina d'Urgenza e del Pronto Soccorso.
- sviluppo di Audit clinico e gestione proattiva del rischio clinico nell'ambito delle attività clinico assistenziali dell'Ortopedia.
- sviluppo di Audit clinico e gestione proattiva del rischio clinico nell'ambito delle attività clinico assistenziali dell'Ostetricia.
- gestione proattiva del rischio nell'ambito dell'UO di Oncologia.
- Aggiornamento dei referenti qualità e rischio di UU.OO su tutte le procedure aziendali in tema di gestione del rischio clinico.

Con questa iniziativa si è voluto favorire l'implementazione degli strumenti di audit clinico e di analisi proattiva dei rischi nell'ambito di tutte le UU.OO. dell'azienda che afferiscono all'area dell'emergenza, dell'ortopedia, dell'ostetricia e dell'oncologia analizzando i processi definiti critici dai referenti qualità e rischio di unità operativa. Tale iniziativa si è posta di risolvere alcune criticità emerse durante l'analisi dei rischi nell'anno 2006 e che nello specifico riguardano la gestione della rintracciabilità dei pazienti ed il loro percorso dal Servizio 118 al Pronto Soccorso, la gestione delle induzioni del parto e la valutazione dei rischi per la gravida, la sicurezza nella gestione dei farmaci e l'identificazione del lato da operare in ortopedia, la messa in sicurezza del farmaco chemioterapico. Nell'ambito della "formazione sul campo" aziendale (con il riconoscimento di 20 crediti ecm per gli operatori partecipanti) è stato realizzato per ogni progetto un audit clinico ed un'analisi proattiva del rischio. Tale metodologia ha adottato il seguente percorso: un primo incontro in plenaria con la condivisione dei metodi e degli obiettivi, la successiva suddivisione in due gruppi dei partecipanti per ogni area clinica coinvolta per successivi tre incontri (per ogni sottogruppo è stato nominato un coordinatore) e un conclusivo incontro in plenaria per la condivisione e la restituzione dei risultati, ed infine la restituzione a tutti gli operatori sanitari di quanto prodotto all'interno di Ogni Unità Operativa coinvolta. Le Unità Operative dell'azienda coinvolte nei progetti specifici sono state:

- Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del P.O. di Mantova, Pronto Soccorso P.O. di Asola, Pronto Soccorso del P.O. di Pieve di Coriano, Servizio 118.
- UO Ostetricia Ginecologia di Mantova, UO Ostetricia Ginecologia di Pieve, UO Ostetricia Ginecologia di Asola.

- UO Ortopedia di Mantova, UO Ortopedia di Pieve, Servizio di Diagnostica per Immagini di Mantova, Servizio di Farmacia
- UO Oncologia e Dh Oncologica PO Mantova

Risultati ottenuti in Pronto Soccorso

È stato analizzato su tre Presidi Ospedalieri l'intero processo di gestione accesso del paziente dal domicilio in Pronto Soccorso e il processo di gestione della chiamata di soccorso del 118 con metodo di analisi HFMECA redigendo un'action plan con la definizione delle azioni di miglioramento ed un calendario di realizzazione.

Nell'ambito dell'audit clinico in cui hanno partecipato medici ed infermieri è stata redatta una procedura generale di gestione della rintracciabilità tramite braccialetto del paziente in osservazione breve (condivisione con presa di firma di tutto il personale mediante apposita riunione effettuata il 30.11.2007).

Nell'ambito del gruppo di miglioramento si è provveduto alla costruzione di una scheda di segnalazione anonima degli eventi redatta, preparata e spiegata a tutto il personale interessato dagli operatori del gruppo di analisi. Non vi è stata ad oggi alcuna segnalazione di errori di identificazione del paziente in Pronto Soccorso .

Tutte e quattro le Unità Operative di Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza dell'Azienda hanno condiviso i risultati dell'audit rispetto all'analisi iniziale eseguita unicamente presso il P.O. di Mantova. Inoltre sono stati definiti gli indicatori di verifica del processo di identificazione del paziente che accede in pronto Soccorso e sono stati inseriti nel cruscotto aziendale del servizio qualità.

In pratica sono state correttamente utilizzate la procedura PG8MQ08 sulla gestione proattiva eventi avversi e la procedura PG7MQ08 sulla gestione audit clinici e il modulo MOD2PG6MQ08 quale CHECK LIST Action Plan di definizione delle azioni di miglioramento su tutte le problematiche emerse. E' stata elaborata la procedura di identificazione del paziente tramite braccialetto di identificazione e condivisa con tutto il personale sanitario di tutte le unità operative compreso il Servizio 118 per le maxiemergenze.

Tutte le UU.OO. hanno accettato l'estensione delle iniziative sul totale delle U.O. partecipanti.

Risultati ottenuti in Ostetricia

È stato analizzato su tre Presidi Ospedalieri l'intero processo di gestione della gravida a termine con metodo di analisi HFMECA redigendo un'action plan con la definizione delle azioni di miglioramento ed un calendario di realizzazione.

Nell'ambito dell'audit clinico in cui hanno partecipato medici ginecologici, ostetriche ed infermieri è stata redatta una procedura generale di gestione delle induzioni al parto con la condivisione e con presa di firma di tutto il personale mediante apposita riunione effettuata il 29.11.2007 .

Nell'ambito del gruppo di miglioramento si è provveduto alla costruzione di una scheda di segnalazione anonima degli eventi redatta, preparata e spiegata a tutto il personale interessato dagli operatori del gruppo di analisi. Tutte e tre le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda hanno condiviso i risultati dell'audit rispetto all'analisi iniziale eseguita unicamente presso il P.O. di Mantova. sono stati definiti gli indicatori di verifica del processo di induzione al parto e sono stati inseriti nel cruscotto aziendale del servizio qualità.

In pratica sono state correttamente utilizzate la procedura PG8MQ08 sulla gestione proattiva eventi avversi e la procedura PG7MQ08 sulla gestione audit clinici e il modulo MOD2PG6MQ08 quale CHECK LIST Action Plan di definizione delle azioni di miglioramento su tutte le problematiche emerse. E' stata elaborata la procedura di gestione delle induzioni del parto comprensiva dei criteri di scelta dei tempi e dei farmaci impiegati nonché la scheda informativa per la partoriente condivisa con tutto il personale sanitario di tutte le unità operative. Tutte le UU.OO. hanno accettato l'estensione delle iniziative sul totale delle U.O. partecipanti.

Risultati ottenuti in Ortopedia

È stato analizzato su tre Presidi Ospedalieri l'intero processo di gestione del paziente ortopedico che necessita di intervento chirurgico con metodo di analisi HFMECA redigendo un'action plan con la definizione delle azioni di miglioramento ed un calendario di realizzazione.

