



**AZIENDA
OSPEDALIERA
DELLA
PROVINCIA
DI LODI**

PIANO RISK MANAGEMENT

ANNO 2006

INDICE:

1. Strategia e politica aziendale.....	3
2. Obiettivi Generali.....	4
3. Obiettivi Specifici 2006.....	6
4. Cronoprogramma progetti 2006.....	8
5. SCHEDA DI PROGETTO 1.....	9
6. SCHEDA DI PROGETTO 2.....	11
7. SCHEDA DI PROGETTO 3.....	13
8. SCHEDA DI PROGETTO 4.....	15
9. SCHEDA DI PROGETTO 5.....	17
10. SCHEDA DI PROGETTO 6.....	19
11. SCHEDA DI PROGETTO 7.....	21

1. Strategia e politica aziendale

L'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi, ha intrapreso l'attività di Risk Management, avendo al suo attivo già azioni di Insurance Management da giugno del 2004 impegnando i primi mesi nella definizione di politiche e strategie del Progetto-percorso di gestione dei rischi che ha preso forma nel settembre 2004 e successive integrazioni nel 2005 sulla base delle indicazioni regionali. La strategia definita si rifà alla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che gestisce i rischi cioè il passaggio da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo e preventivo. Il contributo delle diverse discipline professionali e il coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi e gestionali sta alla base della corretta politica da perseguire. Questo tipo di approccio getta le basi per una reale integrazione del risk management con gli altri sistemi gestionali presenti. Fatta questa premessa il risk management è stato disegnato come un sistema Total Company che abbracci a 360° tutte le aree aziendali intersecandosi con le strutture esistenti. Questa decisione nasce anche da una consapevolezza che si fonda sulla Mission e sulla Vision aziendale definita nell'ultimo piano strategico e alla luce di due recenti progetti quali il Sistema Integrato Socio-Sanitario (SISS) il Programma di Valutazione delle Aziende Sanitarie secondo i criteri di Joint Commission International (JCI), l'introduzione a livello sperimentale di un codice etico comportamentale e non da ultimo le decisioni di redigere un bilancio sociale. La scelta vincente è stata quella di identificare nel progetto aziendale tre dimensioni core quali quella legale-assicurativa che pone attenzione alla prevenzione e gestione del contenzioso, quella tecnica che pone attenzione agli aspetti tecnologici e strutturali e quella clinica concentrata sull'outcome dei trattamenti sanitari.

Inoltre la strategia perseguita è quella che, partendo dal principio ippocratico "Primum non nocere" si vuole diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento abbandonando il comune atteggiamento di biasimo e colpevolizzazione. Questo non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate e affrontate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

La concretizzazione di questa visione strategica si può realizzare se viene definita una politica chiara ed illuminata che si basa su valori fondamentali quali:

- la trasparenza;
- la collaborazione fra operatori;
- la comunicazione con il paziente e fra il personale;
- l'impegno per il miglioramento continuo della qualità;
- la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato.

Un ulteriore passo avanti è stato quello di sviluppare una cultura della gestione del rischio all'interno dell'Azienda tramite la formazione continua del personale e la creazione di sinergie con la formazione di base quale il mondo accademico diventando centro di ricerca e sperimentazione attraverso la realizzazione di tesi sia nelle lauree triennali che in quelle specialistiche.

Non da ultimo la diffusione della propria esperienza attraverso pubblicazioni scientifiche.

La struttura ha al suo attivo le seguenti pubblicazioni scientifiche:

- **"L'U.O. Risk Management in sanità, quale sviluppo organizzativo" – Atti del 15° congresso nazionale SIQuAS-VRQ – Modelli di Strumenti per la gestione della qualità in sanità e la sicurezza dei pazienti: le raccomandazioni della SIQuAS per la Clinical Governance.**
- **"Applicazione dell'analisi FMECA al processo del farmaco in ospedale" Rivista Rischio Sanità n. 18.**
- **"L'uso degli indicatori clinici come strumento di analisi e prevenzione del rischio: costruzione della Clinica Scorecard" Rivista Rischio Sanità n.19.**
- **"Costruzione della Clinical Scorecard aziendale" Rivista Clinical Governance numero febbraio 2006.**

