



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 239 del 15 APR. 2021

OGGETTO: Piano Annuale 2021 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 15 APR. 2021 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Dirigente UOC
ASST CENTRO SPECIALISTICO
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI / CTO
RISK MANAGER
DOTT. ARTURO CANIGLIA

IL DIRETTORE UOC ECONOMICO FINANZIARIA

ha registrato contabilmente

Il presente provvedimento non comporta spesa

Il Direttore UOC Economico Finanziaria
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 239 del 15 APR. 2021

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: 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;

Preso atto che l'ASST Pini-CTO, conformemente alle suindicate disposizioni regionali, deve predisporre anche per l'anno 2021 il Piano annuale di Risk Management per il "Miglioramento della Qualità e della Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori Sanitari

Dato atto 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

Acquisito agli atti la nota con documento n. protocollo regionale G1.2021.0002680 del 19/01/2021 con la quale La Regione Lombardia ha fornito le indicazioni in merito alla definizione di linee operative 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 2021;

Acquisito altresì il visto contabile della UOC Economico Finanziaria per la copertura economica derivante dal presente provvedimento;

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



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 239 del 15 APR. 2021

DELIBERA

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

1. di approvare il Piano Annuale 2021 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 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;
4. 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
ATTI 2021 – 1.1.5/1.1 del 14.04.2014



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 239 del 15 APR. 2021

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 16 APR. 2021 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n. 1 allegato.

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

Stefania Tripodi

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Milano, lì _____

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto



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 2021



DOTT. ARTURO CANIGLIA

RISK MANAGER

ASST PINI-CTO



INDICE

1. Premessa.....	3
2. Sintesi del contesto dell'ASST in riferimento agli elementi acquisiti con e-mail il data 19-12-2020 n. protocollo regionale G1.2021.0002680 del 19/01/2021	3
3. Obiettivi generali, linee di intervento, azioni di miglioramento e risultati attesi.....	7
4. Attuazione dei progetti operativi	7
4.1 OBIETTIVO 1: Formalizzare ed adottare una nuova procedura per la gestione del sangue degli emoderivati e l'applicazione del <i>Patient Blood Management</i> (PBM).....	8
4.2 OBIETTIVO 2: Formalizzare ed adottare una specifica procedura per la gestione delle terapie farmacologiche in reparto/ambulatori/servizi di supporto e del Foglio Unico di Terapia Farmacologica (FUTF) seguendo gli indirizzi della raccomandazione ministeriale n.19" <i>La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestiti.....</i>	8
4.3 OBIETTIVO 3: Gestione del paziente COVID-19 mantenere alta l'attenzione sui processi di accettazione, cura e dimissione dei pazienti relativamente al rischio infezione da SARS-Cov- 2 e seguendo le linee guida aggiornate dall' ISS e degli organi preposti.	
5. Altre attività da implementare in adempimento alle linee guida 2020-2021 inerenti le attività di risk management.....	9
6. Eventi formativi risk management anno 2021	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, in ottemperanza alla Deliberazione Regionale XI/2672 del 16 dicembre 2019 “Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario 2020” par.6.12 “Area Risk Management” ed alla Deliberazione Regionale X/2989 del 23 dicembre 2014, è parte integrante per il Miglioramento della Organizzazione della ASST PINI-CTO.

Nel redigere il documento programmatico PARM 2021, 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.
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 2021

Di seguito sono riferite per le “aree tematiche” delle linee guida risk management 2021 acquisite con documento n. protocollo regionale G1.2021.0002680 del 19/01/2021, 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 2021.