Nell'ambito dell'audit clinico in cui hanno partecipato medici , tecnici di radiologia, farmacisti ed infermieri è stata redatta una procedura generale di gestione del lato da operare in interventi ortopedici di day surgery, ordinari ed in urgenza differibile, ed una procedura specifica di gestione in sicurezza dei farmaci più comunemente utilizzati nelle aree ortopediche, con presa di firma di tutto il personale mediante apposita riunione effettuata il 29.11.2007 . Nell'ambito del gruppo di miglioramento si è provveduto alla costruzione di una scheda di segnalazione anonima degli eventi redatta, preparata e spiegata a tutto il personale interessato dagli operatori del gruppo di analisi. Non vi è stata ad oggi alcuna segnalazione di errori di identificazione di lato o di errata somministrazione di farmaci. Tutte e due le Unità Operative di Ortopedia dell'Azienda hanno condiviso i risultati dell'audit rispetto all'analisi iniziale eseguita unicamente presso il P.O. di Mantova. sono stati definiti gli indicatori di verifica del processo di identificazione del lato da operare e di gestione dei farmaci e sono stati inseriti nel cruscotto aziendale del servizio qualità. In sostanza sono state correttamente utilizzate la procedura PG8MQ08 sulla gestione proattiva eventi avversi e la procedura PG7MQ08 sulla gestione audit clinici e il modulo MOD2PG6MQ08 quale CHECK LIST Action Plan di definizione delle azioni di miglioramento su tutte le problematiche emerse. E' stata elaborata la procedura di identificazione del lato da operare con apposite schede a doppio controllo e condivisa con tutto il personale sanitario di tutte le unità operative compreso il Blocco operatorio. Altresì è stata eseguita medesima attività per la procedura di gestione dei farmaci in ortopedia prevedendo anche l'adozione dell'elenco dei farmaci da somministrare prima dell'intervento, della scheda di raccolta dei farmaci domiciliari, dell'elenco dei farmaci da sospendere in PS in previsione di un intervento chirurgico ortopedico, di tabelle di conversione di farmaci al alto rischio e di reminder per l'esecuzione di controlli di corrispondenza. Tutte le UU.OO. hanno accettato l'estensione delle iniziative sul totale delle U.O. partecipanti.

Risultati ottenuti in Oncologia

È stato analizzato nell'UO di Oncologia e Dh Oncologico l'intero processo di gestione del paziente sottoposto a chemioterapia con metodo di analisi HFMECA redigendo un'action plan con la definizione delle azioni di miglioramento ed un calendario di realizzazione. Nell'ambito dell'analisi proattiva in cui hanno partecipato medici , farmacisti ed infermieri è stata redatta un a procedura generale di rintracciabilità paziente – chemioterapico con un piano di fattibilità rispetto alla informatizzazione del processo. Nell'ambito del gruppo di miglioramento si è provveduto alla costruzione di una scheda di segnalazione anonima degli eventi redatta, preparata e spiegata a tutto il personale interessato dagli operatori del gruppo di analisi. L'unità Operativa di Oncologia ha condiviso i risultati dell'audit rispetto all'analisi iniziale eseguita unicamente presso il P.O. di Mantova. Sono state correttamente utilizzate la procedura PG8MQ08 sulla gestione proattiva eventi avversi e il modulo MOD2PG6MQ08 quale CHECK LIST Action Plan di definizione delle azioni di miglioramento su tutte le problematiche emerse. E' stata formalizzata la scheda di gestione del farmaco chemioterapico ed inserita, con la collaborazione dell'Ufficio Gestione Cartella Clinica, nei documenti della cartella, ed infine è stata fatta la condivisione dell'iniziativa con tutto il personale sanitario dell'U.O. partecipante.

2.2.1 ATTIVITA' DI SOSTEGNO ALLA FUNZIONE

Le attività aziendali sono state presentate in pubblicazioni e partecipazioni a vari congressi nazionali in cui sono stati accettati abstract e comunicazioni (ai Congressi nazionali della S.It.I., SIFO, AIE, ANMDO, ecc...). In particolare va sottolineato il riconoscimento nell'ambito dei progetti H.P.H. (Promozione della salute in ospedale) da parte della Regione Lombardia della funzione di clinical risk management in implementazione presso il Pronto Soccorso di Mantova con **la premiazione dell'iniziativa** e la presentazione alla 9^a Conferenza Nazionale svoltasi a Courmayeur nel 2005 e alla 10^a Conferenza Nazionale di Grado. Tale iniziativa è stata richiesta come comunicazione anche alla 14^a Conferenza Internazionale HPH nel maggio 2006 in Lituania.

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma è inserita con il proprio Risk Manager nel **Gruppo di lavoro della Regione Lombardia** che ha redatto la circolare 46/san del 2004, ed in seguito le

linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di risk management e che programma attività di formazione rivolta ai risk manager ed ai coordinatori del CVS della Lombardia.

Infine l'inclusione delle attività riconducibili al rischio clinico nel **Piano aziendale qualità 2004 – 2006** e nel piano qualità 2008 - 2010 , nel Manuale Qualità dell'Azienda e nell'ambito di alcuni dei 23 **Circoli Qualità Joint** ha permesso e permette di meglio coniugare le attività già raggiunte e le iniziative proposte con quanto previsto dal sistema qualità aziendale.

2.3 Le attività svolte nell'anno 2008

L'integrazione delle attività di clinical risk management con i progetti riconducibili al piano aziendale per la qualità ed agli standard JCI scelti dalla Regione Lombardia sono stati considerati, anche per l'anno 2008, come un passaggio indispensabile se si considera che la valutazione, la prevenzione e la corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente sono infatti degli aspetti decisivi del sistema qualità delle strutture sanitarie.

In particolare in linea con quanto descritto nella nota della Regione Lombardia prot. H1.2007.0049490 del 23/11/2007 (con oggetto: Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management) si è voluto proseguire verso il consolidamento di strumenti, quali gli audit clinici, mirati alle aree considerate dall'azienda "più critiche", nonché al continuo coinvolgimento diretto dei referenti qualità e rischio (RGQ), quali interlocutori fondamentali per la rete tra le UU.OO. e gli staff dedicati, alle iniziative di miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti.

Nell'ambito del piano di risk management, pertanto, si è cercato 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.

In tal senso il piano si è proposto di "creare il contesto per cui la gestione del rischio sviluppi realmente le condizioni del miglioramento della sicurezza del paziente" .

Il piano 2008 ha previsto pertanto due fasi.

Prima fase: consolidamento delle attività di gestione del rischio

Si è trattato di consolidare e portare a sistema le iniziative già in parte realizzate e di concludere i piani di azione (che descrivono le attività di miglioramento) prodotti nell'ambito dell'analisi proattiva del rischio effettuata nelle UU.OO. di Ortopedia, Pronto Soccorso, Ostetricia e Oncologia dell'azienda nel corso dell'anno 2007. Si è trattato anche di costituire le Unità di Gestione del Rischio di Unità Operativa (UGR di UO) che coincidono con i gruppi di analisi e di miglioramento formalizzati nel 2007 e che hanno il compito di strutturare momenti di valutazione degli eventi avversi (segnalati in forma anonima) nonché di concretizzare le iniziative intraprese o da intraprendere. Tutte le attività sono state inserite nell'ambito di progetti di formazione sul campo con l'acquisizione di 20 crediti ecm.