2. Obiettivi Generali

Gli obiettivi generali che sono stati declinati dalla strategia e dalla politica intraprese per la gestione del rischio sono:

- **aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente;**
- **aumentare la sicurezza di tutti gli operatori sanitari e non;**
- **ridurre le possibilità di contenzioso tra il paziente e l'azienda ospedaliera;**
- **dare sostegno all'attività professionale di tutti gli operatori;**
- **migliorare l'immagine dell'ospedale e la fiducia del paziente.**

Per l'anno 2005 sono state attivate una serie di attività che hanno permesso all'AO di Lodi di intraprendere un cammino che nei prossimi anni cercherà di approfondire la consapevolezza al proprio interno degli errori in genere, alcune di esse hanno valenza pluriennale ovvero sono state iniziate nel 2005 e verranno concluse nel 2006.

- Riduzione delle richieste di risarcimento danni per smarrimento/rottura di protesi dentarie;**
- Progetto di risk management in anestesia e rianimazione¹ del Presidio Ospedaliero di Lodi;**
- Progetto di risk management in ostetricia e ginecologia 1 e 2 dei Presidi Ospedalieri di Lodi e Codogno;**
- Analisi di processo del farmaco in ospedale secondo metodica Failure Mode Effect and Critical Analysis (FMECA);**
- Convegno Temi giudiziari e la gestione del rischio clinico in sanità;**
- Stesura del Piano Crisis Management;**
- Realizzazione della Clinical Scorecard Aziendale;**
- Istituzione del gruppo di studio sulla prevenzione delle cadute accidentali nei pazienti ricoverati;**
- Protocollo aziendale sull'utilizzo delle soluzioni concentrate contenenti potassio cloruro;**
- Protocollo aziendale eventi sentinella;**
- Root Cause Analysis;**

- Riduzione delle richieste di risarcimento danni per smarrimento/rottura di protesi dentarie**

Al fine di ridurre le richieste di risarcimento danni per smarrimento/rottura protesi dentarie, sono state acquistate scatolette porta protesi e sono distribuite in tutti i reparti. **Questa attività è stata intrapresa nel primo trimestre del 2005 e il risultato ottenuto è che, a oggi, non ci sono state richieste di risarcimento danni.**

- Progetto di risk management in anestesia e rianimazione¹ del Presidio Ospedaliero di Lodi**

Presso l'U.O. Anestesia e Rianimazione 1 del Presidio di Lodi è stata introdotta la scheda di incident reporting per un periodo sperimentale di 6 mesi. Attualmente la sperimentazione si è conclusa e sono stati attivati gruppi di analisi della cause profonde tramite la tecnica di Root Cause Analysis (RCA). Dopo questo periodo di sperimentazione si è deciso di mantenere attiva la scheda dopo aver apportato le opportune modifiche e di estendere l'utilizzo di tale strumento all'altra U.O. Anestesia e Rianimazione e ai vari Blocchi Operatori aziendali.

c) Progetto di risk management in ostetricia e ginecologia 1 e 2 dei Presidi Ospedalieri di Lodi e Codogno

Presso le 2 Unità Operative (UU.OO.) aziendali di Ginecologia e Ostetricia si è intrapreso un percorso specifico di risk management che prevede:

- incident reporting
- analisi di processo del percorso nascita
- analisi di rischio dei percorsi clinico diagnostici

d) Analisi di processo del farmaco in ospedale secondo metodica Failure Mode Effect and Critical Analysis (FMECA)

In collaborazione con la Farmacia Ospedaliera e l'U.O. Medicina Lungodegenziale è stata eseguita l'analisi di processo del farmaco. L'obiettivo è stato quello di mappare il processo di gestione del farmaco dalla prescrizione in cartella clinica alla registrazione dell'avvenuta somministrazione suddividendolo in macro attività, responsabilità e documenti collegati.