Stato dell’arte delle raccomandazioni ministeriali

Raccomandazione	Stato dell’arte	Azioni e/o obiettivi per il 2021
1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;	Formalizzata ed adottata una specifica procedura (monitoraggio effettuato dal Servizio Farmaceutico).	- Aggiornamento della Procedura. - Monitoraggio.
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico.	Formalizzata una specifica procedura e relativa modulistica (monitoraggio effettuato dai coordinatori del blocco operatorio).	- Utilizzo della nuova modulistica aggiornata nel 2019 e rivista nel 2020 per i due presidi. - Monitoraggio.
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	- Utilizzo della check list sala operatoria unica per la ASST In recepimento delle indicazioni regionali della



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni e/o obiettivi per il 2021
	delle check list e rendicontazione annuale)	check list 2.0. - Monitoraggio.
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.	Adozione della procedura per la gestione del paziente a rischio suicidio.	- Monitoraggio.
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0.	Formalizzata ed adottata una specifica procedura.	- Revisione del protocollo con implementazione del PBM (patient blood management) - Monitoraggio. OBIETTIVO 1
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.	Formalizzata ed adottata una specifica procedura per le gestione delle terapie farmacologiche in reparto/ambulatori e Foglio Unico di Terapia Farmacologica (FUTF)	- Aggiornamento della procedura. - Monitoraggio.
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	Formalizzata ed adottata una specifica procedura per la segnalazione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	- Monitoraggio delle segnalazioni inviate con il Mod. 01 del P/100 "Gestione della violenza contro operatori" - Evento Formativo per operatori. - Monitoraggio.
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 (applicativo GAEM)	- Monitoraggio.
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Ad oggi è una formalizzata adotta procedura dedicata	- Monitoraggio.
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 del paziente. Attivo trasporto interno per paziente da e verso il blocco con operatori dedicati dal 2019	- Valutazione della procedura ed eventuale revisione. - Monitoraggio.
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" LASA.	Presente procedura dedicata.	- Monitoraggio
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.	Presente procedura aziendale (P/40) con definizione dei pazienti a rischio di caduta e relative rivalutazioni nel corso del ricovero.	- Revisione del protocollo e della modulistica dedicata. - 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.	Presente Procedura aziendale triage di PS (P.O-CTO) e Servizio Traumatologico di Urgenza (P.O-PINI)	- Monitoraggio.



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni e/o obiettivi per il 2021
17. Riconciliazione della terapia farmacologica.	Formalizzata specifica procedura (P/102)	Rivalutazione della procedura e possibile revisione. - Monitoraggio.
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Nel 2020 è stata rivista la documentazione della prima classificazione per la standardizzazione di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli in uso c/o l'ASST.	Diffondere e verificare l'utilizzo della procedura aziendale sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali della ASST.
19. La <i>manipolazione</i> delle forme farmaceutiche orali solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita	La raccomandazione non risulta ancora implementata.	- Predisporre la nuova procedura tenendo conto della raccomandazione. - Monitoraggio. Obiettivo 2

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, difatti Regione Lombardia si era fatta promotrice di una campagna di lotta alla sepsi sin dall'anno 2013.

Nel 2021 sarà necessario riprendere la procedura sulla gestione della sepsi aggiornandola secondo nuove linee guida e organizzando incontri a tema per medici e infermieri. In particolare ci si concentrerà sui criteri di riconoscimento precoce della sepsi nei reparti di degenza, poiché non essendo i Presidi sede di PS/DEA, difficilmente giungerà al Servizio Traumatologico d'urgenza un paziente con quadro di sepsi/shock settico in atto.

Verrà inoltre aggiornata la procedura sulla profilassi antibiotica perioperatoria con il supporto dei consulenti Infettivologi.

Potranno essere condotti audit documentali sulle cartelle cliniche per quel che concerne le criticità emerse nell'anno 2020.

Il CIO presidierà, per quanto di competenza le attività.

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 implementato nell'anno 2021.

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 2020 e delle osservazioni sul campo con peer review nel 2019, ha permesso di tracciare e pianificare le opportune azioni correttive per gli ambiti in cui è stata rilevata la difformità.

In merito alla sicurezza in sala operatoria è stata revisionata la check list di sala operatoria che sarà resa unica nei due presidi - Recepimento delle indicazioni regionali della check list 2.0.



