



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 247 del 27 APR. 2023

OGGETTO: Adozione del Piano Annuale 2023 delle attività di Risk Management

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA PAOLA LATTUADA

**SU PROPOSTA DEL
RESPONSABILE AD INTERIM DELLA UOS QUALITA' E RISK MANAGEMENT**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 27 APR. 2023 allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Responsabile a.i.
UOS Qualità e Risk Management
Dr. Tudor Draghici

ATTESTAZIONE COPERTURA ECONOMICA

Si attesta la regolarità contabile, la copertura economica e l'imputazione a bilancio degli oneri/introiti derivanti dal presente provvedimento con annotazione:

- il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale.

Il Direttore UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 247 del 27 APR. 2023

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 n. XI/4538 del 15/04/2021 di nomina della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Gaetano Pini-CTO per il periodo 19/04/2021 - 18/04/2024;
- la deliberazione aziendale n. 240 del 19/04/2021 di presa d'atto della predetta DGR XI/4538/2021 e di insediamento dal 19/04/2021 sino al 18/04/2024 della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'ASST G. Pini-CTO;

Premesso che, con Circolare Regionale n. 46/SAN/2004 del 27/12/2004, Regione Lombardia ha fornito gli indirizzi programmatici in materia di gestione del rischio sanitario;

Vista la nota regionale n.G1.2023.0003393 del 30/01/2023, con la quale 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 2023;

Considerato che la programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2023 costituisce strumento per misurare e gestire il rischio mediante la predisposizione di nuovi progetti e la prosecuzione dei progetti dell'anno precedente, in ossequio alle raccomandazioni ministeriali;

Preso Atto che l'UOS Qualità e Risk Management, 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;

Dato atto che, come attestato dalla componente UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità, il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del Bilancio aziendale;

Ritenuto di adottare il Piano Annuale 2023 delle attività di Risk Management, elaborato dalla UOS Qualità e Risk Management, in conformità alle prescrizioni di cui alle Linee guida regionali, che, unitamente alle allegato schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

Viste:

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile della UOC proponente;
- l'attestazione di regolarità contabile da parte del Responsabile della UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità;

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;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 247 del 27 APR. 2023

DELIBERA

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

1. di adottare il Piano Annuale 2023 delle attività di Risk Management, elaborato dalla UOS Qualità e Risk Management, in conformità alle prescrizioni di cui alle Linee guida regionali, che, unitamente alle allegate schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di disporre la trasmissione del presente provvedimento alla competente Direzione Generale Welfare a cura della UOS Qualità e Risk Management;
3. di dare incarico alla UOS Qualità e Risk Management di predisporre una scheda per ciascun progetto previsto dal Piano, con indicazione del relativo responsabile, incaricato del controllo e della rendicontazione trimestrale secondo indicatori di monitoraggio appositamente elaborati;
4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;
5. 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;
6. 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.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Paola GIULIANI)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Anna Maria MAESTRONI)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Luca Marcello MANGANARO)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Paola LATTUADA)

Firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Servizio- Risk Management

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento ex l. 241/90: Dr. Tudor Draghici

Pratica trattata da: Dott. Arturo Caniglia - incarico di funzione organizzativa Gestione del Rischio

ATTI n. 2022-1.1.5/1.1



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 247 del 27 APR. 2023

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 27 APR. 2023 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n. 3 allegati.