Da questa analisi sono scaturite le seguenti priorità:

- **introduzione foglio unico di terapia**
- **riorganizzazione dell'armadio farmaceutico di reparto.**

Attualmente si è ottenuto il risultato di diffondere il foglio unico di terapia ed entro il primo semestre del 2006 sarà attivo in tutta l'Azienda. Per il 2006, inoltre, si sta programmando la riorganizzazione degli armadi farmaceutici secondo gruppo terapeutico e principio attivo in tutte le strutture aziendali. Per il futuro si sta ipotizzando l'introduzione della dose unica personalizzata informatizzata. Il documento prodotto in azienda è stato assunto dalla Direzione Strategica come proprio attraverso specifica **delibera n. 805 del 31 agosto 2005 "Preso d'atto della analisi del processo del farmaco secondo FMECA"**.

Attualmente il foglio unico di terapia è stato introdotto in più del 50% delle Unità di ricovero dell'Azienda.

e) Convegno Temi giudiziari e la gestione del rischio clinico in sanità

Il 15 settembre 2005 presso il Parco Tecnologico Padano è stato organizzato un convegno aziendale divulgativo dal titolo in oggetto che ha visto la partecipazione di circa 200 partecipanti di cui 160 dipendenti dell'Azienda e i restanti provenienti da altre aziende lombarde.

f) Stesura del Piano Crisis Management

È stato approntato il piano di Crisis Management per supportare l'Azienda nei momenti di emergenza e soprattutto per cercare di minimizzare l'effetto domino negativo che generano i media verso l'immagine aziendale. Questo piano sarà di supporto anche al piano di massiccio afflusso per le maxi emergenze. **Il piano è stato deliberato con n. 762 del 10 agosto 2005 "Approvazione del piano di gestione di crisi aziendale"**.

g) Realizzazione della Clinical Scorecard Aziendale

Con deliberazione n. 1055 del 22.11.05 è stata approvata la Clinical Scorecard, strumento che permette, attraverso l'uso di indicatori, al Management ospedaliero la valutazione di:

- esiti delle prestazioni,
- sicurezza delle prestazioni e degli operatori,
- possibilità di miglioramento continuo anche in un'ottica di sviluppo organizzativo,
- analisi della domanda e dell'offerta,
- sviluppo di percorsi clinici aziendali,
- formazione specifica
- benchmark intra aziendale su realtà simili e/o confrontabili.

h) Istituzione del gruppo di studio sulla prevenzione delle cadute accidentali nei pazienti ricoverati

L'Azienda monitora costantemente il fenomeno delle cadute accidentali, e dopo aver verificato che tale fenomeno nel triennio 2002-2004, benché esistente, non si configura come un problema di richieste di risarcimento danni ma come una minaccia dell'immagine aziendale; ha deciso di istituire un gruppo di lavoro, istituito **con deliberazione n. 1172 del 21 dicembre 2005**, che proponga una sistema di riduzione delle cadute accidentali tramite un metodo di identificazione e diagnosi del paziente potenzialmente soggetto rischio di cadute in modo tale da attuare le barriere protettive per contenere questo fenomeno.

Per supportare l'attività intrapresa è stata legata anche la produzione di una tesi del corso di laurea in discipline infermieristiche.

Dal 2004 al 2005 si registra una riduzione del 2% delle cadute accidentali. Attraverso l'introduzione del gruppo di studio si vuole raggiungere una percentuale annua pari a circa il 10% di riduzione delle cadute accidentali.

i) Protocollo aziendale sull'utilizzo delle soluzioni concentrate contenenti potassio cloruro