Seconda fase: il rilancio degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio e lo sviluppo di nuove attività

Nell'ambito delle iniziative per l'anno 2008 si è previsto il rilancio degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio. In particolare si è ridefinito il Gruppo di coordinamento del rischio in "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) attribuendone i seguenti obiettivi:

- espletazione della funzione di indirizzo e verifica del piano annuale di risk management nonché di coordinamento delle attività preposte al raggiungimento degli specifici obiettivi;

- condivisione delle criticità più o meno latenti e dell'adozione degli strumenti di analisi proattiva e reattiva dei rischi in ospedale;
- proposta e condivisione dell'adozione di strumenti ed azioni correttive e proattive per la riduzione degli eventi avversi agli utenti;
- proposta e definizione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura.

Il "Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente", si è strutturato in un'Unità di Gestione del Rischio per la sicurezza clinica (UGRC) che affronta soprattutto le strategie inerenti la gestione del rischio clinico e in un'Unità di Gestione del Rischio per la sicurezza in area tecnica (UGRT) che è il contesto per analizzare i flussi necessari per la gestione dei rischi in area tecnica ed occupazionale. Il Comitato si compone delle seguenti funzioni aziendali:

- c) Unità di gestione del rischio per la sicurezza clinica (UGRC)
 - Risk Manager aziendale (con funzione di coordinamento del Comitato)
 - Responsabile dell'Area Qualità e Appropriatelyzza
 - Direttori di Dipartimento di area sanitaria
 - Coordinatori infermieristici, tecnici e riabilitativi di Dipartimento (RAD)
 - Direttori Medici di Presidio
 - Responsabile o delegato SITRA
 - Responsabile o delegato del Servizio Legale
 - Responsabile o delegato del Servizio di Farmacia Ospedaliera
 - Responsabile o delegato Ufficio Relazioni con il Pubblico
 - Responsabile o delegato dei sistemi Informativi e Informatici
- d) Unità di gestione del rischio per la sicurezza in area tecnica (UGRT)
 - Risk Manager aziendale
 - Responsabile o delegato dell'Area Tecnica Aziendale
 - Responsabile o delegato del Servizio di Ingegneria Clinica
 - Responsabile o delegato del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

Al "Comitato di Valutazione dei Sinistri" (CVS) vengono riattribuiti i seguenti obiettivi:

- valutare le dinamiche che concorrono al verificarsi di un evento dannoso
- valutare il danno richiesto e il nesso di risarcibilità (vagliare le richieste di risarcimento e fare proposte di transazione sulle stesse)
- migliorare la comunicazione con il soggetto da parte degli attori coinvolti
- definire azioni di miglioramento su specifiche aree o funzioni
- favorire la sollecita definizione delle pratiche anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri
- migliorare il rapporto tra rischi reali, premi assicurativi e responsabilità professionali;
- concorrere alla raccolta, attraverso il data base regionale e il data base gestionale dell'azienda, i sinistri per la mappatura RCT/O
- valutare la possibilità di ritenere il rischio;
- creare un collegamento tra la segnalazione dei sinistri e la gestione del rischio clinico nell'ambito dell'analisi delle dinamiche degli eventi e nella definizione dei fatti noti;

Il "Comitato di Valutazione dei sinistri", è composto dalle seguenti funzioni aziendali:

- Risk Manager aziendale (con funzioni di coordinamento)
- Responsabile o delegato del Servizio Legale
- Rappresentante con delega formale della Compagnia Assicurativa
- Rappresentante con delega formale del Broker assicurativo
- Medico Legale consulente
- Consulente nell'ambito giuridico
- Altri componenti individuati in relazione alle esigenze del CVS (es. rappresentanti delle Direzioni Mediche o Clinici da coinvolgere di volta in volta in relazione ai casi in analisi, ecc...)

Nell'ambito del "Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente" è stato realizzato (in collaborazione con Regione Lombardia) un percorso di gestione del rischio strutturale e tecnologico in area critica attraverso l'analisi proattiva dei rischi che interessano l'area tecnica, l'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali ed il rischio occupazionale. Lo strumento si è proposto di fornire una modalità univoca di monitoraggio delle situazioni rischiose legate alle attività dell'Area Tecnica (attività di manutenzione sulle strutture edili, sugli impianti tecnologici e sulle apparecchiature) nelle aree considerate "critiche" e cioè:

- Sale Operatorie
- Terapie Intensive
- Patologie Neonatali

Lo scopo è stato quello di ottenere nel tempo un aumento della sicurezza per i pazienti, terzi ed operatori attraverso l'adozione di misure intese a ridurre i rischi legati alle dotazioni strutturali e tecnologiche comprese le apparecchiature medicali.

La gestione degli Audit Clinici e l'analisi proattiva dei rischi con la creazione di un UGR di UO, avviata nel piano risk 2007 sulle UU.OO. pilota, è stata allargata anche all'UO di Medicina di Mantova e alla Terapia Intensiva di Mantova con un piano di formazione sul campo con 20 crediti ecm. In particolare nell'ambito della Terapia Intensiva e del servizio di Anestesia e Rianimazione è stata valutata la scheda di valutazione del rischio anestesilogico come previsto dal progetto specifico di IREF e Regione Lombardia per il 2008.

La funzione di Risk Management dell'azienda ha, inoltre, aderito con altre tre Aziende Ospedaliere lombarde ad un progetto del Ministero della Salute che vede Regione Lombardia quale Regione pilota con l'obiettivo di redarre un "manuale sulla sicurezza delle sale operatorie" in cui si valuteranno i rischi e le strategie di sicurezza nell'ambito chirurgico. In tal senso nel 2008 è stata approvata la procedura relativamente alla prevenzione del rischio da ritenzione di garze in sala operatoria, in linea con le raccomandazioni ministeriali, grazie all'istituzione di un gruppo di lavoro per la sicurezza in sala operatoria che proseguirà anche durante l'anno 2009 alla definizione di strategie di risk management e patient safety in linea con gli standard di joint commission.

Nell'ambito delle iniziative intraprese dall'Agenzia Nazionale dei Servizi Socio Sanitari e da Regione Lombardia, si è aggiornata l'attuale cartella di rete, messa a disposizione di tutti gli operatori e denominata "biblioteca del rischio" e della sicurezza del paziente, con un apposito spazio dedicato alla Raccolta delle "best practice" presenti in azienda sulla

sicurezza ed il miglioramento della qualità. La cartella contiene già le procedure generali e specifiche inerenti la gestione del rischio clinico ed è divenuto anche uno spazio di condivisione delle buone pratiche al fine di favorirne una maggiore diffusione tra gli operatori. Queste pratiche sono state inviate in Regione Lombardia e all'AGENAS per il loro inserimento nel data base nazionale. Ben 13 buone pratiche per la sicurezza dei pazienti dell'Azienda Carlo Poma sono state accettate dall'AGENAS e sono state pubblicate nell'osservatorio nazionale.

