



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. **181** del **29 MAR. 2019**

**OGGETTO Piano Annuale 2019 delle attività di Risk Management in ottemperanza alla circolare n. 46/SAN del 27/12/2004 e successive Linee guida. Adempimenti conseguenti**

**DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI**

**SU PROPOSTA DELLA Posizione Organizzativa Risk Management  
Dott. Arturo Caniglia**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data **29 MAR. 2019** l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento  
Dott. Dott. *Arturo Caniglia*

**IL DIRETTORE UOC ECONOMICO FINANZIARIA**

ha registrato contabilmente

la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nel Conto Economico del/dei Bilancio/i Preventivo/i Economico/i anno/anni .....al /ai conto/i economico/i n..... "....."

la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nello Stato Patrimoniale del/dei Bilancio/i d'esercizio/i .....al /ai conto/i n..... "....."

gli introiti di €....., previsti nella presente proposta, rientrano nel Conto Economico del/dei Bilancio/i d'esercizio/i.....al/ai conto/i economico/i n..... "....."

Il presente provvedimento non comporta spesa

Il Direttore UOC Economico Finanziaria  
Dott.ssa *Emilia Martignoni*

*\* Emilia Martignoni*

*u*



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 181 del 29 MAR. 2019

## IL DIRETTORE GENERALE

### Viste

la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO;

la DGR XI/1063 del 17/12/2018 di nomina del Dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Gaetano Pini-CTO per il periodo 01/01/2019 - 31/12/2023;

la deliberazione aziendale n. 1 del 02/01/2019 di presa d'atto della predetta DGR XI/1063/2018 e di insediamento dall'01/01/2019 sino al 31/12/2023 del Dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale dell'ASST G.Pini-CTO;

**premesso** che con Circolare Regionale n. 46/SAN/2004 del 27/12/2004, acquisita al protocollo dell'Ente in data 28/12/2004 prot. n. 9480, la Regione Lombardia forniva gli indirizzi programmatici in materia di gestione del rischio sanitario;

**richiamata** la nota acquisita al protocollo dell'ente in data 21 dicembre 2018 (prot. n. 0013072/18) con la quale La Regione Lombardia ha fornito le indicazioni in merito alla definizione di linee strategiche e delle azioni da intraprendere in ambito di gestione del rischio nonché le modalità di programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2019;

**atteso** che l'ASST Pini-CTO, conformemente alle suindicate disposizioni regionali, deve predisporre anche per l'anno 2019 il Piano annuale di Risk Management per il "Miglioramento della Qualità e della Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori Sanitari";

**considerato** che il Dott. Arturo Caniglia – Posizione Organizzativa Risk Management e Coordinatore del CGR della ASST - - conformemente alle specifiche prescrizioni regionali di cui alle suindicate linee guida, ha predisposto il Piano Annuale di Risk Management, che unitamente alle schede di Progetto costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 181 del 29 MAR. 2019

visti i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i;

**DELIBERA**

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti

- 1- di approvare il Piano Annuale 2019 delle attività di Risk Management, elaborato dal Dott. Arturo Caniglia –Posizione Organizzativa Risk Management e Coordinatore del CGR della ASST - in conformità alle prescrizioni di cui alla Linee guida regionali che, unitamente alle allegate schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento
- 2- di disporre la remissione del presente provvedimento alla competente Direzione Generale della Sanità – Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio costi SSR e Risk Management
- 3- di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);
- 4- di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;
- 5- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015.

DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Francesco Laurelli)

DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO  
(Dott. Valentino Colao)

DIRETTORE  
SANITARIO  
(Dott. Valentino Lembo)

DIRETTORE  
SOCIO SANITARIO  
(Dott.ssa Paola M. S. Pirola)

**Servizio – Risk Management**

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento  
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/90: Dott. Arturo Caniglia  
Pratica trattata da: Dott. Arturo Caniglia



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 181 del 29 MAR. 2019



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. **181** del **29 MAR. 2019**

### RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D. Lgs. 33/2013, dal **29 MAR. 2019** e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. .... pagine di cui n. .... allegati.

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali  
Il Funzionario addetto

*Alvio Ciuchello*

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Milano, li \_\_\_\_\_

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali  
Il Funzionario addetto

*u*



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

## PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

**"MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ' E DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI E  
DEGLI OPERATORI SANITARI"**