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

La tracciabilità dell'esposizione alle radiazioni avviene registrando su referto la classe della prestazione. Di seguito la legenda delle Dosi in uso: Classe I < mSv, Classe II 1-5 mSv; Classe III 5-10 mSv; Classe IV >1° mSv,

Rischi in ambito di Continuità Assistenziale

La scheda di continuità assistenziale (SCA) rappresenta uno strumento indispensabile per la valutazione dei pazienti che accedono in struttura per essere curati/assistiti, la compilazione dei valori di rischio degli ambiti definiti (valutazione sociale, valutazione rischio cadute, scala di brass, ecc) rappresenta un importante parametro di misurazione, anche per il buon esito della dimissione/percorso di cura, dopo la fase acuta della malattia o della fase riabilitativa.

Anche per il 2021 sarà misurata in cartella clinica la presenza del documento (campione pari all'1% del totale dei ricoveri dell'anno).

Violenza a danno degli operatori

Rischio in Pronto Soccorso, reparti e servizi front office.

E' opportuno analizzare i dati relativi ai casi "critici" registrati nell'anno 2020.

Nel 2021 sarà somministrata la SURVEY dedicata a tutto il personale, inoltre sarà programmato e tenuto almeno un corso dedicato.

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 operative risk management 2021).

ASST/IRCS	
RAGGR.1 ASST SETTE LAGHI, ASST VALLE OLONA, ASST LARIANA, ASST VALTELLINA E ALTO LARIO, ASST VALLE CAMOONICA	RAGGR.2 ASST LECCO, ASST PAVIA, ASST VIMERCATE, ASST MONZA, IRCCS S.MATTEO
RAGGR.3 ASST BRESCIA, ASST FRANCIACORTA, ASST GARDA, ASST CREMONA, ASST CREMA, ASST PAPA GIOVANNI XXIII, ASST BERGAMO OVEST, ASST BERGAMO EST, ASST MANTOVA	RAGGR.4 ASST OVEST MILANESE, ASST LODI, ASST FBF E SACCO, ASST NIGUARDA, ASST NORD MILANO, ASST SANTI PAOLO E CARLO, ASST RHODENSE, ASST MELEGANO E MARTESANA, IRCCS TUMORI, IRCCS BESTA, IRCCS POLICLINICO MILANO, ASST G.PINI

Nel 2021 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 in azienda professionisti da formare sfruttando la rete regionale dei mediatori attivando quindi lo scambio degli operatori nel caso di necessità nelle équipe 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).



URP/Comunicazione/Risk Management

Durante l'anno 2021 sarà programmata la revisione il processo di "gestione dei reclami" al fine di definire le modifiche da apportare sulla procedura in uso.

Nel 2021, continua l'adozione dello strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri "GE.DI.S.S.", al fine di rendere più agevole la gestione dei sinistri e, allo stesso tempo, sarà maggiormente efficace, l'attività amministrativa di istruttoria e conclusione dei procedimenti.

Sarà da valutare nel 2021 l'analisi dei sinistri del 2020 per aggiornare la mappatura del rischio clinico implementata nell'ASST per la definizione delle aree prioritarie 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 2021 sarà coinvolto nelle seguenti attività per un consolidamento funzionale del Servizio:

- Partecipazione ai corsi dedicati.
- 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 2019-2020 e successive, 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. Dal mese di gennaio 2021 è possibile segnalare gli incident reporting da piattaforma dedicata (ARCHIFLOW); la rete referenti interni del rischio clinico, nominati con delibera n. 497 del 17 settembre 2020, saranno coinvolti in corsi di formazione e riceveranno il supporto del risk manager aziendale. Nell'anno 2021 verranno rivalutate le nomine dei referenti del rischio clinico.
2. Introdurre la check list sala operatoria unica per la ASST - Recepimento delle indicazioni regionali della check list 2.0.
3. Aumentare l'adesione alla compilazione della modulistica in tutte le UU.OO. della ASST relativa alla scheda di ricognizione - riconciliazione della terapia farmacologica rispetto all'anno 2020.
4. Diffondere e verificare l'utilizzo della procedura aziendale sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali.

4. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI

Come evidenziato, al punto "obiettivi generali e linee di intervento", di seguito proponiamo i progetti operativi elaborati per ottemperare alle 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 2021.