L'Azienda ha recepito la raccomandazione del Ministero della Salute allestendo un protocollo aziendale che permette l'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio solo alle specialità previste dal Ministero; per le restanti si è optato per l'utilizzo di preparati equivalenti già diluiti e disponibili in commercio. **Attraverso la delibera n. 1193 del 28.12.2005 "Approvazione del protocollo aziendale gestione soluzioni concentrate contenenti potassio (K) e potassio cloruro (KCl)". Inoltre, è stato creato un osservatorio permanente composto da Farmacia, Risk Management e personale medico e infermieristico (convocato ad hoc) per monitorare l'evoluzione del protocollo.**

j) Protocollo aziendale eventi sentinella

L'Azienda, partecipando al programma di ricerca sul rischio clinico, ha fatto proprio il protocollo degli eventi sentinella del Ministero ed ha approntato una procedura aziendale per la segnalazioni di tali eventi. **Delibera n. 1194 del 28.12.2005 "Approvazione della procedura aziendale eventi sentinella".**

l) Root Cause Analysis (RCA)

In seguito di trasfusione di plasma effettuata ad un paziente sbagliato, che non ha generato alcun evento avverso, è stata effettuata una RCA per analizzare al meglio l'evento e per proporre delle azioni correttive che si sono tramutate in un protocollo provvisorio presso il Presidio di Casale-Codogno per il buon uso del sangue in attesa di quello generale aziendale.

3. Obiettivi Specifici 2006

Per l'anno 2006 si è deciso di proseguire il percorso intrapreso portando a termine i progetti già iniziati nel 2005 e di diffondere maggiormente la cultura del rischio all'interno dell'Azienda sia con la formazione che con l'introduzione della scheda di incident reporting in tutte le Unità Operativa.

Analiticamente i progetti che verranno completati e/o intrapresi nell'anno corrente sono:

- **Linea guida di prevenzione delle cadute accidentali del paziente ricoverato.**
- **Progetto di Gestione dei rischi in sala operatoria.**
- **Mappatura dei rischi puri clinici.**

- **Analisi di processo secondo metodica FMECA del Processo di Dialisi;**
- **Introduzione della scheda di incident reporting in Area chirurgica e medica attraverso la formazione sul campo.**
- **Progetto inter-aziendale di analisi di processo secondo metodica FMECA della terapia chemioterapia.**
- **Progetto inter-aziendale di analisi dei rischi del processo di emergenza urgenza S.S.U.Em 118.**

Per ogni singolo progetto è descritto in modo analitico con il relativo gantt nelle pagine seguenti.

4. Cronoprogramma progetti 2006

PROGETTI	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
Linea guida di prevenzione delle cadute accidentali del paziente ricoverato												
Sperimentazione del modello di Audit Globale nell'U.O. Medicina Generale 1												
Mappatura dei rischi puri clinici												
Analisi di processo secondo metodica FMECA del Processo di Dialisi												
Introduzione della scheda di incident reporting in Area chirurgica e medica attraverso la formazione sul campo												
Progetto inter-aziendale di analisi di processo secondo metodica FMECA della terapia chemioterapia												
Progetto inter-aziendale di analisi dei rischi del processo di emergenza urgenza S.S.U.Em 118												

5. SCHEDA DI PROGETTO 1

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Linea guida di prevenzione delle cadute accidentali del paziente ricoverato
2. Motivazione della scelta	La scelta di realizzare una linea guida sulla prevenzione delle cadute accidentali del paziente ricoverato nasce dall'alto numero di cadute accidentali che sono regolarmente monitorate da due anni e dalla volontà di diminuire questo tasso al fine di prevenire eventuali richieste di risarcimento danni e di migliorare l'immagine aziendale.
3. Area di intervento	Processo Clinico-Assistenziale
Ambito di intervento	Tutte le UU.OO. Cliniche che effettuano ricoveri ordinari
4. Obiettivo generale del progetto	L'obiettivo generale è quello di diffondere la cultura della prevenzione delle cadute accidentali anche attraverso la sensibilizzazione alla segnalazione dell'evento.
5. Strumenti e metodi	strumenti per la rilevazione e il monitoraggio dei rischi e EBM e EBN
6. Obiettivi specifici del progetto	obiettivi specifici sono una linea guida sulla prevenzione e gestione delle cadute accidentali e la realizzazione di uno strumento di screening che individui i pazienti predisposti alla caduta.