**ANNO 2019**



**DOTT. ARTURO CANIGLIA  
POSIZIONE ORGANIZZATIVA RISK MANAGEMENT  
ASST PINI-CTO**



## INDICE

1. Premessa.....	3
2. Sintesi del contesto dell'ASST in riferimento agli elementi acquisiti al protocollo generale con il documento n. 0013072/18 del 21-12-2018 .....	3
3. Obiettivi generali, linee di intervento, azioni di miglioramento e risultati attesi.....	7
4. Attuazione dei progetti operativi.....	7
4.1 OBIETTIVO 1: Consolidare l'applicazione del processo di gestione dell'Incident Reporting per la segnalazione degli eventi / quasi eventi con il coinvolgimento di tutte le UU.OO dell'ASST PINI-CTO. ....	7
4.2 OBIETTIVO 2: Revisione check list sala operatoria unica per la ASST e relativa sperimentazione - Recepimento delle indicazioni regionali check list 2.0.....	8
4.3 OBIETTIVO 3 - Implementazione in tutte le UU.OO. della ASST, la scheda di ricognizione - riconciliazione della terapia farmacologica.....	8
4.4 OBIETTIVO 4 - Formalizzare, diffondere e verificare l'utilizzo della procedura aziendale sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali. ....	8
4.5 OBIETTIVO 5 – RISK ASSESSMENT BASATO SU STRUMENTI DI DATA MINING: PROGETTO GATE	
5. Altre attività implementate in adempimento alle linee guida 2018 inerenti le attività di risk management.....	9
6. Eventi formativi risk management anno 2019.....	10



## 1. PREMESSA

La Legge Regionale N. 23/2015 ha introdotto un nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale. A seguito di tale riforma, mediante deliberazione della giunta regionale n. x/4475 del 10/12/2015, veniva istituita la ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini / CTO.

Il documento emanato da Regione Lombardia contenente le “*prime indicazioni e passaggi procedurali ai fini dell’attuazione del nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale*” inserisce la ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini / CTO tra le Aziende che operano in sostanziale continuità amministrativa.

Il presente documento, pertanto, in ottemperanza alla Deliberazione Regionale XI/1046 del 17 dicembre 2018 “Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario 2019” par.12 “Area Risk Management” ed alla Deliberazione Regionale X/2989 del 23 dicembre 2014, è parte integrante del Piano Integrato per il Miglioramento della Organizzazione (PIMO) della ASST PINI-CTO.

Nel redigere il documento programmatico PARM 2019, ci si è posti gli obiettivi di:

1. Consolidare l’implementazione di progetti interaziendali, al fine di una omogeneizzazione dei modelli comportamentali individuati dalle singole Aziende in tema di Risk Management, volti alla riduzione dei rischi connessa con l’erogazione di prestazioni sanitarie;
2. Presidiare l’applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico applicabili al contesto dell’ASST (come riferito a Regione Lombardia nel documento Monitoraggio LEA 2019);
3. Consolidare il presidio, per quanto rientra nell’ambito della responsabilità dell’ASST, il percorso del paziente considerandolo nel suo insieme: dalla presa in carico all’attivazione dei diversi punti di offerta non solo ospedalieri ma anche territoriali compresi gli ambiti interpresidio, in particolare per quanta riguarda la cronicità, la riabilitazione e la prevenzione delle infezioni.

## 2. SINTESI DEL CONTESTO DELL’ASST IN RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA REGIONALI 2019

Di seguito sono riferite per le “aree tematiche” delle linee guida risk management 2019 acquisite con documento Prot. n. 0013072/18 del 21-12-2018, lo stato dell’arte e le attività previste con riferimento agli argomenti che risultano inseriti negli obiettivi dell’anno.

### Raccomandazioni Ministeriali

La tabella seguente riferisce per le diverse Raccomandazioni applicabili lo stato dell’arte e le eventuali azioni/obiettivi definiti per il 2019.

Stato dell’arte delle raccomandazioni ministeriali

Raccomandazione	Stato dell’arte	Azioni e/o obiettivi per il 2019
1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;	Formalizzata ed adottato un specifica procedura (monitoraggio effettuato dal Servizio Farmaceutico)	Monitoraggio
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico.	Formalizzata ed adottato un specifica procedura (monitoraggio effettuato dai coordinatori del blocco operatorio)	Effettuare un audit entro Aprile per verificare il rispetto della procedura esistente ed attivare le eventuali azioni di mitigazione del rischio.



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni e/o obiettivi per il 2019
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.	Adozione del braccialetto di identificazione del paziente Uso della check list di sala operatoria (monitoraggio dell'uso delle check list e rendicontazione annuale)	Revisione check list sala operatoria unica per la ASST e relativa sperimentazione Recepimento delle indicazioni regionali della check list 2.0. <b>OBIETTIVO 2.</b>
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.	Ad oggi non vi è una formale adozione della raccomandazione ma è presente una bozza di procedura per la gestione del paziente a rischio implementata con l'ufficio tecnico.	Approvazione della procedura oggi in bozza e formazione del personale sanitario interessato all'applicazione della procedura prevenzione del suicidio in ospedale.
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0.	Formalizzata ed adottato un specifica procedura (monitoraggio dei volumi di attività attraverso Emonet).	Consolidare l'applicazione del processo di gestione dell'Incident Reporting per la segnalazione degli eventi / quasi eventi con il coinvolgimento di tutte le UU.OO dell'ASST PINI-CTO - <b>OBIETTIVO 1</b>
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.	Formalizzata ed adottato un specifica procedura per le gestione delle terapie farmacologiche in reparto (P23) e Foglio Unico di Terapia Farmacologica (FUTF)	Monitoraggio semestrale su un campione di cartelle di ricoveri attivi in merito all'uso del Foglio Unico di Terapia Farmacologica (3 cartelle per UO a semestre).
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	Raccolti i dati di eventi / quasi eventi (2016-18) SURVEY con definizione / verifica delle SC prioritarie interessate	Formazione e informazione per il personale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di tutta la ASST tenendo in considerazione le aree più a rischio.
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici apparecchi elettromedicali.	Presente procedura con formalizzazione delle modalità di introduzione di nuovi DM e monitoraggio di quelli in uso e relative registrazioni (TEO)	Monitoraggio
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Ad oggi non vi è una formale adozione della raccomandazione	Stesura di una Procedura/IO per prevenire e minimizzare l'effetto dei bifosfonati
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).	Presente procedura con formalizzazione delle modalità di gestione trasporto (PARM 2015).	Monitoraggio
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" LASA.	Presidio delle aree di rischio con lo stoccaggio presso le UU.OO e monitoraggio della gestione delle scorte da parte del Servizio Farmaceutico.	Integrazione con il Protocollo P/23(Gestione dei farmaci all'interno delle UU.OO, degenze, ambulatorio e servizi