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

Stefano Cipolatti

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo
Milano, li _____

UOC Affari Generali 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 2023



DR. TUDOR DRAGHICI

RESPONSABILE AD INTERIM UOS QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

ASST PINI-CTO



INDICE

1	PREMESSA.....	3
2	SINTESI DEL CONTESTO DELL'ASST IN RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA REGIONALI.....	3
3	OBIETTIVI GENERALI, LINEE DI INTERVENTO, AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RISULTATI ATTESI	10
4	ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI	11
4.1	PROGETTO 1: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SCOMPENSO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE ED ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI ANCHE NEL PAZIENTE CRITICO.	11
4.2	PROGETTO 2: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL QUADRO CLINICO COMPLESSIVO DEL PAZIENTE SETTICO APPLICANDO LA SCALA DI RIFERIMENTO "MODIFIED EARLY WARNING SCORE" (MEWS) E NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS)	12
5	ALTRE ATTIVITÀ IMPLEMENTATE IN ADEMPIMENTO ALLE LINEE GUIDA INERENTI LE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT	12
6	EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2023.....	13



1 PREMESSA

L' ASST "Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO" nasce dalla fusione per incorporazione fra l'ex Azienda Ospedaliera "Istituto Ortopedico Gaetano Pini" e il Presidio Ospedaliero "Centro Traumatologico Ortopedico (CTO)", che afferiva all'ex Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento, centri di eccellenza dell'ortopedia nazionale ed europea. La nuova Azienda è stata costituita dalla Regione Lombardia, a decorrere dal 1° gennaio 2016, con DGR n. X/4475 del 10/12/2015, in attuazione della L.R. n.23/2015.

Il presente documento è stato predisposto in ottemperanza alla legge regionale 14 dicembre 2021 - n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", nello specifico si richiama l'art.6 (modifiche all'art. 5 della R.L. 33/2009) lettera r "al comma 11 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: *"e il continuo miglioramento della sicurezza degli operatori e dei pazienti anche attraverso i potenziamento delle funzioni del centro regionale per la gestione del rischio clinico"*, è parte integrante per il Miglioramento della Organizzazione della ASST PINI-CTO.

Per la redazione del documento programmatico PARM 2023, ci si è posti gli obiettivi di:

1. Migliorare il controllo delle infezioni correlate all'assistenza con particolare focus alla lotta alla sepsi e alla prevenzione dell'antibiotico resistenza.
2. Prevenire e gestire il rischio malnutrizione e il rischio di scompenso idro-elettrolitico.
3. Migliorare il processo di gestione complessiva del farmaco (la prescrizione, la preparazione, la somministrazione, il monitoraggio, la tracciabilità, la gestione compresa la mappatura e lo stoccaggio)
4. Migliorare la presa in carico dei bisogni assistenziali dei pazienti. Valutare tutti i bisogni assistenziali dei pazienti in ingresso che dovranno essere sottoposti ad intervento chirurgico o a cure mediche specialistiche effettuando un percorso dedicato iniziando dalla presa in carico 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 secondo quanto indicato nella Procedura P/72" Pianificazione delle dimissioni" per garantire la dimissione in sicurezza verso domicilio o altri percorsi di cura.
5. Rafforzare e perfezionare la cultura della sicurezza e la gestione dei rischi nell'azienda ASST Pini CTO.

2 SINTESI DEL CONTESTO DELL'ASST IN RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA REGIONALI

Di seguito sono riferite per le "aree tematiche" delle linee guida risk management 2023 acquisite con documento n. protocollo regionale G1.2023.0003393 del 30/01/2023, lo stato dell'arte e le attività previste dalla ASST 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 2023.