2.4 Le attività svolte nell'anno 2009

Anche per l'anno 2009 il fine primo è stato quello di proseguire nel percorso e nelle iniziative già intraprese, prevedendo una forte integrazione con il sistema per la qualità aziendale, rafforzando un progressivo coinvolgimento della comunità professionale nelle iniziative riguardanti la "patient safety".

In tal senso ci si è proposti di creare il "contesto" per cui la gestione del rischio potesse sviluppare realmente le condizioni del miglioramento della sicurezza del paziente traducendolo in:

- pianificazione di decisioni e azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico attraverso la individuazione e la valutazione dei rischi
- gestione dei successivi processi decisionali
- gestione ed il controllo delle procedure, dei progetti e dei protocolli individuati come quali efficaci a tale scopo
- l'insieme di attività cliniche gestionali ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre rischi di danni per pazienti, operatori e visitatori e il rischio di perdite per l'organizzazione stessa

Le iniziative di risk management si sono orientate, infatti, trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente di JCI secondo il progetto triennale 2008 – 2010 di valutazione delle aziende sanitarie accreditate della Regione Lombardia .

La funzione di Risk Management aziendale, in ottemperanza alle disposizioni ministeriali ed relativo progetto SIMES , e in aderenza al progetto di individuazione dei rischi e delle attività di contenimento degli stessi, secondo le strategie della regione Lombardia, tenuto altresì conto delle strategie aziendali che perseguono l'obiettivo del raggiungimento di soddisfazione dei requisiti e degli elementi misurabili degli standard della Joint Commission of Accreditation per il Clinical Risk Management, ha riconosciuto come propri il succitato elenco degli eventi sentinella, segnalati dal Ministero della Salute:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno

Gli obiettivi, che traducono concretamente la Politica aziendale, e che vedono una forte integrazione con il piano qualità 2008 – 2010 (adottato con atto deliberativo n°1009 del 10.12.2008), sono stati pertanto, quelli di seguito elencati:

- il 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 proattiva del rischio effettuata nelle UU.OO. individuate.
- Il sostegno dei gruppi di analisi del rischio già individuati che hanno il compito di strutturare momenti di valutazione degli eventi avversi (segnalati in forma anonima) nonché di concretizzare le iniziative intraprese o da intraprendere, nell'ambito di progetti di formazione sul campo anche con l'acquisizione di crediti ecm.
- 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:
 - area ostetrico ginecologica
 - area ortopedia traumatologia
 - area Emergenza Urgenza (Pronto Soccorso e 118 – SUEMM e Rianimazione)
- rilancio ed sostegno degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio e lo sviluppo di nuove attività. In particolare il rilancio del "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.
- progettazione delle azioni di formazione e intervento con il supporto della rete dei referenti gestione qualità e rischio clinico di U.O. (RGQ) e delle figure gestionali chiave dei Dipartimenti
- formazione, addestramento e attivazione di gruppi di audit multidisciplinari sul rischio legato alle pratiche di diagnosi, cura ed assistenza, in regime di ricovero ordinario, di day hospital o day surgery, o in regime di urgenza, finalizzati al riconoscimento di "near miss" o di cause latenti, riferiti a processi di erogazione delle cure e dell'assistenza, alla possibilità di genesi di avventi avversi;
- implementazione e sostegno di tutti gli strumenti di gestione reattiva e proattiva dei rischi e delle procedure di gestione del rischio nelle unità operative
- monitoraggio degli interventi tramite specifici indici di outcome organizzativi e clinici.

I seguenti obiettivi si sono tradotti nei seguenti progetti specifici allegati nella rendicontazione conclusiva:

- Sostegno alle Unità di gestione del rischio, ultimazione dei piani d'azione e mantenimento delle attività di analisi presso l'Area Ortopedica, l'Area Ostetrica, l'Area dei PS e MdU, l'UO di Medicina, l'UO di Oncologia, l'UO di Terapia intensiva.
- Analisi proattiva ed applicazione di FMECA presso il servizio di Dialisi di Mantova
- creazione di un gruppo di miglioramento sulla sicurezza nell'area operatoria (progetto biennale 2009 – 2010) attraverso la definizione in tutte le aree chirurgiche delle procedure relative a identificazione pz e sito chirurgico corretto (time out), ritenzione materiale estraneo sito chirurgico, prevenzione danni da anestesia, preparazione e gestione del paziente durante l'intervento e nella fase del risveglio, check list sicurezza in sala operatoria e collegamento agli standard JCI

- creazione di un gruppo di miglioramento riguardante le cadute accidentali dei pazienti attraverso un'Analisi epidemiologica e la definizione di una nuova scheda di rilevazione e di una nuova procedura specifica condivisa con i RAD, i Direttori dei Dipartimenti e la Direzione Sanitaria.

Nell'ambito degli interventi di formazione si procederà a due progetti distinti:

1. Riconoscimento formale dei gruppi di miglioramento e dei referenti gestione qualità e sicurezza del paziente con inserimento delle attività nell'ambito di progetti di formazione sul campo che prevedono anche l'addestramento e la formazione specifica dei referenti gestione qualità e sicurezza del paziente, dei RAD e dei Direttori di Dipartimento. Nell'ambito dell'addestramento si procederà anche per il 2010 alla definizione, condivisione e diffusione a tutte le UU.OO. le procedure di gestione del rischio clinico (root cause analysis, FMECA, Audit clinico, incident reporting e gestione eventi sentinella).
2. formazione di tutti medici specialisti ambulatoriali sugli strumenti di gestione del rischio
3. formazione sul campo per Audit clinico e gestione proattiva del Rischio Clinico in Emodialisi di Mantova
4. formazione sul campo Gruppo di miglioramento prevenzione delle cadute dei pazienti
5. Risk management e sicurezza del paziente nella gestione del farmaco in rianimazione
6. Risk management e sicurezza del paziente nella gestione del farmaco in ortopedia.
7. Corso residenziale teorico pratico gestione emergenze ostetriche

Le attività di risk management dell'anno 2009 hanno compreso, inoltre, la ridefinizione dei criteri sull'identificazione del paziente mediante la condivisione del percorso di gestione in sicurezza degli emoderivati (braccialetto del Serv. Trasfusionale), la condivisione dei percorsi di identificazione del paziente e del farmaco in Oncologia e PS (con braccialetti in RFID) e la correlazione dei sistemi di identificazione e gestione del farmaco (con la Farmacia)

Per quanto attiene la gestione dei farmaci ad alto rischio si è previsto, anche in occasione della gestione reattiva di un evento sentinella, l'allargamento della procedura del PS su elettroliti concentrati a tutte le UO attraverso il coinvolgimento della Farmacia Ospedaliera

Si è realizzato inoltre il consolidamento del percorso di gestione del rischio strutturale e tecnologico iniziato nel 2008 attraverso l'analisi proattiva dei rischi di area tecnica, coinvolgendo in aggiunta alle aree già comprese anche il Servizio di Dialisi (in occasione della FMECA effettuata) ed il Servizio di Emodinamica nell'ambito dell'UGR per la sicurezza dell'area tecnica che coinvolge il SPP, il SIC, la Struttura Tecnico Patrimoniale oltre che della direzione sanitaria.