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni e/o obiettivi per il 2019
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.	Presidio aziendale P/40 con definizione dei pazienti a rischio di caduta e relative rivalutazioni nel corso del ricovero (nel 2018 estesa anche in ambito pediatrico)	- Revisione del protocollo con inserimento della scala di valutazione del rischio caduta in età pediatrica.  - Monitoraggio
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Ad oggi è presente una I.O per la infusione e preparazione delle sostanze terapeutiche /	-Revisione ed implementazione della IO - Formazione del personale - Monitoraggio
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.	Procedura aziendale triage di PS (P.O-CTO) e Servizio Traumatologico di Urgenza (P.O-PINI)	Monitoraggio
17. Riconciliazione della terapia farmacologica.	Realizzata e sperimentata una scheda ad hoc.	Implementazione in tutte le UU.OO. della ASST, la scheda di ricognizione - riconciliazione della terapia farmacologica <b>OBIETTIVO 3.</b>
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Impostata una prima classificazione di standardizzazione di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Formalizzare, diffondere e verificare l'utilizzo della procedura aziendale sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali. <b>OBIETTIVO 4.</b>

### Aree di rischio prioritarie applicabili

#### **Infezioni-Sepsi**

La sepsi rappresenta una condizione clinica relativamente frequente, di difficile gestione, associata a una mortalità molto elevata. Dalla letteratura si evince come sia indispensabile per la sopravvivenza del paziente riconoscere il quadro di sepsi ed intervenire tempestivamente.

Il riconoscimento tempestivo di un paziente settico rappresenta l'elemento chiave iniziale che dà il via alla messa in atto di una serie di operazioni per una gestione efficace del paziente settico.

Obiettivo del progetto 2018 è stato quello di revisionare le linee guida per l'identificazione precoce del paziente settico per fornire un diagramma operativo che riassume in termini sequenziali e semplificati le linee guida internazionali sul riconoscimento e gestione precoce della sepsi, le stesse sono state diffuse attraverso all'organizzazione con eventi formativi e rendendo disponibile il materiale documentale sulla intranet aziendale.

Nel 2019 sarà mantenuta alta l'attenzione nel presidio dell'uso degli strumenti con l'attività di audit sulle cartelle cliniche campionate e se necessario condurre audit all'interno delle SC cliniche emerse come prioritarie dall'analisi dei dati relativi all'andamento delle infezioni.

#### **Sicurezza del paziente in sala operatoria**

Dopo aver analizzato il documento "Check List Sicurezza Sala Operatoria" in uso presso l'ASST, è stato prodotto un nuovo documento che verrà analizzato e sperimentato nell'anno 2019 prima di essere implementato.



Lo scopo del documento rimane quello di presidiare e garantire la sicurezza del paziente durante l'intero percorso "reparto-sala operatoria-reparto", verificando la disponibilità della documentazione richiesta e con rispetto del principio di TIME-OUT.

L'audit condotto nell'ambito del campionamento delle cartelle cliniche nel 2018 ha permesso di tracciare e pianificare le opportune azioni correttive per gli ambiti in cui è stata rilevata la difformità (Documento di riferimento "Check List 2018 ELAB. V.0 del 16.12.18 e successiva revisione V.1 15.02.18).

In merito alla sicurezza in sala operatoria sarà condotta la - Revisione della check list di sala operatoria unica ASST e relativa sperimentazione - Recepimento delle indicazioni regionali della check list 2.0. (vedi OBIETTIVO 2)

### **Rischio farmaci**

Per lo stato dell'arte e gli sviluppi si rimanda alla tabella relativa allo stato dell'arte delle raccomandazioni ministeriali.

### **Rischi in ambito di impiego delle radiazioni**

Consolidamento della tracciatura all'esposizione alle radiazioni nell'ambito della ASST e in previsione del costituendo gruppo di lavoro Regionale e successiva adozione degli indirizzi derivanti (piani/azioni 2020).

### **Rischi in ambito di Continuità Assistenziale**

Nel 2018 è stata implementata una check list di valutazione del paziente all'accesso (scheda di continuità assistenziale). Per il 2019 sarà monitorato l'uso sistematico della scheda (SCA) con verifica semestrale per ricoveri attivi (3 cartelle per UU.OO.).