Stato dell'arte delle raccomandazioni ministeriali

Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2023
1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;	Procedura P/22" "Gestione delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio e di preparati ad elevato contenuto di potassio"	- Revisione ed implementazione della nuova della Procedura	- Eliminazione elettroliti concentrati dai reparti e introduzione di soluzioni diluite pronte. - Monitoraggio
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.	Procedura IO/03 " Seduta Operatoria" specifica procedura e relativa modulistica nell'anno 2019 (monitoraggio effettuato dai coordinatori del blocco operatorio).	Valutazione ed eventuale revisione della procedura in uso da oltre 3 anni.	- Monitoraggio compilazione della documentazione cartacea. Progettare la digitalizzazione dei moduli in uso
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.	Procedura P/71 "Identificazione del paziente presso l'ASST Pini/CTO" Procedura P/42 "Check list sicurezza in sala operatoria"	- Applicazione della check list 2.0. predisposta e sperimentata nell'anno 2021 secondo regole regionali e compilazione in almeno n. 5 procedure chirurgiche/anno per ogni distretto anatomico	Migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.	Procedura P/104 " Prevenzione di suicidio di paziente in ospedale"	- Aggiornamento della procedura	Sensibilizzare il personale sanitario al riconoscimento del rischio suicidario
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0.	Procedura P/70 " Trasfusione di sangue ed emocomponenti e loro reazioni avverse (reazioni trasfusionali)"	- Applicazione e monitoraggio con Cobus (Comitato Buon Uso del Sangue)	-Ridurre il numero di richieste inappropriate di sangue ed



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2023
			emoderivati almeno del 20% rispetto al 2022 e monitoraggio
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.	Procedura P/23 "Gestione dei farmaci all'interno delle UU.OO di degenza, ambulatori e servizi" Foglio Unico di Terapia mod. 532 rev.3	- Implementazione del nuovo foglio unico di terapia(FUTF) e monitoraggio).	- Migliorare la sicurezza della gestione del farmaco
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	Procedura P19_A0961_RRMM_PA100_Mod001 "Segnalazione aggressioni"	- Aggiornamento della procedura	Promuovere la segnalazione delle aggressioni al personale sanitario attraverso l'utilizzo di un modulo digitalizzato
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici apparecchi elettromedicali.	Procedura PS-SIC-05 "Procedura specifica verifiche interne per la gestione apparecchiature elettromedicali"	Implementazione della procedura individuata	- Migliorare la gestione dei dispositivi medici e elettromedicali
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura P/103 "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati"	Implementazione della procedura.	Promuovere la valutazione del rischio di osteonecrosi nell'utilizzo di bifosfonati
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).	Procedura P/03 "Gestione dei trasferimenti interni ed esterni all'azienda"	-Revisione della procedura.	-Migliorare la sicurezza dei trasporti (intraospedaliero, extraospedaliero).
12. Prevenzione degli errori in terapia con	Procedura PS FAR 05 "Gestione Farmaci LASA"	- Implementazione di un alert	Migliorare la riconoscibilità



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2023
farmaci "look-alike/sound-alike" LASA.		(simbolo adesivo dedicato su confezione) per la riduzione del rischio di errore Distribuzione elenco aggiornato farmaci LASA, e consegna farmaci dal servizio di farmacia provvisti di fustella alert - Monitoraggio semestrale a cura del servizio farmacia	dei farmaci "look-alike/sound-alike" LASA.
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.	Procedura P/40 "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale"	- Revisione della procedura e ricostituzione del GAD (gruppo aziendale dedicato).	- Promuovere la segnalazione delle cadute in ospedale
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 PRS 004 "Triage infermieristico nel PS"	- Revisione della procedura a seguito della introduzione delle nuove linee guida deliberazione regionale n° XI/6893 seduta del 05/09/2022.	- Implementare il nuovo sistema di triage regionale
17. Riconciliazione della terapia farmacologica.	Procedura (P/102) "Ricognizione/Riconciliazione farmacologica"	- Revisione della procedura.	Promuovere il processo di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica in Azienda
18. Prevenzione degli	Procedura TAB. 01	- Verificare	Standardizzare l'



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2023
errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	"Tabella Aziendale Acronimi" la classificazione per la standardizzazione di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli in uso c/o l'ASST.	l'utilizzo della procedura sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali della ASST.	utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.
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.	- Redazione di nuova procedura	Limitare ed , eventualmente, standardizzare e la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide

Aree di rischio prioritarie applicabili

Infezioni-Sepsi

La sepsi rappresenta una condizione clinica grave, 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, così come indicato da Regione Lombardia, promotrice della campagna di lotta alla sepsi.