	<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di Misura</i>
Indicatori di risultato e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici	produzione della linea guida aziendale	rispetto della tempistica definita
	realizzazione del modello di screening	rispetto della tempistica definita
	validazione del modello di screening	sperimentazione su almeno 4 UU.OO.

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

1

Azienda

OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager

Emanuele Patrini

1. Titolo del Progetto

Linea guida di prevenzione delle cadute accidentali del paziente ricoverato

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Presentazione del progetto al gruppo di lavoro	Nessuna	Risk Management												
Ricerca e analisi della letteratura internazionale e di best practice italiane	Ore impegnate nel gruppo di studio	Gruppo di lavoro												
Realizzazione del modello di screenig	Ore impegnate nel gruppo di studio	Risk Management												
Validazione del modello realizzato	Sensibilizzazione nelle UU.OO. Pilota, consulenza specifica	Gruppo di lavoro												
Consolidamento della sperimentazione	Ore impegnate nel gruppo di studio	Risk Management												
Stesura linea guida	Ore impegnate nel gruppo di studio	Risk Management												
Diffusione linea guida e screening definitivo	Formazione/informazione con riunioni ad hoc	Gruppo di lavoro												

6. SCHEDA DI PROGETTO 2

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Gestione dei Rischi in Sala Operatoria
2. Motivazione della scelta	Le recenti segnalazioni sia in letteratura che in Azienda di potenziali errori e near-miss che possono portare a interventi su pazienti errati o su distretti sbagliati, nonché la recente riorganizzazione delle sale operatorie dei Presidi Aziendali, la necessità di uniformare il metodologia di lavoro dei quattro blocchi operatori, neessitano che l'Azienda si attivi con un programma di gestione dei rischi clinici coinvolgendo il personale dei blocchi operatori al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.
3. Area di intervento	Processo Clinico-Assistenziale
Ambito di intervento	Area Chirurgica
4. Obiettivo generale del progetto	L'obiettivo Generale del progetto è quello di definire procedure e linee guida utili a regolamentare e a standardizzare i processi critici della sala operatoria che possono confortare gravi rischi sia per i pazienti che per gli operatori. Il progetto avrà valenza biennale.
5. Strumenti e metodi	Procedure Specifiche, Linee Guida e Strumenti Gestionali ad hoc
6. Obiettivi specifici del progetto	L'obiettivi specifici del progetto è quello di realizzare strumenti che permettano la corretta identificazione e rintracciabilità del paziente durante il processo operatorio includendo anche il distretto-bersaglio dell'intervento e l'introduzione dello strumento del conta garze e ferri informatizzato.

Indicatori di risultato e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici	Indicatore	Modalità di Misura
	implemetazione di una check -list del paziente chirurgico	realizzazione del documento documento dei tempi previsti
	Validazione della check-list	risultati della sperimentazione
	introduzione dei conta garze e conta ferri da inserire in cartella clinica	realizzazione del documento documento dei tempi previsti

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

2

Azienda

OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager

Emanuele Patrini

2. Titolo del Progetto

Gestione dei Rischi in Sala Operatoria

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Analisi dei modelli procedurali esistenti e analisi della letteratura esistente	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Realizzazione della Check-list del paziente chirurgico	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Sperimentazione e validazione della Check-list	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Eventuale variazione del modello sperimentale e introduzione definitiva	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Revisione degli elenchi degli strumentari per i vari interventi chirurgici	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Realizzazione dei conta garze e conta ferri	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Sperimentazione del conta garze e conta ferri	Umane	Risk Manager e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												
Elaborazione dello strumento definitivo e pianificazione della informatizzazione dello stesso e delle attività da realizzare nel 2007	umane ed economiche da valutare	Risk Manager, Sistemi informativi e Coordinatori Medici e Infermieristici SO												