4.1 OBIETTIVO 1: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA NUOVA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL SANGUE E DEGLI EMOderivati E L'APPLICAZIONE DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM)



4.1 OBIETTIVO 1: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA NUOVA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL SANGUE E DEGLI EMODERIVATI E L'APPLICAZIONE DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM)

Motivazione della scelta: Gestire le scarse risorse di sangue è ormai un obiettivo primario riconosciuto non solo a livello internazionale ma anche nazionale, regionale e locale (si pensi ad esempio al progetto pilota nazionale avviato dal Centro Nazionale Sangue proprio in chirurgia ortopedica maggiore fin dal 2013, in linea con la Risoluzione WHA63.12 del 21.05.2010 dell'Organizzazione Mondiale della Salute, <http://pbm.centronazionalesangue.it/pagine/patient-blood-management-italia.html>). Inoltre dai dati rilevati nell'anno 2020 è emerso che la richiesta di emazie concentrate (EC) ed emoderivati risulta essere elevata rispetto ai valori medi di emoglobina (HB) dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di tipo ortopedico, ed a fronte delle richieste formulate nell'anno la terapia trasfusionale non risulta applicata in circa il 20% dei pazienti per cui viene richiesta (con conseguente valutazione di inappropriatezza).

Obiettivo specifico: Implementare un protocollo per indirizzare e favorire la cultura del Patient Blood Management (PBM) che risulta essere una strategia multidisciplinare e multimodale che mette al centro la salute e la sicurezza del paziente migliorando i risultati clinici basandosi sulla risorsa sangue dei pazienti stessi. E' noto che questo tipo di approccio riduce in modo significativo l'utilizzo dei prodotti del sangue, affrontando tutti i fattori di rischio trasfusionale modificabili ancor prima che sia necessario prendere in considerazione il ricorso alla terapia trasfusionale stessa. Prevenzione della trasfusione evitabile.

Strumenti utilizzati: Introdurre un nuovo protocollo con la valenza di strumento che, sulla base dei dati clinici del paziente, possa supportare il medico nel processo decisionale, riducendo inappropriatezza, o anche "maggiori costi/sprechi" valutabili anche in connessione ad iniziative di medicina difensiva. Il documento di monitoraggio semestrale sull'andamento delle richieste dei consumi di sangue ed emoderivati fornito dal COBUS (Comitato Buon Uso del Sangue) servirà per valutare l'applicazione del nuovo protocollo.

4.2 OBIETTIVO 2: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LE GESTIONE DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE IN REPARTO/AMBULATORI/SERVIZI DI SUPPORTO E DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA FARMACOLOGICA (FUTF) SEGUENDO GLI INDIRIZZI DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 19 "LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE, QUALORA SI RENDA NECESSARIA, CAUSA ERRORI IN TERAPIA SE NON CORRETTAMENTE GESTITI"

Motivazione della scelta: La gestione della terapia farmacologica rappresenta una criticità che se non regolamentata pone a rischio il paziente che per necessità assume farmaci di qualsiasi classe farmaceutica, forma, composizione, costituzione, e tipo di somministrazione indicata e/o raccomandata.

Tutte le fasi che precedono l'assunzione della terapia da parte del paziente potrebbero rappresentare una criticità dal momento che si sa che molti pazienti con età > di 65 anni assumono fino a 9 farmaci al giorno; una gestione ottimale dei farmaci può garantire la riduzione di eventi avversi. Da non escludere la somministrazione dei farmaci ai pazienti pediatrici.

Obiettivo specifico: Aggiornare la nuova procedura "Gestione dei farmaci all'interno delle UO di degenza, ambulatori e servizi", tenendo conto che la gestione dei farmaci LASA risulta essere stata predisposta dal servizio di farmacia.

Unificare le procedure e accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari (anche in riferimento alla legge n. 24/2017 art. 1 comma 2 e comma 3 sulle attività di prevenzione messe in atto dalle Strutture ma a cui è tenuto a concorrere tutto il personale, e al modello ISO 9001:2015 Rif. 7.3 Consapevolezza delle persone che svolgono attività lavorativa sotto il controllo dell'organizzazione) al fine di migliorare la prescrizione, la preparazione, la somministrazione, il monitoraggio, la tracciabilità, la gestione compresa la mappatura e lo stoccaggio; garantendo l'adesione alle seguenti Raccomandazioni Ministeriali:



a. n.7. Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti.

b. n.19. La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita.