Nel 2023 è necessario riprendere la procedura sulla gestione della sepsi già trattata nel 2021 e nel 2022 aggiornandola secondo nuove linee guida e organizzando incontri a tema per medici e infermieri. In particolare sono da sviluppare sui criteri di riconoscimento precoce della sepsi nei reparti di degenza.

Il portale dedicato alla segnalazione delle infezioni in ASST (Monitoraggio Infezioni), attivato nel 2022 sarà aggiornato nel 2023 secondo le indicazioni suggerite dai clinici durante il primo incontro del 2023 del Comitato Infezioni Correlato all'Assistenza (CICA) previa formazione di tutto il personale sanitario dei reparti e degli ambulatori/servizi.

E' da aggiornare la procedura sulla profilassi antibiotica perioperatoria con il supporto dei consulenti infettivologi e sono da predisporre documenti guida tascabili per medici (prescrittori) e infermieri (somministratori), inoltre sono da organizzare giornate di formazione dedicate.

Sono previsti audit documentali sulle cartelle cliniche per quel che concerne le criticità emerse nell'anno 2022.

Il CICA coordina, per quanto di competenza, le attività; il piano di miglioramento dell'anno 2023 si integra con l'attività di Risk Management come da linee guida regionali (RISCHIO INFEZIONI-SEPSI).



A tal proposito sono condotti incontri dove sono presenti i componenti del CICA e i componenti del Comitato Gestione del Rischio (CGR).

Sicurezza del paziente in sala operatoria

Dopo aver analizzato il documento "Check List Sicurezza Sala Operatoria" in uso presso l'ASST, nell'anno 2022 è stato prodotto un nuovo documento che è da implementarsi nell'anno 2023.

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 2022 e le osservazioni rilevate sul campo hanno permesso di tracciare e pianificare le opportune azioni correttive per gli ambiti in cui è stata rilevata la difformità; a tal proposito nell'anno 2022 e nei primi mesi del 2023 sono stati condotti ulteriori audit nel blocco operatorio mettendo in campo azioni di miglioramento. Anche nell'ambito del percorso della sterilizzazione, per l'anno 2023, sono state pianificate azioni per il miglioramento dei processi di sterilizzazione e dei percorsi (Audit, formazione, informazione revisione della procedura).

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 e dei millisievert (mSv). 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.

Nell'anno 2022 è stata revisionata l'informativa ai pazienti in merito alla somministrazione di radiazioni e sull'uso dei dispositivi di protezione individuale anti-x per i pazienti sottoposti a esami radiologici.

L'impiego dei dispositivi di protezione individuale anti-x, atti a schermare il feto e le gonadi del paziente durante l'indagine radiologica a raggi x, deve essere interrotto come pratica di routine in quanto può compromettere i benefici dell'indagine radiologica.

Riferimento: (<https://www.aapm.org/org/policies/details.asp?id=468&type=PP>).

Rischi in ambito di Continuità Assistenziale

La scheda di continuità assistenziale (SCA) rappresenta uno strumento indispensabile per la valutazione dei rischi per i 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 2023 viene misurata, in cartella clinica, la presenza e la completezza del documento. (campione pari all'1% del totale dei ricoveri dell'anno), inoltre viene misurata l'adesione al nuovo modello, per il servizio di continuità assistenziale, implementato su indicazione della Direzione Socio Sanitaria. Dal 03 Aprile 2023 le richieste di continuità assistenziale devono essere effettuate tramite il portale Galileo selezionando la voce "richieste consulenza" e pertanto non sono più accettate le richieste tramite email.



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 2022.

Nel 2023 è prevista la somministrazione di una SURVEY dedicata a tutto il personale, inoltre è previsto almeno un corso di formazione dedicato.