7. SCHEDA DI PROGETTO 3

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Mappatura dei rischi puri
2. Motivazione della scelta	La scelta di effettuare una mappatura dei rischi puri nasce dall'esigenza di effettuare a priori l'analisi dei rischi che possono essere insiti sia nell'organizzazione sia nelle singole specialità presenti in Azienda in base alle patologie trattate. Questa analisi permette anche di correlarsi con la mappatura dei rischi classica e di identificare situazioni da mettere in sicurezza comune fra le varie UU.OO.
3. Area di intervento	Gestione delle problematiche e dei costi assicurativi
Ambito di intervento	Tutte le aree cliniche aziendali
4. Obiettivo generale del progetto	Obiettivo generale del progetto è quello di conoscere i rischi di ogni singola specialità aziendale in base alle patologie preponderanti che vengono trattate
5. Strumenti e metodi	Interviste e analisi dei rischi
6. Obiettivi specifici del progetto	Obiettivi Specifici del progetto sono valutare il rischio puro delle principali procedure invasive mediche ed infermieristiche, valutare le best practice presenti e trasferirle nelle altre aree aziendali e verificare quali situazioni risultano rischiose in più unità operativa per poterle mettere in sicurezza

Indicatori di risultato e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici	<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di Misura</i>
	realizzazione dell'analisi	Rispetto della tempistica definita
stesura dello schema di intervista per la realizzazione delle analisi	Rispetto della tempistica definita	
esecuzione delle interviste	n. di interviste realizzate nei tempi fissati	

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

3

Azienda

OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager

Emanuele Patrini

1. Titolo del Progetto

Mappatura dei rischi puri

			Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'												
Definizione del metodo di analisi	Personale risk management	risk management												
Realizzazione del canovaccio di intervista	Personale risk management	risk management												
Pianificazione delle interviste	Personale risk management	risk management												
Realizzazione delle interviste	Personale risk management	risk management												
Analisi delle interviste	Personale risk management	risk management												
Stesura dell'analisi	Personale risk management	risk management												
Definizione delle azioni da intraprendere da sottoporre alla Direzione	Personale risk management	risk management												

8. SCHEDA DI PROGETTO 4

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Analisi di processo secondo metodica FMECA del Processo di Dialisi
2. Motivazione della scelta	la scelta di analizzare il processo di Dialisi nasce dal fatto che all'interno dell'Azienda Ospedaliera si è già intrapreso nel 2005 un programma di analisi dei rischi secondo metodica FMECA e che ogni anno si vogliono analizzare almeno due processi. Per l'anno 2005 si è analizzato il processo del farmano e il percorso del parto.
3. Area di intervento	Processo Clinico Assistenziale
Ambito di intervento	Area Medico Specialistica
4. Obiettivo generale del progetto	Mappare il processo di dialisi dalla presa in carico del paziente (inizio prestazione) alla fine della seduta suddividendo in macro attività, responsabilità e documenti collegati. Tramite l'utilizzo della FMECA (metodologia di studio sistematica utilizzata per analizzare i possibili modi in cui un errore può verificarsi) si potranno identificare le fasi salienti del processo e valutare l'indice di priorità di rischio.
5. Strumenti e metodi	Analisi del rischio secondo metodica FMECA
6. Obiettivi specifici del progetto	Analizzare le pratiche mediche ed infermieristiche per introdurre sistemi di monitoraggio idonei alla attività dialitica.

Indicatori di risultato e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici

<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di Misura</i>
Realizzazione dell'Analisi	Rispetto della tempistica prevista
N. di documenti intermedi	Produzione di Documenti durante lo svolgimento del progetto
Assegnazione dei crediti ECM Lombardi	Rispetto delle procedure di accreditamento secondo i criteri regionali

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

4

Azienda

OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager

Emanuele Patrini

1. Titolo del Progetto

Analisi di processo secondo metodica FMECA del Processo di Dialisi

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Definizione del gruppo di lavoro	Nessuna	Resposabile U.O. Nefrologia												
Analisi dei processi di dialisi ospedaliera, Cal e peritoneale	Pesronale risk management e U.O. Nefrologia	Risk Management												
Identificazione dei metodi di guasto, cause e sistemi di monitoraggio	Pesronale risk management e U.O. Nefrologia	Risk Management												
Assegnazione degli indici di rischio e identificazione delle azioni correttive	Pesronale risk management e U.O. Nefrologia	Risk Management												
Realizzazione dell'eleborato finale	Nessuna	Risk Management												
Pianificazione del Miglioramento	Pesronale risk management e U.O. Nefrologia	Resposabile U.O. Nefrologia												