Nell'ambito delle attività di risk management si è puntato anche sulla riduzione delle Infezioni associate all'assistenza sanitaria attraverso il sostegno delle attività del CIO in particolare per i programmi riguardanti lo sviluppo di politiche per il lavaggio delle mani previste da JCI.

Anche per il 2009 sono state raccolte ben 16 "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 e la creazione della "biblioteca della sicurezza del paziente" a disposizione di tutti gli operatori dell'azienda con la raccolta di tutte le procedure di gestione del rischio clinico e le best practices attraverso il coinvolgimento della Struttura Comunicazione e del portale web intranet dell'azienda.

2.5 Le attività svolte nell'anno 2010

Anche per il 2010 il cammino che si è inteso intraprendere è stato quello di proseguire nel percorso e nelle iniziative già avviate negli anni precedenti, prevedendo una forte integrazione con il sistema per la qualità aziendale, rafforzando un progressivo coinvolgimento della comunità professionale nelle iniziative riguardanti la "patient safety" e sviluppando un sistema di gestione del rischio realmente orientato ed integrato al miglioramento della qualità delle prestazioni assistenziali e quindi ad un concetto più alto di "Clinical Governance".

Nell'ambito del piano di risk management annuale, richiesto obbligatoriamente da Regione Lombardia, si è certo di orientare il sistema verso la valorizzazione della cultura, della struttura e dei processi con lo scopo di gestire efficacemente effetti negativi ed opportunità di miglioramento.

Anche per l'anno 2010 le iniziative di risk management sono state orientate trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente di JCI secondo il progetto triennale 2008 – 2010 di valutazione delle aziende sanitarie accreditate della Regione Lombardia .

In ambito formativo la Struttura Sviluppo del sistema qualità e risk management, nell'ambito della SC Qualità Accredimento e controllo strategico, ha promosso iniziative di formazione ed intervento, rivolte a tutte le Unità Operative dei Presidi di ricovero e cura dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma, per l'identificazione di eventi avversi che abbiano il carattere di eventi sentinella, non solo legati alla definizione voluta dal percorso SIMES di questi, ma anche correlati agli specifici processi di erogazione delle cure e dell'assistenza sanitaria. Questa strategia di definizione specifica per processo di cura è strettamente correlata ai progetti di formazione - intervento in atto e realizzati coerentemente con il progetto di implementazione della qualità delle cure.

In tal senso attraverso la partecipazione diretta dei "referenti per la qualità e la sicurezza dei pazienti" delle UU.OO si è inteso sviluppare un iniziale percorso formativo che ha previsto la conoscenza e l'utilizzo delle principali procedure e dei principali strumenti di gestione reattiva e proattiva del rischio in linea con quanto definito da Regione Lombardia e dalle Raccomandazioni ministeriali.

I progetti formativi che si sono svolti sono stati pertanto i seguenti:

- “Strumenti e metodi per lo sviluppo della Clinical Governance” con l’obiettivo di riprendere un percorso di formazione permanente iniziato nel 2009 rivolto alla rete aziendale di referenti per la gestione della qualità e della sicurezza del paziente in tutte le UU.OO. . Nell’ambito dell’addestramento si è provveduto alla definizione, condivisione e diffusione a tutte le UU.OO. delle procedure di gestione del rischio clinico (root cause analysis, FMECA, Audit clinico, incident reporting e gestione eventi sentinella, PDTA, Sistema qualità e conoscenza delle procedure). Questo percorso ha previsto la realizzazione della 1^a edizione riservata agli operatori del Dipartimento Chirurgico Ortopedico e delle Sale Operatorie dell’azienda e continuerà nell’anno 2011 per le restanti aree dipartimentali.
- Formazione sul campo ad opera del Gruppo di miglioramento aziendale per la prevenzione delle cadute dei pazienti in tutti i dipartimenti dell’azienda.
- Prosecuzione della formazione sul Risk management e sicurezza del paziente nella gestione del farmaco in rianimazione (2^a, 3^a e 4^a edizione) per complessivi 47 operatori sanitari.
- Prosecuzione del Corso residenziale teorico pratico gestione emergenze ostetriche 5 edizioni (15 operatori per ogni edizione)

3 Obiettivi aziendali e progetti operativi di “Risk Management”

Anche per il 2010 gli obiettivi, che traducono concretamente la Politica aziendale sono stati pertanto, quelli di seguito elencati:

- 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 proattiva del rischio effettuata nelle UU.OO. individuate.
- Il sostegno dei gruppi di analisi del rischio già individuati con il compito di strutturare momenti di valutazione degli eventi avversi (segnalati in forma anonima) nonché di concretizzare le iniziative intraprese o da intraprendere
- 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:
 - area ostetrico ginecologica
 - area ortopedia traumatologia
 - area Emergenza Urgenza (Pronto Soccorso e 118 – SUEMM e Rianimazione)
 - area chirurgica
- rilancio ed sostegno degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio e lo sviluppo di nuove attività. In particolare il rilancio del “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.

- progettazione delle azioni di formazione e intervento con il supporto della rete dei referenti gestione qualità e rischio clinico di U.O. (RGQ) e delle figure gestionali chiave dei Dipartimenti
- formazione, addestramento e attivazione di gruppi di audit multidisciplinari sul rischio legato alle pratiche di diagnosi , cura ed assistenza, in regime di ricovero ordinario, di day hospital o day surgery, o in regime di urgenza , finalizzati al riconoscimento di “near miss” o di cause latenti, riferiti a processi di erogazione delle cure e dell’assistenza, alla possibilità di genesi di avventi avversi;
- implementazione e sostegno di tutti gli strumenti di gestione reattiva e proattiva dei rischi e delle procedure di gestione del rischio nelle unità operative
- monitoraggio degli interventi tramite specifici indici di outcome organizzativi e clinici.

I seguenti obiettivi si sono tradotti quindi nei seguenti **progetti specifici allegati per la rendicontazione conclusiva**:

1. Analisi proattiva ed applicazione di HFMECA presso la SC di Urologia di Mantova e gestione in sicurezza del farmaco con il coinvolgimento delle UU.OO. di Ortopedia e di tutto il dipartimento chirurgico. Tale iniziativa proseguirà nel 2011 con corsi di formazione specifici.
2. conclusione delle attività del “gruppo di miglioramento sulla sicurezza nell’area operatoria” (progetto biennale 2009 – 2010) attraverso la definizione in tutte le aree chirurgiche delle procedure relative all’identificazione del pz e del sito chirurgico corretto (time out), ritenzione materiale estraneo sito chirurgico, prevenzione danni da anestesia, preparazione e gestione del paziente durante l’intervento e nella fase del risveglio, check list sicurezza in sala operatoria e collegamento agli standard JCI. La fase pilota definita nel PO di Pieve di Coriano verrà estesa al resto dell’azienda nella prima fase del 2011.
3. prosecuzione della attività del gruppo di miglioramento riguardante le cadute accidentali dei pazienti attraverso l’Analisi epidemiologica e l’utilizzo della nuova

scheda di rilevazione e della procedura specifica già condivisa con i RAD, i Direttori dei Dipartimenti e la Direzione Sanitaria nell'anno 2009.