Il GdL dedicato ha i seguenti obiettivi per l'anno 2023:

- Mappare le UU.OO ed i Servizi a maggior rischio
- Supportare il personale vittima di violenza
- Proporre azioni di miglioramento analizzando gli eventi segnalati

Consenso Informato: Dipartimento di reumatologia e scienze mediche - Dipartimento di riabilitazione

Predisposizione di un nuovo formato in linea con quanto fatto per il dipartimento di ortopedia e chirurgie generali, nello specifico è da predisporre un format codificato contenente le informazioni relative ad ogni procedura che viene proposta ai pazienti da consegnare prima di far firmare il consenso informato da produrre in formato digitale ed editabile.

Gestione del Dolore Toracico

Definizione di un percorso standardizzato per il paziente con dolore toracico, costituzione di un GdL dedicato che predisponga una procedura applicabile in tutta l'ASST.

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.

Nel 2023 tra le attività previste all'interno del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) sono previste specifiche attività per continuare a promuovere e migliorare i processi di ascolto/mediazione. A tale scopo potranno essere da identificare in Azienda professionisti da formare attraverso la rete regionale dei mediatori attivando lo scambio degli operatori nel caso di necessità nelle équipe di ascolto e mediazione dei conflitti. Le eventuali ulteriori attività sono 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 2022 è stata pubblicata la "procedura generale aziendale gestione multidisciplinare sulle segnalazioni dei cittadini" al fine di definire e promuovere attività di mediazione.

L'obiettivo del 2023 è quello di mappare le segnalazioni del primo semestre suddividendoli in categorie e predisporre un piano di miglioramento del servizio per il semestre successivo.

Nel 2023, 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 facilitare l'attività amministrativa di istruttoria e conclusione dei procedimenti.



Ascolto e Mediazione dei conflitti

Poiché la conflittualità è un fattore prevedibile in ogni organizzazione e se ben gestita porta a risultati migliorativi, il Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti dell'ASST nel 2023 è 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 2023, che indicano come prioritarie alcune tematiche applicabili presso la nostra ASST, di seguito si espongono le tematiche e i seguenti obiettivi:

1. Aumentare l'adesione alla compilazione della modulistica in tutte le UU.OO. dell'ASST relativa alla scheda di ricognizione - riconciliazione della terapia farmacologica rispetto all'anno 2022.
2. Verificare l'applicazione della procedura aziendale sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali.
3. Rafforzare e perfezionare la cultura della sicurezza e la gestione dei rischi nell'azienda ASST Pini CTO.

Aderire al progetto regionale l'ERM (Enterprise Risk Management) individuato da Regione Lombardia per aiutare le organizzazioni a "creare, conservare e realizzare valore" considerata la complessità dei rischi, l'emergere di nuove minacce ma nel contempo anche di nuove opportunità, talvolta nascoste, aumentando la consapevolezza e la supervisione della gestione dei rischi aziendali; per far ciò bisogna sviluppare e/o rafforzare una cultura consapevole del rischio applicando il control risk self assessment (CRSA) basato su un approccio auto-diagnostico. Dopo la fase "pilota" di Regione Lombardia avviata nel 2022, l'obiettivo per il 2023 è di testare e rimodulare gli strumenti di lavoro prima di procedere alla complessiva analisi di ogni ambito aziendale e di estendere la progettualità ad ulteriori aziende sanitarie regionali. Nel corso del 2023 - 2024 tutte le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM".

4. Migliorare l'approccio alla gestione del rischio integrandolo con la norma UNI EN ISO 9001:2015 e nello specifico bisogna fare riferimento al capitolo 6 della norma, pianificazione i punti di seguito elencati:

"6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità"

6.1.1 Nel pianificare il SGG l'organizzazione deve considerare i fattori di cui al punto 4.1 e i requisiti di cui al punto 4.2 e determinare i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per:

- *fornire assicurazione che il SGQ possa conseguire il(i) risultato(i) atteso(i)*



- *accrescere gli effetti desiderati*
- *prevenire e ridurre gli effetti indesiderati*
- *conseguire il miglioramento*