9. SCHEDA DI PROGETTO 5

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Introduzione della Scheda di Incident reporting in Area Chirurgica e Medica attraverso la formazione sul campo
2. Motivazione della scelta	La scelta di introdurre la scheda di incident reporting in tutta l'Azienda scaturisce dopo l'esperienza positiva fatta in anestesia e rianimazione e in ostetricia e ginecologia
3. Area di intervento	Formazione e Processo clinico-assistenziale
Ambito di intervento	Area Medica e Area Chirurgica
4. Obiettivo generale del progetto	Introdurre la cultura dell'errore in tutta l'Azienda attraverso l'introduzione della scheda di incident reporting e la formazione sul campo
5. Strumenti e metodi	Incident reporting e Formazione sul campo
6. Obiettivi specifici del progetto	sensibilizzare gli operatori ai temi della gestione del rischio e promuovere gruppi di miglioramento specifici indipendenti all'interno dell'Azienda

Indicatori di **risultato** e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici

<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di Misura</i>
N. partecipanti alla formazione	Rapporto fra n. partecipanti/ n. convocati
N. di schede di incident reporting	N. di schede pervenute centralmente durante il periodo sperimentale
N. casi con alto indice di rischio analizzati	Presenza di verbali di RCA

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

5

Azienda

OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager

Emanuele Patrini

1. Titolo del Progetto

Introduzione della Scheda di Incident reporting in Area Chirurgica e Medica attraverso la formazione sul campo

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Progettazione dei corsi	Interne	Risk Management												
Pianificazione delle giornate di formazione	Interne	Risk Management												
Espletamento dei corsi di formazione in area chirurgica	Interne	Risk Management												
Espletamento dei corsi di formazione in area medica	Interne	Risk Management												
Restituzione dati periodo sperimentale	Interne	Risk Management												

10. SCHEDA DI PROGETTO 6

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Progetto Inter-Aziendale di analisi di precesso secondo metodica FMECA della terapia chemioterapica
2. Motivazione della scelta	La scelta di analizzare il processo di chemioterapia nasce dal fatto che la terapia oncologica è una fra le più rischiose anche se maggiormente codificabili e standardizzabili. Questo ha permesso di formare un pool composto da 3 Aziende Ospedaliere: AO Lodi, AO Brescia, AO Monza. Per ogni azienda verranno coinvolti: risk manager, personale medico ed infermieristico e farmacisti. Inoltre la scelta di realizzare il progetto in team permetterà una maggiore standardizzazione delle attività e una migliore pesatura del rischio nonché uno scambio di tecniche utilizzate.
3. Area di intervento	Processo Clinico Assistenziale
Ambito di intervento	Area Medico oncologica
4. Obiettivo generale del progetto	Mappare il processo di chemioterapia dalla prescrizione della terapia alla avvenuta somministrazione della terapia includendo anche i processi svolti per l'allestimento della terapia suddividendo in macro attività, responsabilità e documenti collegati. Tramite l'utilizzo della FMECA (metodologia di studio sistematica utilizzata per analizzare i possibili modi in cui un errore può verificarsi) si potranno identificare le fasi salienti del processo e valutare l'indice di priorità di rischio.
5. Strumenti e metodi	Analisi del rischio secondo metodica FMECA
6. Obiettivi specifici del progetto	Analizzare le pratiche mediche ed infermieristiche e farmaceutiche eseguite in tre aziende ospedaliere lombarde per introdurre sistemi di monitoraggio idonei alla attività chemioterapica.