### **Violenza a danno degli operatori**

Implementazione della procedura e formazione e informazione per il personale di tutta la ASST tenendo in considerazione le aree più a rischio (vedi tabella stato dell'arte delle Raccomandazioni Ministeriali).

### **Il progetto assicurativo regionale**

Nell'ambito dell'ASST PINI-CTO è attivo il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) adeguatamente strutturato ed organizzato per la valutazione e gestione dei sinistri, con un coordinamento funzionale fra le figure legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la direzione aziendale che prende le decisioni finali in merito alle attività da svolgere. Saranno considerate le casistiche da trattare nell'ambito del raggruppamento indicato dalla delibera regionale come da tabella sotto riferita (linee guida risk management 2019).

ASST/IRCCS	COORDINATORE Medico legale	COORDINATORE Legale
RAGGR. 4) ASST OVEST MILANESE, ASST LODI, ASST FBF E SACCO, ASST NIGUARDA, ASST NORD MILANO, ASST SANTI PAOLO E CARLO, ASST RHODENSE, ASST MELEGNANO E MARTESANA, IRCCS TUMORI, IRCCS BESTA, IRCCS POLICLINICO MILANO, ASST G.PINI	Domenico Castaldo ASST OVEST MILANESE E Antonio Vitello ASST SS PAOLO E CARLO	Enzo Quadri ASST NORD MILANO Giacomo Rossi ASST OVEST MILANESE

Nel 2019 tra le attività previste all'interno del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) verranno effettuate specifiche attività per promuovere e migliorare i processi di ascolto/mediazione. A tale scopo potranno essere identificate le aziende con la possibilità di sfruttare la rete regionale di mediatori attivando scambi di operatori nel caso di necessità nelle équipes di ascolto e mediazione dei conflitti. Le eventuali attività saranno definite ed implementate a seguito di decisioni del CVS (es. estensione del numero



delle persone inserite nel processo di ascolto-mediazione). Sarà revisionato il processo di “gestione dei reclami” al fine di definire eventuali modifiche da apportate in merito (URP/COMUNICAZIONE).  
(Rif. Deliberazione n° XI / 1046 seduta del 17/12/2018 gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO pag. 220)

Nel 2019, inoltre, sarà adottato lo strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri “GE.DI.S.S.” con l’obiettivo, grazie alla gestione digitalizzata dei sinistri, di rendere più agevole e, allo stesso tempo, maggiormente efficace, l’attività amministrativa di istruttoria e conclusione dei procedimenti.

Sarà da valutare nel 2019 una possibile analisi dei sinistri per aggiornare la mappatura del rischio clinico implementata nell’ASST nel biennio 2016-2017 per la definizione delle aree prioritari di intervento.

### **Ascolto e Mediazione dei conflitti**

Poiché la conflittualità è un fattore prevedibile in ogni organizzazione e se ben gestita porta a risultati sorprendenti, il Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti dell’ASST nel 2019 sarà interessato nelle seguenti attività per un consolidamento funzionale del Servizio:

- Organizzazione di corsi aziendali o interaziendali per formare una/due nuove risorse
- Rivalutazione degli spazi dedicati all’attività
- Diffusione della conoscenza del Servizio agli operatori ed ai cittadini (anche tramite intranet/ internet) al fine di favorire percorsi per l’intercettazione dei casi in collaborazione con URP e Comunicazione.

### **3. OBIETTIVI GENERALI, LINEE DI INTERVENTO, AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RISULTATI ATTESI**

In recepimento e conformemente alle Linee Guida Regionali, che indicano come prioritarie le tematiche legate, sono individuati i seguenti obiettivi:

1. Consolidare l’applicazione del processo di gestione dell’Incident Reporting per la segnalazione degli eventi / quasi eventi con il coinvolgimento di tutte le UU.OO dell’ASST PINI-CTO.
2. Revisione check list sala operatoria unica per la ASST e relativa sperimentazione - Recepimento delle indicazioni regionali della check list 2.0.
3. Implementazione in tutte le UU.OO. della ASST, la scheda di ricognizione - riconciliazione della terapia farmacologica.
4. Formalizzare, diffondere e verificare l’utilizzo della procedura aziendale sull’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali.
5. Risk Assessment basato su strumenti di data mining: Progetto GATE per il 2019 - obiettivo interaziendale.

### **4. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI**

Come evidenziato, al punto “obiettivi generali e linee di intervento”, di seguito proponiamo i progetti operativi elaborati per ottemperare le raccomandazioni emanate da Regione Lombardia.

La motivazione della scelta, l’obiettivo specifico e gli strumenti utilizzati sono dettagliati nelle relative schede progetto del documento PARM 2019 .