6.1.2 L'organizzazione deve pianificare le azioni per affrontare i rischi e le opportunità le modalità per:

- *integrare e attuare le azioni nei processi del proprio sistema di gestione della qualità (vedere punto 4.4 della norma UNI EN ISO9001:2015)*
- *valutare l'efficacia di tali azioni*
- *presidiare l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico applicabili al contesto dell'ASST e ove necessario aggiornare la procedura di riferimento."*

5. Consolidare, 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 quanto riguarda la cronicità, la riabilitazione e la prevenzione delle infezioni anche con l'integrazione del programma del CICA (ex CIO) senza tralasciare la presa in carico del paziente che accede in Ps. Le attività programmate dal CICA (ex CIO) sono da integrare con in presente documento PARM e sono da e rendicontare nella relazione finale del PARM 2023.

6. Supportare le attività relative alla presa in carico, alla continuità assistenziale oltre alla telemedicina per l'assistenza sanitaria ove applicabile.

4 ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI

Come evidenziato, al punto "obiettivi generali e linee di intervento", di seguito proponiamo i progetti operativi (Allegato 1 e Allegato 2) elaborati per ottemperare alle raccomandazioni emanate da Regione Lombardia per l'anno 2023.

La motivazione della scelta, l'obiettivo specifico e gli strumenti utilizzati sono dettagliati nelle relative schede progetto del documento PARM 2023.

4.1 PROGETTO 1: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SCOMPENSO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE ED ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI ANCHE NEL PAZIENTE CRITICO.



Motivazione della scelta: La corretta gestione dei fluidi ed il bilancio idro-elettrolitico sono da considerare fondamentali per il ripristino ed il mantenimento della volemia e della quantità totale degli elettroliti per un paziente sottoposto a chirurgia maggiore; condizioni critiche di un paziente possono portare ad un rapido peggioramento delle condizioni cliniche non solo dovute alla mancata somministrazione di elettroliti ma anche di una eccessiva somministrazione.

Obiettivo specifico: redigere una procedura aziendale per i pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore che preveda sempre una valutazione e un supporto nutrizionale ed elettrolitico adeguato per il mantenimento ottimale delle condizioni cliniche (sia per interventi d'elezione sia per interventi da trauma).

Strumenti utilizzati: è da costituire un gruppo di lavoro che deve predisporre una nuova procedura specifica per le UU.OO.CC. della ASST, utile per una maggiore standardizzazione dei trattamenti.

4.2 PROGETTO 2: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL QUADRO CLINICO COMPLESSIVO DEL PAZIENTE SETTICO APPLICANDO LA SCALA DI RIFERIMENTO "MODIFIED EARLY WARNING SCORE" (MEWS) E NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS)

Motivazione della scelta: valutazione del quadro clinico del paziente settico e relative indicazioni da porre in essere per ridurre la mortalità, darne evidenza sul diario clinico e fornire indicazioni ai sanitari, medici ed infermieri, strumenti per gli interventi da mettere in atto in base score rilevati.

Obiettivo specifico: definire una procedura standardizzata che permetta la valutazione del paziente critico e le azioni da mettere in campo per garantire il giusto percorso e cure sicure, nell'utilizzo ottimale della terapia antibiotica.

Strumenti utilizzati: costituzione di un gruppo di lavoro che deve predisporre una nuova procedura specifica per le UU.OO.CC. della ASST, utile per una maggiore standardizzazione dei trattamenti,

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

In considerazione della rilevanza dei temi connessi alla problematica del consenso informato e della sicurezza in chirurgia, la ASST intende proseguire le attività di audit effettuate sulle Cartelle Cliniche anche per l'anno 2023.