Predisporre o acquisire un nuovo modello di FUTF cartaceo pensando ad una conversione in formato elettronico da sperimentare in 2 o 3 UU.OO/Servizi di supporto nell'anno 2021.

Strumenti utilizzati: predisposizione e utilizzo di una check list specifica per mappare le diverse tipologie di futf in uso presso le UU.OO/servizi della ASST e trarre evidenze utili per una maggiore omogeneizzazione/standardizzazione, considerando che il nuovo modello sperimentale dovrà tener conto delle raccomandazioni ministeriali richiamate alle lettere a, b; linee guida di riferimento e documenti di indirizzo.

4.3 OBIETTIVO 3: GESTIONE DEL PAZIENTE COVID-19; MANTENERE ALTA L'ATTENZIONE SUI PROCESSI DI ACCETTAZIONE, CURA E DIMISSIONE DEI PAZIENTI RELATIVAMENTE AL RISCHIO INFEZIONE DA SARS-COV-2 E SEGUENDO LE LINEE GUIDA AGGIORNATE DALL'ISS E DEGLI ORGANI PREPOSTI.

Motivazione della scelta: Presidiare l'attività sanitaria per garantire la sicurezza del paziente e degli operatori durante triage, ricovero, trattamento diagnostico/terapeutico e dimissione, affidando il paziente al giusto percorso al fine di garantire cure sicure e la giusta allocazione.

Obiettivo specifico: valutazione di tutti i pazienti in ingresso che dovranno essere sottoposti ad intervento chirurgico o a cure mediche specialistiche effettuando un percorso dedicato iniziando dall'anamnesi già al primo contatto con il sanitario di riferimento sia per pazienti che accedono in urgenza, sia per pazienti che accedono da lista di attesa. Garantire la dimissione in sicurezza verso domicilio o altri percorsi di cura.

Strumenti utilizzati

Modulo anamnesi dedicato per intervista telefonica, strumenti di telemedicina, se disponibili.

5. ALTRE ATTIVITÀ IMPLEMENTATE IN ADEMPIMENTO ALLE LINEE GUIDA 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 dell'anno 2019/2020 anche per l'anno 2021

A tal fine sono considerati i seguenti documenti:

- Adozione del Consenso Informato ai Trattamenti Diagnostici e Terapeutici;
- Adozione della Check List sicurezza in sala operatoria.
- Check List Paziente 2.0 (nuova introduzione 2021).
- Utilizzo della cartella Anestesiologica introdotta nell'anno 2019

Nel corso del 2021, inoltre, saranno condotte e monitorate le seguenti attività:

- Monitoraggio semestrale su un campione di cartelle di ricoveri attivi (3 cartelle per UO a semestre) in merito a :
 - a. Utilizzo sistematico delle Schede di Continuità Assistenziale (SCA)
 - b. Utilizzo sistematico check list sicurezza in sala operatoria
 - c. Modalità di utilizzo del foglio unico di terapia farmacologica e mappatura delle tipologie in uso in ASST
 - d. Utilizzo della cartella Anestesiologica
 - e. Utilizzo della nuova cartella infermieristica introdotta nell'anno 2020
 - f. Utilizzo della scheda per la ricognizione/riconciliazione farmacologica.

Il progetto di Regione Lombardia denominato GE.DI.SS.(Gestione Digitale Sinistri Sanitari); Deliberazione del Direttore Generale n° 693 del 14/12/2018, prosegue per il 2021.



Realizzazione di un sistema “cruscotto per il governo clinico aziendale” per la raccolta e l’analisi relative al Rischio infettivo, compresa la gestione della emergenza COVID, prendendo come riferimento gli items contenuti nel documento “Linee Operative Risk Management in Sanità - anno 2021” e le linee di indirizzo per i controlli interni durante l’emergenza da COVID-19 deliberate dalla Corte dei Conti (Delibera n.18/SEZAUT/2020/INPR), in accordo con la Direzione sanitaria e le DMP

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 anche in vista della introduzione del nuovo consenso informato.

6. EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2021

Le attività formative specifiche per il 2021 sono relative a:

- Formazione per referenti del rischio clinico dell’ASST
- Le raccomandazioni Ministeriali e strumenti per la gestione del rischio clinico in ASST

Si conferma, altresì, la disponibilità del RM ad organizzare ulteriori corsi di formazione, anche con il supporto del broker aziendale, 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
Risk Manager

ASST CENTRO SPECIALISTICO
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI CTO
RISK MANAGER
DOTT. ARTURO CANIGLIA

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

SCHEMA PROGETTO 1 - ANNO 2021

ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini- CTO		
Risk Manager	Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA NUOVA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL SANGUE E DEGLI EMOERIVATI E L'APPLICAZIONE DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM)		
2. Motivazione della scelta	Gestire le scarse risorse di sangue è ormai un obiettivo primario riconosciuto non solo a livello internazionale ma anche nazionale, regionale e locale (si pensi ad esempio al progetto pilota nazionale avviato dal Centro Nazionale Sangue proprio in chirurgia ortopedica maggiore fin dal 2013, in linea con la Risoluzione WHA63.12 del 21.05.2010 dell'Organizzazione Mondiale della Salute, http://pbm.centronazionale sangue.it/pagine/patient-blood-management-italia.html). Inoltre dai dati rilevati nell'anno 2020 è emerso che la richiesta di emazie concentrate (EC) ed emoderivati risulta essere elevata rispetto ai valori medi di emoglobina (HB) dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di tipo ortopedico, ed a fronte delle richieste formulate nell'anno, la terapia trasfusionale non risulta applicata in circa il 20% dei pazienti per cui viene richiesta (con conseguente valutazione di inappropriatazza		
3. Area di RISCHIO			
se ALTRO, specificare:	Buon uso del sangue in linea con la Risoluzione WHA63.12 del 21.05.2010 dell'Organizzazione Mondiale della Salute		
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Presidio Pini- Presidio CTO - Polo Fanniy Finzi Ottolenghi di via Isocrate		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Implementare un protocollo per indirizzare e favorire la cultura del Patient Blood Management (PBM) che risulta essere una strategia multidisciplinare e multimodale che mette al centro la salute e la sicurezza del paziente migliorando i risultati clinici basandosi sulla risorsa sangue dei pazienti stessi. E' noto che questo tipo di approccio riduce in modo significativo l'utilizzo dei prodotti del sangue, affrontando tutti i fattori di rischio trasfusionale modificabili ancor prima che sia necessario prendere in considerazione il ricorso alla terapia trasfusionale stessa. Prevenzione della trasfusione evitabile		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Nuovo protocollo per gestire al meglio la risorsa di sangue del paziente e da donatore sia nel pre che nel post intervento in chirurgia ortopedica maggiore.		
9. Strumenti e metodi	Introdurre un nuovo protocollo con la valenza di strumento che, sulla base dei dati clinici del paziente, possa supportare il medico nel processo decisionale, riducendo inappropriatazza, o anche "maggiori costi/sprechi" valutabili anche in connessione ad iniziative di medicina difensiva. Il documento di monitoraggio semestrale sull'andamento delle richieste dei consumi di sangue ed emoderivati fornito dal COBUS (Comitato Buon Uso del Sangue) servirà per valutare l'applicazione del nuovo protocollo.		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Implementazione della procedura per la gestione del PBM	Pubblicazione sulla rete della nuova procedura.	
	Presenza della documentazione in cartella Clinica	Presenza del ≥ 90% della modulistica di riferimento in cartella clinica dal momento della introduzione.	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