4. progetto di "sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico" che ricomprende la realizzazione di quattro audit clinici (parto analgesia, prevenzione del parto distocico, emorragia post partum, implementazione posizioni libere travaglio parto).

Le attività di risk management nell'anno 2010 hanno, inoltre, previsto la prosecuzione delle attività sull'identificazione del paziente e la condivisione del percorso di gestione in sicurezza degli emoderivati e delle reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO (procedura del braccialetto identificativo del Serv. Trasfusionale), la condivisione dei percorsi di identificazione del paziente e del farmaco in Oncologia e PS (braccialetti in RFID) e la correlazione dei sistemi di identificazione e gestione del farmaco (con la Farmacia). Questo progetto proseguirà anche per l'anno 2011.

Per quanto attiene la gestione dei farmaci ad alto rischio si è proseguito alla definizione della politica sulla gestione in sicurezza del farmaco attraverso il coinvolgimento della Farmacia Ospedaliera per ottemperare agli standard previsti da Joint Commission e dalle raccomandazioni ministeriali.

Nell'ambito delle attività di sicurezza clinica sono stati sviluppati, inoltre, quattro audit clinici, riconosciuti nell'ambito della formazione sul campo con crediti ecm, relativamente alle seguenti attività:

- Definizione dei criteri di accesso del paziente alla SSD Cure Palliative
- Definizione dei criteri di accesso e di percorso del paziente con Infarto miocardio acuto nella rete Mantova Emergenza Cuore
- L'audit clinico sulla definizione dei criteri di selezione dei pazienti cardiopatici sottoposti ad impinato di stant con sospetta allergia al nichel verrà concluso nell'anno 2011.
- Trattamento del paziente con infarto NSTEMI presso il PO di Pieve di Coriano

Nell'ambito delle attività di risk management si è puntato sul sostegno delle iniziative intraprese dal CIO per la riduzione delle Infezioni associate all'assistenza sanitaria in particolare per i programmi riguardanti lo sviluppo di politiche per il lavaggio delle mani e della sorveglianza dei microrganismi allert.

Come negli anni precedenti è stato, inoltre, effettuato il controllo dei consensi informati secondo le apposite check list (all.B e all. C) in collaborazione con la funzione di Sviluppo del Controllo Strategico afferente alla Struttura Qualità Accreditamento e controllo Strategico.

Anche per il 2010 si effettuata la raccolta di 20 "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 e la creazione della "biblioteca della sicurezza del paziente" a disposizione di tutti gli operatori dell'azienda con la raccolta di tutte le procedure di gestione del rischio clinico e le best practices attraverso l'inserimento nel portale web aziendale.

3. Strategie, obiettivi generali e linee di intervento per l'anno 2011

3.1. Strategie generali e linee di intervento

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha definito nel nuovo POFA un'organizzazione trasversale che pone la centralità gestionale nei dipartimenti strutturali. In questa ottica è stato previsto, anche dal piano qualità e di risk management, l'istituzione di una rete capillare di referenti per la gestione della qualità e della sicurezza del paziente coincidente ad ogni struttura sanitaria, con l'obiettivo di sviluppare interlocutori capaci di creare un tramite tra le strutture di linee e la Struttura Sviluppo Sistemi Qualità e Risk Management (SC Qualità Accredimento e Controllo strategico), rispetto alle tematiche inerenti il sistema qualità, il risk management, l'accreditamento ed il controllo strategico .

In questa ottica si inserisce anche un apposito percorso formativo e di sostegno che ha come finalità quella di trasmettere contenuti relativamente agli strumenti di gestione del rischio clinico, la compilazione e gestione documentale delle procedure, ai requisiti di accreditamento e al controllo strategico

Il piano qualità e di risk management 2011 intende proseguire nel percorso e nelle iniziative già avviate negli anni precedenti, prevedendo una forte integrazione tra il sistema di risk management con il sistema per la gestione della qualità aziendale, rafforzando un progressivo coinvolgimento della comunità professionale nelle iniziative riguardanti la "patient safety" e sviluppando un sistema di gestione del rischio realmente orientato ed integrato al miglioramento della qualità delle prestazioni assistenziali e quindi ad un concetto più alto di "Clinical Governance".

Nell'ambito del piano di risk management annuale, richiesto obbligatoriamente da Regione Lombardia, si cerca 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.

Anche per l'anno 2010 le iniziative di risk management saranno, infatti, orientate trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente di JCI secondo il progetto triennale 2008 – 2010 di valutazione delle aziende sanitarie accreditate della Regione Lombardia .

Tra gli obiettivi, in particolare, si porrà l'attenzione sugli obiettivi di :

- 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 12 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 AB0;
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 "lookalike / sound-alike"- LASA

Appare pertanto difficile pensare ad un sistema orientato alla sicurezza del paziente che non abbia prima di tutto chiaro il valore dell'organizzazione. Non è possibile agire sul

principio della "cultura della sicurezza" se non vi è preliminarmente un grado accettabile di "cultura dell'organizzazione". Pertanto lo sviluppo delle strategie di miglioramento della qualità e della patient safety passeranno attraverso l'integrazione degli strumenti della qualità e della sicurezza prendendo come programma di orientamento anche gli standard per la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza del paziente previsti da JCR come programma di sviluppo degli obiettivi considerando in particolare le "aree di rischio" da sviluppare con i criteri annessi, ovvero:

- leadership e responsabilità
- forza lavoro capace e competente
- ambiente sicuro per il personale e per i pazienti
- assistenza clinica e sanitaria
- miglioramento della qualità e della sicurezza

3.2 Piano formativo

Anche per il 2011 la Struttura Sviluppo del sistema qualità e risk management, nell'ambito della SC Qualità Accredimento e controllo strategico, promuoverà iniziative di formazione ed intervento, rivolte a tutte le Unità Operative dei Presidi di ricovero e cura dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma, per l'identificazione di eventi avversi che abbiano il carattere di eventi sentinella, non solo legati alla definizione voluta dal percorso SIMES di questi, ma anche correlati agli specifici processi di erogazione delle cure e dell'assistenza sanitaria. Questa strategia di definizione specifica per processo di cura è strettamente correlata ai progetti di formazione - intervento in atto e realizzati coerentemente con il progetto di implementazione della qualità delle cure.

In tal senso attraverso la partecipazione diretta dei "referenti per la qualità e la sicurezza dei pazienti" di ogni UU.OO si intende concludere un percorso formativo iniziato nel 2010 che preveda la conoscenza e l'utilizzo delle principali procedure e dei principali strumenti di gestione reattiva e proattiva del rischio in linea con quanto definito da Regione Lombardia e dalle Raccomandazioni ministeriali.

