



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 226 del 30 APR. 2024

OGGETTO: approvazione e adozione del Piano Annuale 2024 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 30 APR. 2024 l'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. Giovanni Mutillo

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. 226 del 30 APR. 2024

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 XII/2158 del 15/04/2024 di nomina della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Gaetano Pini-CTO per il periodo 19/04/2024 - 18/04/2027;
- la deliberazione aziendale n. 198 del 18/04/2024 di presa d'atto della predetta DGR XII/2158/2024 e di insediamento dal 19/04/2024 sino al 18/04/2027 della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'ASST Gaetano 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. G1.2024.0005201 del 13/02/2024, 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 2024;

Considerato che la programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2024 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;

Visto il Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2024 che l'UOS Qualità e Risk Management ha predisposto conformemente alle specifiche prescrizioni regionali di cui alle citate linee operative e che, unitamente alle relative schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto che, come attestato dalle competenti UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità e UOS Qualità e Risk Management, il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale;

Ritenuto di approvare e adottare il Piano Annuale 2024 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;

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. 226 del 30 APR. 2024

DELIBERA

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

1. di approvare e adottare il Piano Annuale 2024 delle attività di Risk Management, elaborato dalla UOS Qualità e Risk Management in conformità alle prescrizioni di cui alle Linee operative 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 incaricare la UOS Qualità e Risk Management del controllo e della rendicontazione trimestrale dei progetti secondo gli indicatori di monitoraggio appositamente elaborati in ciascuna scheda;
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. Cesare CANDELA)


IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Rossana GIOVE)


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Marco PATERNOSTER)


IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Paola LATTUADA)

Servizio- Risk Management

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento
Responsabile del Procedimento ex l. 241/90: Dr. Giovanni Muttillio
Pratica trattata da: Dr. Giovanni Muttillio 



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 226 del 30 APR. 2024

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 30 APR. 2024 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

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

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

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

ASST PINI-CTO

**"MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI
SANITARI" - ANNO 2024**

DR. GIOVANNI MUTTILLO

RESPONSABILE AD INTERIM UOS QUALITÀ E RISCHIO CLINICO



SOMMARIO

PREMESSA	3
1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA	3
2. DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO DI ORIGINE ESTERNA	4
3. LINEE STRATEGICHE AZIENDALI	5
4. OBIETTIVI GENERALI	6
5. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	7
6. LINEE D'INTERVENTO	7
6.1 RISCHIO INFETTIVO	7
6.2 RISCHI IN AMBITO SOCIOSANITARIO E DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	9
6.3 RISCHI IN AMBITO DIAGNOSTICO E NELL'UTILIZZO DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI	9
6.4 RISCHIO NUTRIZIONALE	10
6.5 GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO (HERM)	10
6.6 GESTIONE DELLE CRISI E CONTINUITÀ OPERATIVA	10
6.7 SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	10
6.8 SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT	10
6.9 GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RCT/RCO	11
6.10 NETWORK E EVENTI FORMATIVI	11
6.11 TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO	12
7. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI	12
PROGETTO 1: PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO PDTA GESTIONE DELLA SEPSI NEL PAZIENTE ADULTO E IMPLEMENTAZIONE DELLO SCORE "NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2 (NEWS2)"	12
PROGETTO 2: PERCORSO "MUST E VALUTAZIONE BMI", ATTIVAZIONE E CONDIVISIONE ISTRUZIONE OPERATIVA P13A0607NCLIO001 REVISIONE 0 DEL 04.04.24, PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE E ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI AI PAZIENTI CRITICI - FRAGILI, CRONICI E ANZIANI.	12
PROGETTO 3: ADOZIONE DEL MODELLO "HEALTHCARE ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (HERM)" SECONDO I MODELLI PREDISPOSTI DALLE STRUTTURE PILOTA INDIVIDUATE DA REGIONE LOMBARDIA AI MACRO PROCESSI DI:- RICERCA SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE; -FARMACIA; - INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE.	12



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 riferimento 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.

L'ASST Gaetano Pini-CTO, in continuità con la strategia delineata dalla Circolare 46/SAN del dicembre 2004 e i successivi aggiornamenti, mantiene attivo un sistema di gestione del Rischio Sanitario come indicato dalla L. n. 24/2017 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*. L'insieme delle attività di Risk Management sono finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative a garanzia di "cure sicure".