#### **4.1 OBIETTIVO 1: CONSOLIDARE L’APPLICAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DELL’INCIDENT REPORTING PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI / QUASI EVENTI CON IL COINVOLGIMENTO DI TUTTE LE UU.OO DELL’ASST PINI-CTO.**

**Motivazione della scelta:** Consolidare la sensibilità in merito alla gestione del rischio clinico nell’ambito di tutto il personale delle UU.OO dell’ASST, attraverso la conoscenza e l’utilizzo degli strumenti per la gestione del rischio clinico per l’identificazione e segnalazione degli eventi e quasi



eventi, per assicurare la sicurezza dei processi clinico-assistenziali. La necessità è anche quella di “mappare le aree di rischio comuni” al di uniformare le azioni di mitigazione del rischio.

**Obiettivo specifico:** Accresce la conoscenza del processo di gestione delle segnalazioni (quasi eventi ed eventi) come strumento per la gestione e riduzione del rischio clinico nell'ambito della ASST

**Strumenti utilizzati:** Adozione della scheda di Incident Reporting per la raccolta dati (eventi e quasi eventi), con supporto alla preliminare applicazione, adozione/raccolta dati e analisi, con restituzione degli esiti e definizione delle priorità di intervento.

#### 4.2 OBIETTIVO 2: REVISIONE CHECK LIST SALA OPERATORIA UNICA PER LA ASST E RELATIVA SPERIMENTAZIONE - RECEPIMENTO DELLE INDICAZIONI REGIONALI CHECK LIST 2.0.

**Motivazione della scelta:** Presidiare la sicurezza del paziente durante l'intero percorso “reparto-sala operatoria-reparto” e migliorare la sicurezza in sala operatoria.

**Obiettivo specifico:** Accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari (anche in riferimento alla legge 24/2017 e al modello ISO 9001:2015 Rif. 7.3 Consapevolezza) revisionando la check list sala operatoria rendendola unica per la ASST recependo le indicazioni regionali della check list 2.0

**Strumenti utilizzati:** Check list sperimentale ASST e indicazioni regionali della check list 2.0.

#### 4.3 OBIETTIVO 3 - IMPLEMENTAZIONE IN TUTTE LE UU.OO. DELLA ASST, LA SCHEDA DI RICOGNIZIONE - RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA.

**Motivazione della scelta:** Rendere appropriati e sicuri i trattamenti farmacologici, tenendo in considerazione tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale, con attenzione prioritaria, nei momenti cosiddetti di “Transizione di cura”. Tutto ciò anche con il coinvolgimento del paziente affinché sia a conoscenza dell'importanza di avere una chiara lista dei farmaci assunti nel caso di accesso ospedaliero e che al momento delle dimissioni ospedaliere le prescrizioni di farmaci siano ben chiare sia al paziente che al MMG.

**Obiettivo specifico:** Implementazione in tutte le UU.OO. della ASST, della scheda di “ricognizione e riconciliazione farmacologica” che permetterà la tracciabilità delle terapie assunte dai pazienti al momento del ricovero/presa in carico, ed al momento della dimissione sia esso verso altre strutture riabilitative/ADI, e/o a domicilio, tale documento sarà parte integrante della documentazione sanitaria

**Strumenti utilizzati:** Scheda di “ricognizione e riconciliazione farmacologica”.

#### 4.4 OBIETTIVO 4 - FORMALIZZARE, DIFFONDERE E VERIFICARE L'UTILIZZO DELLA PROCEDURA AZIENDALE SULL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI NEI PROCESSI CLINICO ASSISTENZIALI.

**Motivazione della scelta:** L'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, sebbene sia una prassi consolidata durante le varie fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio, può indurre in errore e causare danni ai pazienti, come riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale (es. *Medmarx reporting system 2004 e il 2006; l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2006; European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) ecc.*).

Risulta fondamentale, al fine di prevenire gli errori in terapia, che medici, farmacisti e infermieri adottino un linguaggio comune e possano ricorrere ad abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli “standardizzati”.

La “standardizzazione” della terminologia e delle definizioni facilita il confronto tra dati e informazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria e con altre organizzazioni garantendo la sicurezza nelle Transizioni di cura.



Tale argomento nell'ASST è ritenuto "strategico" non solo in merito alla gestione delle terapie farmacologiche ma nell'ambito della compito della compilazione/stesura di tutta la documentazione che costituisce la cartella clinica (acronimi/sinonimi).

**Obiettivo specifico:** fornisce indicazioni per prevenire gli errori in terapia conseguenti all'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, e migliorare la sicurezza nella gestione dei farmaci. Garantire la univoca interpretazione delle annotazioni/acronimi riferiti nella documentazione sanitaria.

**Strumenti utilizzati:** Tabella con abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali e relativa istruzione operativi di guida all'utilizzo (rev. TAB/01/PGA 4.2).