SCHEMA PROGETTO 2 - ANNO 2021

ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini- CTO		
Risk Manager	Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LE GESTIONE DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE IN REPARTO/AMBULATORI/SERVIZI DI SUPPORTO E DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA FARMACOLOGICA (FUTF) SECONDO GLI INDIRIZZI DELLA RACCOMANDAZIONE		
2. Motivazione della scelta	La gestione della terapia farmacologica rappresenta una criticità che se non regolamentata pone a rischio i paziente che per necessità assume farmaci di qualsiasi classe farmaceutica, forma, composizione, costituzione, e tipo di somministrazione indicata e/o raccomandata.		
3. Area di RISCHIO	Rischio Farmaci		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Presidio Pini- Presidio CTO - Polo Fanniy Finzi Ottolenghi di via Isocrate		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	<p>Aggiornare la nuova procedura "Gestione dei farmaci all'interno delle UO di degenza, ambulatori e servizi", tenendo conto che la gestione dei farmaci LASA risulta essere stata predisposta dal servizio di farmacia. Unificare le procedure e accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari (anche in riferimento alla legge n. 24/2017 art. 1 comma 2 e comma 3 sulle attività di prevenzione messe in atto dalle Strutture ma a cui è tenuto a concorrere tutto il personale, e al modello ISO 9001:2015 Rif. 7.3 Consapevolezza delle persone che svolgono attività lavorativa sotto il controllo dell'organizzazione) al fine di migliorare la prescrizione, la preparazione, la somministrazione, il monitoraggio, la tracciabilità, la gestione compresa la mappatura e lo stoccaggio; garantendo l'adesione alle seguenti raccomandazioni: Raccomandazioni Ministeriali:</p> <p>a. n.7. Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti.</p> <p>b. n.19. La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita.</p> <p>Predisporre o acquisire un nuovo modello di FUTF cartaceo pensando ad una conversione in formato elettronico da sperimentare in 2 o 3 UU.OO/Servizi di supporto nell'anno 2021.</p>		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Implementazione in tutte le UU.OO/ambulatori e servizi della ASST, del nuovo protocollo e del relativo foglio unico di terapia farmacologica, che permetterà la tracciabilità delle terapie assunte dai pazienti al momento del ricovero/presa in carico, tale documento sarà parte integrante della documentazione sanitaria.		
9. Strumenti e metodi	predisposizione e utilizzo di una check list specifica per mappare le diverse tipologie di FUTF in uso presso le UU.OO/servizi della ASST e trarre evidenze utili ad una maggiore omogeneizzazione/standardizzazione, considerando che il nuovo modello sperimentale dovrà tener conto delle raccomandazioni ministeriali richiamate alle lettere a, b; linee guida di riferimento e documenti di indirizzo.		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Implementazione della procedura gestione delle terapie farmacologiche in reparto/ambulatori/servizi di supporto	Pubblicazione sulla rete della nuova procedura per la gestione delle terapie farmacologiche in	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

	Presenza della documentazione in cartella Clinica	Presenza in cartella \geq al 90% della modulisca allineata ai criteri predefinite delle aree specialistiche della ASST.	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

SCHEDA PROGETTO 3 - ANNO 2021

ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini- CTO		
Risk Manager	Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	GESTIONE DEL PAZIENTE COVID-19		
2. Motivazione della scelta	Presidiare l'attività sanitaria per garantire la sicurezza del paziente e degli operatori durante triage, ricovero, trattamento diagnostico/terapeutico e dimissione, affidando il paziente al giusto percorso al fine di garantire cure sicure e la giusta allocazione		
3. Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsì		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Presidio Pini- Presidio CTO - Polo Fanniy Finzi Ottolenghi di via Isocrate		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	<p>valutazione di tutti i pazienti in ingresso che dovranno essere sottoposti ad intervento chirurgico o a cure mediche specialistiche effettuando un percorso dedicato iniziando dall'anamnesi già al primo contatto con il sanitario di riferimento sia per pazienti che accedono in urgenza, sia per pazienti che accedono da lista di attesa. Garantire la dimissione in sicurezza verso domicilio o altri percorsi di cura.</p>		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Garantire la sicurezza delle cure e la disponibilità dei posti letto ai pazienti che si rivolgono alla ASST.		
9. Strumenti e metodi	Modulo anamnesi dedicato per intervista telefonica, strumenti di telemedicina se disponibili		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Implementazione di uno strumento che permetta all'organizzazione di rendere appropriata la presa in carico del paziente e garantire la continuità del percorso di cura	Pubblicazione sulla rete intranet della nuova procedura/istruzione operativa.	
	Dare evidenza nella cartella Clinica	Presenza ≥ 90 % della modulistica di riferimento.	