1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA

La struttura aziendale è progettata in modo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico, non solo attraverso l'attribuzione di responsabilità in base a linee gerarchiche, ma anche mediante l'assunzione di responsabilità da parte di gruppi di professionisti che, nel proseguimento dei fini istituzionali, interagiscono e collaborano tra di loro anche in modo informale per la realizzazione di progetti e obiettivi condivisi.

Tale modello organizzativo risulta funzionale anche nella dimensione socio-sanitaria dell'Azienda.

Per attribuire effettiva centralità alla persona e al suo progetto di cura, di vita, attraverso un approccio globale di protezione e promozione della salute, l'Azienda garantisce l'integrazione tra differenti professionisti e differenti unità organizzative, creando una cultura che impegna al di là delle differenze di ruolo tutte le scelte strategiche aziendali rivolte alla presa in carico e all'assistenza della persona, croniche e fragile, curando l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi.

La struttura aziendale è costruita in modo da garantire la flessibilità e per rispondere in modo rapido e appropriato alla variazione del contesto normativo di riferimento, delle regole di sistema, dei programmi e degli obiettivi. Il profilo organizzativo dell'Azienda si declina in strutture di staff, dipartimenti, strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici.

Presupposto fondamentale della realizzazione di un "sistema sicuro delle cure" è quindi la predisposizione di un'organizzazione sanitaria con una cultura rivolta alla sicurezza a livello di sistema e l'individuazione di una specifica funzione aziendale di Risk Management.

Nell'attuale POAS 2022-2024:

- la funzione Risk Management, afferente alla Direzione Generale è svolta dal Risk Manager che coordina tutte le attività di gestione del rischio sanitario utilizzando i diversi strumenti propri della funzione sia di tipo proattivo che reattivo.
- Il processo di Risk Management prevede, infatti, l'identificazione, la valutazione, l'analisi, il trattamento del rischio sanitario ed il relativo monitoraggio al fine di contenerlo e ridurre gli eventuali effetti;



- Il Comitato di gestione del rischio clinico è un comitato multidisciplinare introdotto dalla Circolare regionale n. 46/SAN/2004 e dalle successive Linee Guida emanate della Direzione Generale Welfare. Istituito con deliberazione del Direttore Generale 24 giugno 2005, n. 166 e aggiornato con deliberazione 19 novembre 2019, n. 624 è coordinato dal Risk Manager aziendale che definisce e monitora le attività aziendali di riduzione dei rischi associati a qualsiasi attività clinica o processo operativo aziendale.

L'attività di Risk management è rivolta in modo sistemico a tutta l'azienda sanitaria e alla sua organizzazione e coinvolge per la sua realizzazione anche funzioni strategiche aziendali, quali:

- Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie, che partecipa al confronto per la revisione o la stesura della documentazione aziendale (es. PDTA, Procedure, Istruzioni Operative) e la verifica/monitoraggio della loro applicazione;
- Ufficio Qualità che promuove il confronto per la revisione o la stesura della documentazione aziendale (es. PDTA, Procedure, Istruzioni Operative) e la verifica/monitoraggio della loro applicazione;
- Ufficio Formazione, afferente alla UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, per l'attività formativa rivolta ai professionisti e organizzata per obiettivi;
- UOS Affari Legali per la gestione dei sinistri, sia in ambito stragiudiziale che giudiziale, integrando in questa attività il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), in cui il RM è componente;
- Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale per tutte le attività finalizzate alla sicurezza degli Operatori;
- Direzione Medica di Presidio, parte attiva per la prevenzione e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza, anche attraverso il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) e che partecipa al confronto per la revisione o la stesura della documentazione aziendale (es. PDTA, Procedure, Istruzioni Operative) e la verifica/monitoraggio della loro applicazione;
- UOC Farmacia per le attività di implementazione dei percorsi finalizzati alla riduzione del rischio farmaci;
- UOC Gestione Tecnico Patrimoniale per la sicurezza delle infrastrutture e per il miglioramento del rischio connesso alla gestione degli ambienti, degli impianti e delle apparecchiature;
- Ingegneria Clinica;
- Ufficio del Personale.

L'Azienda inoltre è attivato il proprio Sistema di Gestione della Qualità, certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015, il cui obiettivo è migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, a garanzia della sicurezza delle cure offerte agli utenti.

2. DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO DI ORIGINE ESTERNA

- DGR XII/1827 del 31/01/2024 determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024;
- Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare, nota Protocollo G1.2024.0005201 del 13/02/2024 "Linee Operative Risk Management in Sanità– Anno 2024";



- DG Welfare n. 20674 del 21/12/2023 "Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto;
- DG Welfare 20638 del 21/12/2023 "Linee di riferimento per l'implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM)-gestione integrata rischio sanitario";
- Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri "revisione-indicazioni per le Direzioni strategiche e i Comitati di valutazione Sinistri 2022;
- DGR XI/7752 del 28/12/2022 "Determinazione in ordine all'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza- secondo provvedimento: definizione del nuovo modello assistenziale e di presa in carico nei percorsi terapeutici, aggiornamento dei requisiti organizzativi e delle tariffe delle strutture residenziali terapeutiche e potenziamento della rete semiresidenziale e residenziale di NPJA e ulteriori determinazioni";
- Raccomandazioni Ministeriali;
- L.R.15/2020: Survey: sicurezza del personale sanitario sociosanitario del SSR Lombardo;
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, 24 ottobre 2017;
- "Risk Management in Sanità. Il problema degli errori", Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, marzo 2004;

3. LINEE STRATEGICHE AZIENDALI

Il Risk Management tiene conto delle continue riorganizzazioni aziendali; deve necessariamente modulare la propria attività in funzione dell'evoluzione organizzativa e delle attività che si svolgono in Azienda.

L'approccio sistemico, portato avanti in questi anni, è volto ad individuare e integrare in un unico quadro concettuale tutti gli aspetti che giocano un ruolo all'interno del sistema organizzativo per la sicurezza, pur complesso, con azioni di prevenzione e di rimozione dei fattori causali che possono determinare incidenti ed eventi avversi e comprende lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci, efficienti, nonché sostenibili.

Il risk management, in tal senso, è pertanto parte integrante della Clinical Governance intesa come infrastruttura delle condizioni clinico organizzative necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza e il monitoraggio dei processi assistenziali, a partire dal necessario cambiamento culturale nelle varie strutture aziendali. La Clinical Governance si basa su fondamenti, principi e valori condivisi, che gli conferiscono la necessaria credibilità e l'identificazione di precisi ambiti di responsabilità per la sua traduzione operativa. L'attività, in uno sforzo continuo di integrazione, è rivolta a tutte le strutture dell'ASST, in funzione delle loro peculiarità e complessità.

La prevenzione e la rimozione dei fattori causali anche attraverso l'impiego degli strumenti di Risk assessment hanno l'obiettivo fondamentale di migliorare la qualità delle prestazioni per ogni cittadino/paziente, procurandogli il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, esponendolo al minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Pertanto, il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione: la logica sottostante a tale concetto è quella della



programmazione, gestione e valutazione del “sistema” in forma mirata alla erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione.

Il quadro concettuale su cui si sviluppano politiche e strategie è riferito alle diverse tipologie di rischio:

- **Rischio occupazionale:** riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati, in rischio fisico, chimico e biologico;
- **Rischio “non clinico”:** sono i problemi di sicurezza generale (derivanti per es. da ambienti, da impianti, da eventi catastrofici come incendi, terremoti, ecc.), i rischi legati ad aspetti giuridico-amministrativi, i rischi finanziari e organizzativi generali oltre che quelli economici e di immagine legati ai danni per i pazienti;
- **Rischio Clinico:** riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati dal trattamento sanitario.

Tale quadro si è concretizzato e sviluppato tanto da definire una gestione integrata del rischio aziendale attraverso il modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM), ovvero di una gestione integrata del rischio nel sistema sociosanitario, di seguito rappresentata in quanto progetto specifico del presente piano. Di non minore importanza è anche la ricaduta positiva che la gestione del rischio sanitario ha nell’ambito della gestione del contenzioso e della contrattazione con le assicurazioni in termini di affidabilità dell’Azienda.