#### 4.5 OBIETTIVO 5 – RISK ASSESSMENT BASATO SU STRUMENTI DI DATA MINING: PROGETTA GATE

**Motivazione della scelta:** L'integrazione delle informazioni derivanti dai diversi metodi di risk assessment attualmente in uso nelle organizzazioni sanitarie permette di conoscere e misurare il rischio clinico in modo parziale. La documentazione sanitaria, se completa, costituisce una fonte informativa fra le più ricche a disposizione delle Strutture, ma risultano estremamente onerosi in termini di risorse da dedicare i metodi di revisione manuale. Tuttavia, molta parte della documentazione sanitaria delle Strutture di Regione Lombardia è da anni informatizzata, e i database disponibili possono essere analizzati in modo automatico mediante software di analisi testuale per identificare eventi avversi o errori. A seguito di una prima esperienza condotta nell'ambito di un progetto europeo insieme ad Agenas, si vuole utilizzare uno strumento di analisi testuale per identificare alcuni specifici eventi avversi o errori nelle fonti informative sanitarie disponibili (lettera di dimissione, verbale di pronto soccorso, verbale di camera operatoria).

**Obiettivo specifico** 1) Identificare eventi avversi/errori nella documentazione sanitaria informatizzata (Es. VPS, VCO,LD...), e misurarne la prevalenza; 2) Definire un modello di ricerca testuale standardizzato e riproducibile; 3) Valutare costi ed efficacia del metodo.

**Strumenti utilizzati:** Le Aziende partecipanti, coordinate da un gruppo ristretto, hanno elaborato il protocollo di studio da adottare in ciascuna Azienda e si sono dotate ciascuna del software per analisi testuale (gratuito). Nel protocollo sono stati definiti gli eventi oggetto di ricerca e le fonti documentali in cui effettuare l'analisi; per ciascun evento verranno elaborati i criteri di ricerca testuale da adottare. Ciascuna Azienda effettuerà l'analisi testuale e la successiva fase di validazione dei risultati del test mediante verifica dei documenti, in modo da misurare Sensibilità e Specificità del test. Il dato potrà essere calcolato sia su base aziendale che aggregata.

#### 5. ALTRE ATTIVITÀ IMPLEMENTATE IN ADEMPIMENTO ALLE LINEE GUIDA 2018 INERENTI LE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT

In considerazione della rilevanza dei temi connessi la problematica del consenso informato e della sicurezza in chirurgia, la ASST intende proseguire le attività di audit effettuate sulle Cartelle Cliniche.

A tal fine sono considerati i seguenti documenti:

- Check List di adozione del Consenso Informato ai Trattamenti Diagnostici e Terapeutici;
- Check List per la Sicurezza in Sala Operatoria;
- Check List Paziente 2.0 (nuova introduzione 2019).

Il progetto prosegue per il 2019 anche con l'adesione al progetto di Regione Lombardia denominato GE.DI.SS.(Gestione Digitale Sinistri Sanitari); Deliberazione del Direttore Generale n° 693 del 14/12/2018.

Nel corso del 2019, inoltre, saranno condotte e monitorate in merito allo stato di avanzamento delle riunioni di CGR le seguenti attività:



- Monitoraggio semestrale su un campione di cartelle di ricoveri attivi in merito all'uso del Foglio Unico di Terapia Farmacologica (3 cartelle per UO a semestre);
- Monitoraggio dell'uso sistematico delle Schede di Continuità Assistenziale (SCA) con verifica semestrale per ricoveri attivi (3 cartelle per UU.OO.);
- Effettuare un audit entro Aprile per verificare il rispetto della procedura esistente "Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" ed attivare le eventuali azioni di mitigazione del rischio;
- Adozione dello strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri "GE.DI.S.S." con l'obiettivo, grazie alla gestione digitalizzata dei sinistri, di rendere più agevole e, allo stesso tempo, maggiormente efficace, l'attività amministrativa di istruttoria e conclusione dei procedimenti;
- Revisione del processo di "gestione dei reclami" al fine di definire eventuali modifiche da apportate in merito alla gestione della mediazione dei conflitti.

In considerazione della rilevanza dei temi connessi la problematica del consenso informato e della sicurezza in chirurgia, la ASST intende proseguire le necessarie attività di audit sulle Cartelle Cliniche.

## **6. EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2019**

Le attività formative specifiche per il 2019 sono relative a:

- Formazione del personale sanitario interessato all'applicazione della procedura prevenzione del suicidio in ospedale;
- Formazione e informazione per il personale sulla prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di tutta la ASST tenendo in considerazione le aree più a rischio. (maggio – giugno 2019).

Si conferma, altresì, la disponibilità del RM ad organizzare ulteriori corsi di formazione che verranno espressamente richiesti dal personale sanitario e non sanitario, su tematiche che si rendessero via via necessarie. In ogni caso tali tematiche sono segnalate tramite l'ufficio formazione.