Indicatori di risultato e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici

<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di Misura</i>
Realizzazione dell'Analisi	Rispetto della tempistica prevista
N. di documenti intermedi	Produzione di Documenti durante lo svolgimento del progetto
Assegnazione dei crediti ECM Lombardi	Rispetto delle procedure di accreditamento secondo i criteri regionali

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

6

Azienda

OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager

Emanuele Patrini

1. Titolo del Progetto

Progetto Inter-Aziendale di analisi di precesso secondo metodica FMECA della terapia chemioterapica

														Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'																							
Definizione del gruppo di lavoro	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere																							
Analisi dei processi di chemioterapia	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere																							
Identificazione dei metodi di guasto, cause e sistemi di monitoraggio	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere																							
Assegnazione degli indici di rischio e identificazione delle azioni correttive	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere																							
Realizzazione dell'elaborato finale	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere																							
Pianificazione del Miglioramento	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere																							

11. SCHEDA DI PROGETTO 7

Azienda	OSPEDALE MAGGIORE - LODI
Risk Manager	Emanuele Patrini
1. Titolo del Progetto	Progetto Inter-Aziendale di analisi dei rischi del processo di emergenza-ugernza S.S.U.Em. 118
2. Motivazione della scelta	L'attività del 118, generalmente viene posta in secondo piano nell'analisi dei rischi ospedalieri e il tema in letteratura è stato sin ora poco dibattuto sia da un punto di vista dell'analisi dei rischi sia della misurazione delle performance orientate alla garanzia di servizi efficienti, efficaci e sicuri per i cittadini. La possibilità di realizzare questa analisi in patnership fra più aziende ha spinto l'AO di Lodi, L'AO di Brescia e L'AO di Monza a formare un team miso tra i risk manager aziendali e gli operatori di 118. Tale scelta assume importanza rilevante in quanto costituirà un progetto pilota a impatto regionale da esportare sul territorio mazionale. Il progetto sarà a valenza biennale coinvolgendo nel secondo anno i Pronto Soccorso delle varie Aziende.
3. Area di intervento	Processo Clinico Assistenziale
Ambito di intervento	Emergenza - Urgenza
4. Obiettivo generale del progetto	Mappare il processo di emergenza urgenza territoriale dalla chiamata in centrale operativa alla accettazione in pronto soccorso del paziente suddividendo in macro attività, responsabilità e documenti collegati. Tramite l'utilizzo della FMECA (metodologia di studio sistematica utilizzata per analizzare i possibili modi in cui un errore può verificarsi) si potranno identificare le fasi salienti del processo e valutare l'indice di priorità di rischio.
5. Strumenti e metodi	Analisi del rischio secondo metodica FMECA
6. Obiettivi specifici del progetto	Esaminare le problematiche del 118 attraverso l'analisi di processo ai fini di poter introdurre strumenti di sicurezza per i cittadini e di misurazione dei processi stessi in ottica del monitoraggio del rischio.

Indicatori di risultato e modalità di misura dei singoli obiettivi specifici

<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di Misura</i>
Realizzazione dell'Analisi	Rispetto della tempistica prevista
N. di documenti intermedi	Produzione di Documenti durante lo svolgimento del progetto
Assegnazione dei crediti ECM Lombardi	Rispetto delle procedure di accreditamento secondo i criteri regionali

SCHEDA DI PROGETTO

8. Pianificazione del Progetto

7

Azienda OSPEDALE MAGGIORE - LODI

Risk Manager Emanuele Patrini

1. Titolo del Progetto Progetto Inter-Aziendale di analisi dei rischi del processo di emergenza-ugernza S.S.U.Em. 118

			Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'												
Definizione del gruppo di lavoro	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere												
Analisi dei processi di emergenza urgenza	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere												
Identificazione dei metodi di guasto, cause e sistemi di monitoraggio	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere												
Assegnazione degli indici di rischio e identificazione delle azioni correttive	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere												
Realizzazione dell'eleborato finale	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere												
Pianificazione del Miglioramento e dell'analisi da svolgere il secondo anno	Umane	Risk Manager delle 3 Aziende Ospedaliere												