A tal fine sono considerati i seguenti documenti:

- a. Adozione del nuovo Consenso Informato ai Trattamenti Diagnostici e Terapeutici
- b. Adozione della Check List paziente 2.0 per la sicurezza in sala operatoria in modo sistematico



Nel corso del 2023, inoltre, saranno condotte attività di monitoraggio semestrale su un campione di cartelle di ricoveri attivi (3 cartelle per UO a semestre) in merito a:

1. Utilizzo sistematico delle Scheda di Continuità Assistenziale (SCA)
2. Utilizzo sistematico Check List sicurezza in sala operatoria
3. Modalità di utilizzo del foglio unico di terapia farmacologica di nuova introduzione
4. Utilizzo della cartella Anestesiologica
5. Utilizzo della cartella infermieristica
6. Utilizzo della scheda per la ricognizione/riconciliazione farmacologica.
7. Utilizzo dell'antibiotico profilassi e antibiotico terapia
8. Utilizzo della Check List 2.0

Adozione del nuovo sistema "cruscotto per il governo clinico aziendale" relativo alla raccolta e analisi del Rischio infettivo, prendendo come riferimento gli items contenuti nel documento "Linee Operative Risk Management in Sanità - anno 2021-2022" e le linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19 deliberate dalla Corte dei Conti (Delibera n.18/SEAUT/2020/INPR), in accordo con la Direzione Sanitaria, la DMP e l'UOS Qualità e Risk Management.

6 EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2023

Le attività formative specifiche per il 2023 sono relative a:

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

Responsabile ad interim
UOS Qualità e Risk Management
Dr. Tudor Draghici

Pratica trattata da: Dott. Arturo Caniglia - incarico di funzione organizzativa Gestione del Rischio

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

<p align="center">SCHEDA PROGETTO_1 ANNO 2023</p>				
ASST/IRCCS/ATS		ASST Pini - CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende				
Risk Manager aziendale		Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto		<p>FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SCOMPENSO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE ED ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI ANCHE NEL PAZIENTE CRITICO</p>		
2. Motivazione della scelta		<p>La corretta gestione dei fluidi ed il bilancio idro-elettrolitico sono da considerare fondamentali per il ripristino ed il mantenimento della volemia e della quantità totale degli elettroliti per un paziente sottoposto a chirurgia maggiore; condizioni critiche di un paziente possono portare ad un rapido peggioramento della</p>		
3. Area di RISCHIO		Rischio Nutrizionale		
se ALTRO, specificare:				
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:		Presidio Pini- Presidio CTO - Polo Fanny Finzi Ottolenghi di via Isocrate		
5. Nuovo/Prosecuzione		Nuovo		
6. Durata Progetto		1 anno		
7. Obiettivo		<p>Definire una procedura aziendale che tenga conto dei i pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore ricoverati con programma di preospedalizzazione e ricoverati dal pronto soccorso a seguito di un trauma, ricevano un supporto nutrizionale ed elettrolitico adeguato per il mantenimento ottimale delle condizioni</p>		
8. Realizzazione/Prodotto Finale		<p>Introdurre una nuova procedura e relativo programma di misurazione dell'indice risk score per le UU.OO/servizi di ogni dipartimento utilizzando una scala di valutazione del rischio. L'indice score risultante dalla autoanalisi sarà confrontato con dati raccolti per mezzo del sistema di segnalazione delle non conformità e degli incident reporting senza escludere l'autovalutazione.</p>		
9. Strumenti e metodi		<p>Sarà costituito un gruppo di lavoro che dovrà predisporre una nuova procedura specifica per le UU.OO.CC della ASST, utile per una maggiore standardizzazione dei trattamenti , considerando che il nuovo modello dovrà tener conto delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche</p>		
10. Risultati e indicatori		Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
		Implementazione della procedura per la gestione del rischio nelle UU.OO.CC /ambulatori/Servizi	Predisposizione della nuova procedura.	
		Presenza del nuovo documento del rischio per ogni UU.OO/Servizi e dato sull'indice di rischio	Completezza del documento ≥ 90%	