Dott. Arturo Caniglia  
Posizione Organizzativa Risk Management

## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

<b>SCHEDA PROGETTO 1- ANNO 2019</b>			
ASST/IRCCS/ATS	ASST PINI - CTO		
Risk Manager	Posizione Organizzativa Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	CONSOLIDARE L'APPLICAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DELL'INCIDENT REPORTING PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI / QUASI EVENTI CON IL COINVOLGIMENTO DI TUTTE LE UU.OO DELL'ASST PINI-CTO		
2. Motivazione della scelta	Consolidare la sensibilità in merito alla gestione del rischio clinico nell'ambito di tutto il personale delle UU.OO dell'ASST, attraverso la conoscenza e l'utilizzo degli strumenti per la gestione del rischio clinico per l'identificazione e segnalazione degli eventi e quasi eventi, per assicurare la sicurezza dei processi clinico-assistenziali. La necessità è anche quella di "mappare le aree di rischio comuni" al di uniformare le azioni di mitigazione del rischio		
3. Area di RISCHIO	Incident Reporting		
	se ALTRO, specificare:		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le SC		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	pluriennale		
7. Obiettivo	Accresce la conoscenza del processo di gestione delle segnalazioni (quasi eventi ed eventi) come strumento per la gestione e riduzione del rischio clinico nell'ambito della ASST		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	1) Rilevazione dell'evento; 2) Compilazione delle Schede di Incident reporting; 3) Analisi Periodica; 4) Pianificazione e attivazione delle azioni di miglioramento; 5) Verifica dell'efficacia delle azioni.		
9. Strumenti e metodi	Adozione della scheda di Incident Reporting per la raccolta dati (eventi e quasi eventi), con supporto alla preliminare applicazione, adozione/raccolta dati e analisi, con restituzione degli esiti e definizione delle priorità di intervento		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Report delle segnalazione	Presentazione del report e definizione delle priorità di intervento	
	Procedura/IO per la gestione degli incident	Procedura/IO per la gestione degli incident approvata, pubblicazione e diffusa	



## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

SCHEDA PROGETTO 2 - ANNO 2019			
ASST/IRCCS/ATS	ASST PINI-CTO		
Risk Manager	Posizione Organizzativa Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	REVISIONE CHECK LIST SALA OPERATORIA UNICA PER LA ASST E RELATIVA SPERIMENTAZIONE - RECEPIMENTO DELLE INDICAZIONI REGIONALI CHECK LIST 2.0.		
2. Motivazione della scelta	Presidiare la sicurezza del paziente durante l'intero percorso "reparto-sala operatoria-reparto" e migliorare la sicurezza in sala operatoria.		
3. Area di RISCHIO	Rischio in Sala Operatoria		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutti i reparti e i blocchi operatori		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari in merito alla sicurezza in sala operatoria		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari (anche in riferimento alla legge 24/2017 e al modello ISO 9001:2015 Rif. 7.3 Consapevolezza) revisionando la check list sala operatoria rendendola unica per la ASST recependo le indicazioni regionali della check list 2.0		
9. Strumenti e metodi	Check list sperimentale ASST e indicazioni regionali della check list 2.0.		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Redazione nuova check list e formazione al personale interessato	Numero di persone formate / Totale persone previste nella formazione	
	Aggiornamento della procedura attuale e diffusione	Pubblicazione della procedura approvata	



## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

SCHEMA PROGETTO 3 - ANNO 2019			
ASST/IRCCS/ATS	ASST PINI - CTO		
Risk Manager	Posizione Organizzativa Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	IMPLEMENTAZIONE IN TUTTE LE UU.OO. DELLA ASST, LA SCHEDA DI RICOGNIZIONE - RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA		
2. Motivazione della scelta	Rendere appropriati e sicuri i trattamenti farmacologici, tenendo in considerazione tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale, con attenzione prioritaria, nei momenti cosiddetti di "Transizione di cura". Tutto ciò anche con il coinvolgimento dei paziente affinché sia a conoscenza dell'importanza di avere una chiara lista dei farmaci assunti nel caso di accesso ospedaliero e che al momento delle dimissioni ospedaliere le prescrizioni di farmaci siano ben chiare sia al paziente che al MMG.		
3. Area di RISCHIO	Interazioni in Politerapie		
	se ALTRO, specificare:		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le SC		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Presidiare la gestione delle terapie farmacologiche		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Implementazione in tutte le UU.OO. della ASST, della scheda di "ricognizione e riconciliazione farmacologica" che permetterà la tracciabilità delle terapie assunte dai pazienti al momento del ricovero/presa in carico, ed al momento della dimissione sia esso verso altre strutture riabilitative/ADI, e/o a domicilio, tale documento sarà parte integrante della documentazione sanitaria.		
9. Strumenti e metodi	Scheda di "ricognizione e riconciliazione farmacologica".		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno



## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

SCHEDA PROGETTO 4 - ANNO 2019			
ASST/IRCCS/ATS	ASST PINI -CTO		
Risk Manager	Posizione Organizzativa Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	FORMALIZZARE, DIFFONDERE E VERIFICARE L'UTILIZZO DELLA PROCEDURA AZIENDALE SULL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI NEI PROCESSI CLINICO ASSISTENZIALI		
2. Motivazione della scelta	L'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, sebbene sia una prassi consolidata durante le varie fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio, può indurre in errore e causare danni ai pazienti, come riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale (es. Medmarx reporting system 2004 e il 2006; l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2006; European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) ecc.). Risulta fondamentale, al fine di prevenire gli errori in terapia, che medici, farmacisti e infermieri adottino un linguaggio comune e possano ricorrere ad abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli "standardizzati". La "standardizzazione" della terminologia e delle definizioni facilita il confronto tra dati e informazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria e con altre organizzazioni garantendo la sicurezza nelle Transizioni di cura. Tale argomento nell'ASST è ritenuto "strategico" non solo in merito alla gestione delle terapie farmacologiche ma nell'ambito della compito della compilazione/stesura di tutta la documentazione che costituisce la cartella clinica (acronimi/sinonimi).		
3. Area di RISCHIO	Migliorare la Comunicazione		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le SC		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Fornire indicazioni per prevenire gli errori in terapia conseguenti all'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, e migliorare la sicurezza nella gestione dei farmaci. Garantire la univoca interpretazione delle annotazioni/acronimi riferiti nella documentazione sanitaria		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Tabella con abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali e relativa istruzione operativi di guida all'utilizzo		
9. Strumenti e metodi	Tabella con abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali e relativa istruzione operativi di guida all'utilizzo		
10. Risultati e indicatori	<b>Risultato</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Dati della Misurazione a fine anno</b>
	Aggiornamento della procedura aziendale e sua diffusione	Inserimento in intranet della procedura approvata	
	Formazione formazione al persona	Registrazione delle formazione (n. persone formate/n. persone previste)	
	Verifica dell'adozione delle regole definite	Report dell'audit sulle cartelle campionate	



## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

<b>SCHEDA PROGETTO 5 (Interaziendale) - ANNO 2019</b>			
ASST/IRCCS/ATS	ASST PINI -CTO		
Risk Manager	Posizione Organizzativa Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	RISK ASSESSMENT BASATO SU STRUMENTI DI DATA MINING		
2. Motivazione della scelta	L'integrazione delle informazioni derivanti dai diversi metodi di risk assessment attualmente in uso nelle organizzazioni sanitarie permette di conoscere e misurare il rischio clinico in modo parziale. La documentazione sanitaria, se completa, costituisce una fonte informativa fra le più ricche a disposizione delle Strutture, ma risultano estremamente onerosi in termini di risorse da dedicare i metodi di revisione manuale. Tuttavia, molta parte della documentazione sanitaria delle Strutture di Regione Lombardia è da anni informatizzata, e i database disponibili possono essere analizzati in modo automatico mediante software di analisi testuale per identificare eventi avversi o errori. A seguito di una prima esperienza condotta nell'ambito di un progetto europeo insieme ad Agenas, si vuole utilizzare uno strumento di analisi testuale per identificare alcuni specifici eventi avversi o errori nelle fonti informative sanitarie disponibili (lettera di dimissione, verbale di pronto soccorso, verbale di camera operatoria,).		
3. Area di RISCHIO	altro (specificare)		
se ALTRO, specificare:	Risk assessment		
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Gestione del rischio clinico		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	3 anni		
7. Eventuali Aziende Compartecipanti	FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO, ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA, ASST DI PAVIA, ASST SANTI PAOLO E CARLO, ASST MELEGNANO E MARTESANA, ASST PAPA GIOVANNI XXIII, ASST NORD MILANO, ASST DI LODI, ASST DI MANTOVA, ASST DI LECCO, ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA, OSPEDALE SAN RAFFAELE, ASST SETTE LAGHI, IRCCS ISTITUTO CLINICO HUMANITAS, AO GAETANO PINI - CTO, AO FATEBENEFRAPELLI - SACCO, ASST RHODENSE		
8. Obiettivo	1) Identificare eventi avversi/errori nella documentazione sanitaria informatizzata (Es. VPS, VCO,LD...), e misurarne la prevalenza; 2) Definire un modello di ricerca testuale standardizzato e riproducibile; 3) Valutare costi ed efficacia del metodo		
10. Realizzazione/Prodotto Finale	1) Misura della prevalenza di specifici eventi avversi; 2) Protocollo di ricerca; 3) Analisi costi/efficacia del metodo; 4) Definizione di un pacchetto formativo		
9. Strumenti e metodi	Le Aziende partecipanti, coordinate da un gruppo ristretto, hanno elaborato il protocollo di studio da adottare in ciascuna Azienda e si sono dotate ciascuna del software per analisi testuale (gratuito). Nel protocollo sono stati definiti gli eventi oggetto di ricerca e le fonti documentali in cui effettuare l'analisi; per ciascun evento verranno elaborati i criteri di ricerca testuale da adottare. Ciascuna Azienda effettuerà l'analisi testuale e la successiva fase di validazione dei risultati del test mediante verifica dei documenti, in modo da misurare Sensibilità e Specificità del test. Il dato potrà essere calcolato sia su base aziendale che aggregata.		
11. Risultati e indicatori	1) Misura della prevalenza di specifici	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno

## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

Aggiornamento della ricerca bibliografica	Aggiornamento tavola sinottica delle fonti consultate	Aggiornamento bibliografia
Implementazione progressiva dei contenuti del progetto di ricerca	Effettuazione di un pre-test su almeno un indicatore PSI con verifica di sensibilità e specificità	Disponibilità delle valutazioni
Analisi critica del sistema di estrazione e identificazione degli indicatori PSI a partire dai dati amministrativi	Effettuazione di un percorso di revisione critica della modalità di estrazione	Analisi dei veri positivi, falsi positivi e criteri di inclusione/esclusione