I progetti formativi che si intendono promuovere saranno pertanto i seguenti:

- "Strumenti e metodi per lo sviluppo della Clinical Governance" che ha quale obiettivo quello di riprendere un percorso di formazione permanente iniziato nel 2010 per la rete aziendale di referenti per la gestione della qualità e della sicurezza del paziente in tutte le UU.OO. . Anche per l'anno 2011 vi sarà il riconoscimento formale dei gruppi di miglioramento e dei referenti gestione qualità e sicurezza del paziente con inserimento delle attività nell'ambito di progetti di formazione sul campo che prevedono anche l'addestramento e la formazione specifica dei referenti gestione qualità e sicurezza del

paziente. Per i RAD e i Direttori di Dipartimento nonché per i coordinatori e i Responsabili delle UU.OO. si provvederà ad un addestramento effettuato con l'accompagnamento di queste tematiche nelle riunioni dipartimentali. Nell'ambito dell'addestramento si procederà alla definizione, condivisione e diffusione a tutte le UU.OO. le procedure di gestione del rischio clinico (root cause analysis, FMECA, Audit clinico, incident reporting e gestione eventi sentinella, PDTA, Sistema qualità e conoscenza delle procedure).

- Formazione sul campo ad opera del Gruppo di miglioramento aziendale per la prevenzione delle cadute dei pazienti in tutti i dipartimenti dell'azienda. (conclusione delle ultime 4 edizioni per il completamento della formazione su 800 operatori)
- Formazione nel campo della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza con il coinvolgimento del CIO aziendale
- Prosecuzione della formazione sul Risk management e sicurezza del paziente nell'ambito dell'area chirurgica ed operatoria
- Partecipazione delle SC di Chirurgia Generale, Cardiochirurgia, Anestesia e Sale Operatoria al progetto ministeriale sulla formazione sicurezza in area chirurgica con simulazione in sala operatoria
- Formazione nell'ambito dell'area ostetrica con specifici momenti formativi che riprendono le iniziative intraprese tra cui la parto analgesia

3.3 Obiettivi aziendali e progetti operativi di "Risk Management"

Anche per il 2011 gli obiettivi, che traducono concretamente la Politica aziendale della qualità, sono, pertanto, quelli di seguito elencati:

- il 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 proattiva del rischio effettuata nelle UU.OO. individuate.
- Il sostegno dei gruppi di analisi del rischio già individuati che hanno il compito di strutturare momenti di valutazione degli eventi avversi (segnalati in forma anonima) nonché di concretizzare le iniziative intraprese o da intraprendere, nell'ambito di progetti di formazione sul campo anche con l'acquisizione di crediti ecm.
- 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:
 - area ostetrico ginecologica
 - area ortopedia traumatologia
 - area Emergenza Urgenza (Pronto Soccorso e 118 – SUEMM e Rianimazione)
 - area chirurgica
- rilancio ed sostegno degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio e lo sviluppo di nuove attività. In particolare il rilancio del "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.

- progettazione delle azioni di formazione e intervento con il supporto della rete dei referenti gestione qualità e rischio clinico di U.O. (RGQ) e delle figure gestionali chiave dei Dipartimenti
- formazione, addestramento e attivazione di gruppi di audit multidisciplinari sul rischio legato alle pratiche di diagnosi , cura ed assistenza, in regime di ricovero ordinario, di day hospital o day surgery, o in regime di urgenza , finalizzati al riconoscimento di “near miss” o di cause latenti, riferiti a processi di erogazione delle cure e dell’assistenza, alla possibilità di genesi di avventi avversi;
- implementazione e sostegno di tutti gli strumenti di gestione reattiva e proattiva dei rischi e delle procedure di gestione del rischio nelle unità operative
- monitoraggio degli interventi tramite specifici indici di outcome organizzativi e clinici.

I seguenti obiettivi si sono tradotti quindi nei seguenti **progetti specifici allegati per la rendicontazione conclusiva**:

1. Riduzione delle Infezioni associate all’assistenza sanitaria attraverso il sostegno delle attività del CIO in particolare per i programmi riguardanti:
 - a. lo sviluppo di politiche per il lavaggio delle mani e verifica efficacia;
 - b. sorveglianza dei microrganismi alert con sistema “InfOsp” (monitoraggio agenti sentinella, delle batteriemie da S. aureus, resistenze antibiotiche)
 - c. Percorso di collegamento risk management-CIO (prevedendo la misurazione concreta dei risultati delle azioni intraprese prendendo come base informativa “InfOsp”
 - d. Progetto SEPSI, con sorveglianza attiva
 - e. Progetti riguardanti la profilassi antibiotica perioperatoria.
 - f. Gruppo di miglioramento sulla validazione del processo di disinfezione endoscopica in azienda

2. prosecuzione della attività del gruppo di miglioramento riguardante le cadute accidentali dei pazienti attraverso l'Analisi epidemiologica e l'utilizzo della nuova scheda di rilevazione, della scala di conley e della procedura generale già condivisa con i RAD, i Direttori dei Dipartimenti e la Direzione Sanitaria nell'anno 2010. L'attività del gruppo si amplierà con l'introduzione di un sistema di "alert" per le ricadute sullo stesso paziente, con l'elaborazione di nuovi indicatori specifici e del piano d'azione sui rischi "ambientali" di cadute, nonché la definizione di linee guida sulla gestione degli strumenti di contenzione nelle UU.OO. di degenza.
3. prosecuzione del progetto di "sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico" che ricomprende la prosecuzione di tre audit clinici e di altrettante procedure (prevenzione del parto distocico, emorragia post partum, implementazione posizioni libere travaglio parto) con la revisione aziendale del percorso di parto analgesia che verrà valutata attraverso specifico audit clinico e sostenuta da percorso formativo.
4. Applicazione di una nuova modalità di gestione integrata di segnalazione delle non conformità ed eventi avversi / near miss nell'ambito di un sistema integrato "qualità – rischio" attraverso:
 1. diffusione della scheda in tutte le UU.OO. Servizi
 2. formazione dei referenti qualità e rischio
 3. sostegno delle iniziative nell'ambito dei comitati di dipartimento
 4. analisi semestrale con gli RGQ degli eventi pervenuti con attivazione di un piano di azione/piano di miglioramento
5. prosecuzione delle attività del "gruppo di miglioramento sulla sicurezza nell'area operatoria" attraverso la definizione in tutte le aree chirurgiche delle procedure relative all'identificazione del pz e del sito chirurgico corretto (time out), ritenzione materiale estraneo sito chirurgico, prevenzione danni da anestesia, preparazione e gestione del paziente durante l'intervento e nella fase del risveglio, check list sicurezza in sala operatoria e collegamento agli standard JCI (già sperimentate presso la sala operatoria di Pieve di Coriano)

Nella definizione delle attività si utilizza lo schema previsto dalla Regione Lombardia sintetizzando le attività sopra descritte negli specifici macro progetti.

lo sviluppo integrato delle attività di miglioramento della qualità e di risk management dell'anno 2011 comprenderanno, inoltre, la prosecuzione o l'implementazione di queste ulteriori attività:

- Ridefinizione della Rete referenti gestione qualità e sicurezza del paziente (RGQ) con formazione degli RGQ sugli strumenti di gestione della qualità e del rischio, Riorganizzazione documentale nelle UU.OO., Nuova modalità di gestione dei gruppi di miglioramento attraverso la PG1MQ08, Aggiornamento degli strumenti "qualità e rischio"
- prosecuzione dell'analisi proattiva ed applicazione di HFMECA presso la SC di Urologia di Mantova e gestione in sicurezza in chirurgia con il coinvolgimento delle UU.OO. di Ortopedia e di tutto il dipartimento chirurgico
- Gruppo di miglioramento per l'identificazione del paziente con la diffusione delle relative procedure mediante la condivisione del percorso di gestione in sicurezza degli emoderivati e delle reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO (procedura del braccialetto identificativo del Serv. Trasfusionale), la condivisione dei percorsi di identificazione del paziente e del farmaco in Oncologia e PS (braccialetti in RFID) e la correlazione dei sistemi di identificazione e gestione del farmaco (con la Farmacia).
- Gruppo di miglioramento gestione in sicurezza del farmaco attraverso il coinvolgimento della Farmacia Ospedaliera per ottemperare agli standard previsti da Joint Commission e dalle raccomandazioni ministeriali. In tale ambito verrà anche definita una politica di gestione integrata con la gestione dei farmaci SALA e la gestione degli stupefacenti
- Gruppo di miglioramento per la Definizione delle procedure sulla prevenzione del suicidio, della contenzione in psichiatria e del TSO /ASO con il coinvolgimento del DSM come da raccomandazione ministeriale
- Gruppo di miglioramento per la Definizione delle procedure sulla prevenzione degli atti di violenza agli operatori come da raccomandazione ministeriale
- Gruppo di miglioramento per la Revisione Procedura emergenza intraospedaliera (in particolare carrelli emergenza, formazione BLS/D obbligatorio)
- Gruppo di miglioramento per la Gestione dei trasporti secondari e neonatali

- o Tematica del dolore - COSD: VALUTAZIONE DEL DOLORE in ambulatorio , area chirurgica, area emergenza urgenza

Nell'ambito delle attività di sicurezza clinica saranno mantenuti, inoltre, tre audit clinici, riconosciuti nell'ambito della formazione sul campo con crediti ecm, relativamente alle seguenti attività:

- Definizione dei criteri di gestione del paziente con IMA non STEMI
- Definizione dei criteri di accesso e di percorso del paziente con Infarto miocardico acuto STEMI nella rete Mantova Emergenza Cuore
- Definizione dei criteri di selezione dei pazienti cardiopatici sottoposti ad
- impianto di stent con sospetta allergia al nichel

Per l'anno 2011 viene attivata la funzione di mediazione trasformativa dei conflitti. Il Processo che si attiva per ristabilire il dialogo tra le parti e consentire ad ognuna di esse di esprimere il proprio punto di vista (vissuti, percezioni, ...) ed approdare ad una nuova relazione attraverso un intervento specifico e professionalmente connotato ha prevalentemente l'obiettivo di:

- Ristabilire la relazione e la fiducia tra paziente ed operatore
- Migliorare la gestione delle conseguenze delle controversie
- Preservare l'immagine pubblica delle Aziende
- Ridurre i costi dei conflitti
- Dare una possibilità di empowerment a utenti e operatori
- Diffondere una cultura della non colpevolizzazione

La funzione che è inserita nell'ambito delle attività di Risk Management è sostenuta da due mediatori formati in ambito regionale. Le attività prevedono come descritto da apposita procedura generale (PG25MQ08) la Segnalazione di natura relazionale "significativa" attraverso i Reclami che l'URP ritiene di sottoporre all'attenzione del Mediatore o la Denuncia di disservizio grave ed Eventi apparsi sulla stampa locale. I casi oggetto di mediazione possono diventare un momento di confronto e rilevazione di rischi presenti all'interno dell'Azienda per essere quindi approfonditi con tecniche di gestione del rischio e analisi dei processi e trattati con opportune azioni di miglioramento.

Come negli anni precedenti verrà, inoltre, effettuato il controllo dei consensi informati secondo le apposite check list (all.B e all. C) in collaborazione con la funzione di sviluppo del controllo strategico.

Anche per il 2011 si effettuerà 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 e la creazione della "biblioteca della sicurezza del paziente" a disposizione di tutti gli operatori dell'azienda con la raccolta di tutte le procedure di gestione del rischio clinico e le best practices attraverso il coinvolgimento della Struttura Comunicazione e del portale web aziendale.

La Struttura Sviluppo sistemi qualità e Risk Management, nell'ambito della Struttura Qualità Accreditamento e Controllo Strategico, ha iniziato nel 2009 un percorso che porterà entro l'anno 2011 - inizio anno 2012 ad ottenere la certificazione ISO 9001:2008 al fine di garantire un modello organizzativo certificato che sia coerente con lo spirito aziendale di sviluppo ed orientamento delle strutture aziendali al miglioramento per la qualità. In questo contesto si svilupperà anche la creazione del cruscotto indicatori secondo la DGR 351/ 2010

L'articolazione adottata nell'ambito del SGQ (Sistema gestione Qualità), in coerenza con il manuale qualità aziendale , prevede che tutte le iniziative vengano gestite secondo un articolazione organizzativa a sostegno di tutte le UU.OO. dell'Azienda che prevede le seguenti figure:

- Responsabile Qualità Aziendale e Risk Manager (RQA / RM) , referente per la valutazione triennale delle aziende secondo JCR
- Coordinatore documentazione aziendale qualità (CSQ) e referente risk mangement
- Mediatore dei conflitti
- Coordinatore sistema gestione qualità (CSQ) per i seguenti dipartimenti / UO certificate ISO / processi di DS:
 - Dip. materno infantile
 - Dip. DSM
 - Dip. Emergenza-urgenza e interfaccia con AREU

- Dip. Chirurgico – ortopedico
 - Dip. Testa Collo
 - Dip. Cardio- toraco – vascolare
 - Sale Operatorie
 - Farmacia
 - URP
 - SIC
 - Emergenza intraospedaliera
 - Trasporti
 - CIO
 - COSD (RQPr)
 - Maxi Emergenza
 - Prelievo da donatore vivente
 - Prelievo da cadavere
 - Gestione circolari e delibere
 - Consiglio dei sanitari
 - Comitato Indipendente di etica
- Coordinatore sistema gestione qualità (CSQ) per i seguenti dipartimenti / UO certificate ISO / processi di DS:
- Dip. Medico
 - Dip. Riabilitativo
 - Dip. di Radiologia clinica
 - Dip. Medicina di Laboratorio

- Ambulatori intra/extra
- Fisica Sanitaria
- Medicina Nucleare
- Anatomia Patologica
- Laboratorio Analisi
- STP
- Sanificazione
- Sterilizzazione
- Gestione rifiuti sanitari
- Radioprotezione
- Gestione esposizione occupazionale degli operatori al rischio biologico
- Applicazione del regolamento di Polizia mortuaria
- Cartella Clinica
- Consenso Informato
- Documentazione ambulatoriale
- o Coordinatore attività di auditing (CVI)
- o Coordinatore indicatori sistema qualità (CIQ)