4. OBIETTIVI GENERALI

L’obiettivo strategico nel 2024 è quello di garantire, in un sistema organizzativo integrato, flessibile e di contesto, il presidio degli ambiti considerati e riconosciuti di maggior rischio, con l’implementazione e il controllo dell’applicazione delle procedure aziendali in materia di rischio sanitario. Gli ambiti aziendali richiedono pertanto un allineamento alle linee di indirizzo aziendale in tema di risk management ed una approfondita attività di *risk assessment* volta ad individuare, a cause delle peculiarità, lo stato dell’arte in tale ambito, a partire dalla cultura della safety. Pertanto, i percorsi e le iniziative sviluppati negli anni precedenti per la diffusione degli strumenti metodologici e operativi propri delle varie fasi del processo di valutazione e gestione del rischio, nei diversi settori, saranno consolidati e aggiornati nella prassi quotidiana, in modo da facilitare:

- la gestione delle situazioni individuate come aree di rischio, mediante la pianificazione di adeguati interventi preventivi, considerando anche i near-miss;
- la gestione tempestiva e corretta dell’evento avverso eventualmente occorso;
- il contenimento, nonché il controllo delle conseguenze degli eventi;
- la gestione del contenzioso indotto dall’evento;
- la gestione dei rapporti con i soggetti assicuratori;
- il monitoraggio ai fini del miglioramento.

Gli indubbi vantaggi che ne deriveranno sono legati a importanti obiettivi quali:

- il miglioramento della qualità delle cure e dell’assistenza, la riduzione dei rischi legati al processo diagnostico, terapeutico-assistenziale e quindi maggiori garanzie di sicurezza al paziente in termini di appropriatezza ed outcome;
- la maggior tutela per i Professionisti che operano nell’organizzazione;



- il contenimento dei costi sanitari, per la possibilità di riduzione dei contenziosi e dei premi assicurativi;
- una miglior immagine dell'Azienda.

La declinazione operativa prossimale è basata sulla rete Aziendale dei Referenti per il Risk Management, che sono in fase di aggiornamento, cercando di favorire maggiore integrazione e momenti di confronto per una vera gestione di "sistema" del rischio clinico.

Tali professionisti rappresentano lo stato di avanzamento della cultura "*Patient Safety*" e promozione di una cultura "*no blame*" e generano sicurezza, maggiore perizia ed abilità, ma soprattutto promuovono nuove ed aumentate competenze.

Ne deriva una elevata affidabilità dell'organizzazione, oltre che attenzione e consapevolezza del rischio. Gli stessi Referenti appresentano importanti risorse per l'addestramento nella prevenzione e nel recupero del danno; determinano miglioramento nel lavoro di squadra e leadership, nonché miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza e miglior immagine dell'Azienda.

5. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano Annuale di Risk Management (PARM) ha lo scopo di proseguire le iniziative di Risk Management già intraprese negli anni precedenti, in accordo con le indicazioni di Regione Lombardia per il 2024 (alla nota del 13/12/2024 prot. G1.2024.0005201, avente ad oggetto "Linee operative Risk Management in Sanità - anno 2024").

Il documento costituisce la base per lo sviluppo di iniziative progettuali pianificate con l'intento di incrementare la cultura, la sensibilità e la consapevolezza degli operatori di essere protagonisti attivi nella gestione proattiva del Rischio Clinico. Inoltre, vuole essere strumento per procedere nello sviluppo e implementazione di un sistema integrato di miglioramento della qualità e gestione del rischio, che si integri con le attività del Comitato Gestione Rischio, del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.) e delle diverse funzioni presenti in tali organismi istituzionali, con l'intento di formulare proposte per la riduzione anche di rischi specifici.

Il piano aziendale di analisi globale e di gestione efficace del rischio sanitario utilizza diverse tipologie di strumenti: analizza gli eventi avversi con metodi di tipo reattivo (tipico delle tecniche di reporting o di investigazione degli eventi avversi come la Root Cause Analysis, il Significant Event Audit (SEA), ecc.) e i processi con modalità di tipo proattivo (con strumenti come l'Audit Clinico, il Safety Walkaround, la metodologia Health Failure Mode and Effect Analysis (HFMECA), ecc.) al fine di prevenire gli eventi avversi.

6. LINEE D'INTERVENTO

6.1 RISCHIO INFETTIVO:

6.1.1 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.

Trattandosi di una patologia "tempo-dipendente" 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 dal recente Decreto n. 20674 del 21/12/2023 di Regione



Lombardia: Approvazione del documento *“Linee di indirizzo regionali per l’identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto”*.