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

ASST Pini - CTO

Dott. Arturo Caniglia

FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SCOMPENSO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE ED ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI ANCHE NEL PAZIENTE CRITICO

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'
Identificazione del GdL e risorse delle UU.OO.cc /ambulatori/servizi definizioni della modulistica .	Il personale delle SC ininteressate	UOS Qualità e Risk Management
Raccolta degli evento/quasi eventi e stato di compilazione dello strumento di screening in uso(modul dedicato)	RM	UOS Qualità e Risk Management
Analisi Periodica	UOS Qualità e Risk Management e personale delle SC interessate	UOS Qualità e Risk Management
Elaborazione dei dati e presentazione dei risultati, impeltazioen della procedura.	UOS Qualità e Risk Management personale delle SC interessate	UOS Qualità e Risk Management
Pianificazione e attivazione delle azioni di miglioramento.	Da definite entro il 2023	UOS Qualità e Risk Management

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

SCHEDA PROGETTO 2 - ANNO 2023			
ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini - CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dott. Arturo Caniglia		
1. Titolo del Progetto	FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL QUADRO CLINICO COMPLESSIVO DEL PAZIENTE SETTICO APPLICANDO LA SCALA DI RIFERIMENTO		
2. Motivazione della scelta	Valutazione del quadro clinico del paziente settico e relative indicazioni da porre in essere per ridurre la mortalità, darne evidenza sul diario clinico e che fornisca indicazioni per gli interventi da mettere in atto in base score rilevati.		
3. Area di RISCHIO	INFEZIONI-SEPSI		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Presidio Pini- Presidio CTO - Polo Fanny Finzi Ottolenghi di via Isocrate		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Definire una procedura standardizzata che permetta la valutazione del paziente critico e le azioni da mettere in campo per garantire il giusto percorso e cure sicure		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Introdurre una nuova procedura e relativo programma di misurazione dell'indice risk score per le UU.OO/servizi di ogni dipartimento utilizzando una scala di valutazione del rischio. L'indice score risultante dalla autoanalisi sarà confrontato con dati raccolti per mezzo del sistema di segnalazione delle non conformità e degli incident reporting senza escludere l'autovalutazione		
9. Strumenti e metodi	Sarà costituito in gruppo di lavoro che dovrà predisporre una nuova procedura specifica per le UU.OO.CC della ASST, utile per una maggiore standardizzazione dei trattamenti, considerando che il nuovo modello dovrà tener conto delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Implementazione della procedura per la gestione del rischio nelle UU.OO/Servizi	Predisposizione della nuova procedura.	
	Presenza del nuovo documento del rischio per ogni UU.OO/Servizi e dato sull'indice di rischio	Completezza del documento $\geq 90\%$	

**SCHEDA DI
PROGETTO 2 2023**

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda

Risk Manager

Titolo del Progetto

ASST Pini - CTO

Dott. Arturo Caniglia

FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL QUADRO CLINICO COMPLESSIVO DEL PAZIENTE SETTICO APPLICANDO LA SCALA DI RIFERIMENTO "MODIFIED EARLY WARNING SCORE" (MEWS) National Early Warning Score (NEWS)

FASI	RISORSE	'RESPONSABILITA'
Identificazione del GdL e risorse delle UU.OO.CC./servizi definizione degli strumenti e delle scale di valutazione	Il personale delle SC ininteressate	UOS Qualità e Risk Management
Raccolta degli evento/quasi eventi e stato di compilazione dello strumento di screening in uso.	RM	UOS Qualità e Risk Management
Analisi Periodica	UOS Qualità e Risk Management e personale delle SC interessate	UOS Qualità e Risk Management
Elaborazione dei dati e presentazione dei risultati	UOS Qualità e Risk Management personale delle SC interessate	UOS Qualità e Risk Management
Pianificazione e attivazione delle azioni di miglioramento.	Da definite entro il 2023	UOS Qualità e Risk Management