Nel 2024 si procederà alla definizione di un nuovo PDTA sulla gestione della Sepsì che inciderà a livello organizzativo con anche la previsione di specifica attività formativa.

Secondo le indicazioni del Decreto, al fine di monitorare l’implementazione delle nuove Linee di indirizzo regionali si procederà con:

- la costituzione di uno specifico Gruppo di Lavoro (GdL) per l’implementazione del PDTA e del sistema di allerta rapido NEW 2;
- la predisposizione del PDTA aziendale e la formazione ai fini della diffusione ed applicazione nei rispettivi setting;
- la conduzione di audit per i casi estratti dal portale di governo secondo una lista di campionamento. Gli scostamenti rilevati saranno oggetto di specifico piano di miglioramento.

Nell’ambito, più generale, della gestione del rischio infettivo si precisa inoltre che:

- il portale dedicato alla segnalazione delle infezioni in ASST (Monitoraggio Infezioni), aggiornato nel 2023 secondo le indicazioni del Comitato Infezioni Correlato all’Assistenza (CICA), sarà oggetto di ulteriori cicli di formazione a favore di tutto il personale sanitario dei reparti e degli ambulatori/servizi;
- è stata aggiornata nel 2023 la procedura sulla profilassi antibiotica perioperatoria con il supporto dei consulenti infettivologi, DMP, con il monitoraggio circa l’aderenza alla procedura – linee guida SIOT;
- sono previsti audit documentali sulle cartelle cliniche in ordine alle criticità emerse nell’anno 2023;
- saranno condotti incontri dove sono presenti i componenti del CICA e i componenti del Comitato Gestione del Rischio (CGR).

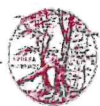
6.1.2 Igiene delle mani

Si procederà con:

- la partecipazione al corso di formazione sulle infezioni correlate all’assistenza in ambito ospedaliero (missione PNRR M6C212.2.2);
- la continuazione dell’attività di screening MDRO (CRE, CRAB, CRPsA) tramite esecuzione di tampone rettale all’atto del ricovero ospedaliero, secondo procedura aziendale;
- la creazione reportistica per monitoraggio applicazione della procedura aziendale sullo screening MDRO tramite tampone rettale, con relativo feedback ai reparti;
- l’applicazione di checklist di controllo per valutare l’effettiva applicazione delle precauzioni da contatto, ove necessarie;
- la sorveglianza MICROBIO con relativa reportistica.

Nel corso del 2024 si riprenderà l’applicazione della strategia multimodale per l’igiene delle mani promossa dall’OMS, con l’applicazione del Framework per l’autovalutazione, concentrandosi in particolar modo sulle seguenti azioni:

- monitoraggio indiretto: sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica, come da indicazioni ministeriali e regionali, con relativo feedback;



- monitoraggio diretto: osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione messa a disposizione dall'OMS, con relativo feedback;
- promemoria sul posto di lavoro: ispezione sistematica dei poster nelle aree ospedaliere ed eventuale loro affissione/sostituzione;
- monitoraggio costante della disponibilità di soluzione idroalcolica e sapone per la corretta igiene delle mani.

6.1.3 Antimicrobial Stewardship (AMS)

Si procederà con:

- l'istituzione di un gruppo di lavoro responsabile dell'attività di AMS, con il coinvolgimento di Direzione Sanitaria, DMP, DAPSS, SPIO, CICA, Farmacia e Patologia Clinica;
- la partecipazione al programma di rete net-2018-12366982 Research Strategies for Implementing Antimicrobial Stewardship: health communication, diagnostic therapeutic interventions and cost-effectiveness analysis;
- il controllo sull'appropriatezza prescrittiva dei carbapenemi;
- l'ottimizzazione del consumo della terapia antibiotica in accordo con la classificazione AWaRe introdotta dall'OMS;
- l'istituzione di report per monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWaRe;
- la sorveglianza attiva delle emocolture positive;
- l'implementazione delle linee guida interne su antibiotico profilassi peri-operatoria.

6.2 RISCHI IN AMBITO SOCIO SANITARIO E DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Si procederà con l'adesione alla procedura NAIOT, quale strumento indispensabile per la valutazione dei rischi e la tempestiva presa in carico per i pazienti che accedono in struttura "PS" con codice argento per essere curati o assistiti, con compilazione dei valori di rischio degli ambiti definiti (valutazione sociale, valutazione rischio cadute, scala di Brass, ecc.), che rappresenta un importante parametro di misurazione per la definizione di setting appropriati assistenziali riabilitativi e sociali, per il buon esito della dimissione protetta e il percorso di cura, dopo la fase acuta della malattia o della fase riabilitativa.

Nel 2024 verrà misurata l'adesione alla procedura, favorendo l'integrazione multidisciplinare attraverso gli applicativi aziendali e l'interfaccia con il gruppo degli operatori sociosanitari NAIOT.

6.3 RISCHI IN AMBITO DIAGNOSTICO E NELL'UTILIZZO DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI

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 $1 < \text{mSv}$, Classe II 1-5 mSv; Classe III 5-10 mSv; Classe IV $> 10 \text{ mSv}$.

Nell'anno precedente 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 l'efficacia dell'indagine radiologica.

6.4 RISCHIO NUTRIZIONALE

In prosecuzione del progetto già avviato nel 2023 il Servizio Nutrizione Clinica, la UOS Qualità e Risk Management e la DAPSS provvederanno nel corso del 2024 all'aggiornamento delle procedure, come previsto dalle indicazioni di cui alla DGR XII/1827 del 31/01/2024 (cfr. §4.6.0.9 Rischio nutrizionale) e alla relativa attività di informazione e formazione nei confronti degli Operatori sanitari.

6.5 GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO (HERM)

Nel 2024 prenderà inizio il percorso di implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM), in linea con quanto definito dalla DGR n. 20638 del 21/12/2023 al fine di fornire una gestione integrata del rischio nel sistema complessivo aziendale superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali e aggregando gli esiti delle analisi condotte sui relativi processi in esame attraverso l'individuazione dei relativi *risk owner*. Tale progetto ha pertanto definito i tre macro-processi, su quelli proposti a livello regionale, su cui avviare il modello HERM in Azienda. Il team di Risk Management parteciperà ai momenti formativi regionali previsti allo scopo.

Tale progetto, condiviso con gli altri stakeholder coinvolti vede il coinvolgimento dei seguenti macro-processi aziendali:

- a. Ricerca scientifica e sperimentazioni cliniche;
- b. Farmacia;
- c. Ingegneria clinica aziendale.

6.6 GESTIONE DELLE CRISI E CONTINUITÀ OPERATIVA

Nel corso dell'anno 2024, in conformità alle indicazioni che verranno fornite dal Centro Gestione del Rischio e Sicurezza del Paziente di regione Lombardia, si proseguirà con la pianificazione dei piani per la gestione della crisi adottando gli strumenti di "business continuity" e "crisis management".

Si procederà quindi all'adeguamento e aggiornamento:

- Del Piano di emergenza pandemica (PANFLU 2021-2023) secondo indicazioni regionali;
- Del Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF);

e alla redazione del Piano di Emergenza Interno (P.E.I.).

6.7 SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA.

Continuerà l'attività di monitoraggio nell'ambito della sicurezza del percorso chirurgico attraverso l'impiego della "check list chirurgica 2.0".

6.8 SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT



Attraverso l'utilizzo della nuova area del Portale di Governo dedicata al risk management, nel corso del 2024 si procederà al monitoraggio delle sezioni dedicate agli indicatori di patient safety che verranno resi fruibili al fine raffinare le capacità di analisi dei punti critici.

Inoltre, una volta che il nuovo applicativo HERMLomb sarà pienamente operativo, verranno apportate modifiche al Sistema di Incident Reporting aziendale. Questo permetterà, tra le altre cose, di segnalare le Infezioni Correlate all' Assistenza (ICA) e di registrare gli Audit.

Nello specifico il nuovo sistema regionale di Incident Reporting regionale consentirà di effettuare segnalazioni relative a:

- near miss e eventi avversi con o senza danno;
- eventi sentinella;
- cadute;
- aggressioni nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari;
- infezioni correlate all'assistenza.

Si aggiorneranno e saranno implementate nel corso del 2024 le 19 Raccomandazioni Ministeriali, con la predisposizione di procedure collegate.

Si svolgeranno le attività di:

- partecipazione al monitoraggio annuale AgeNaS, il cui esito determina il raggiungimento del parametro LEA punto Rischio Clinico AS.1;
- monitoraggio delle richieste di Risarcimento;
- monitoraggio degli indicatori PNE.

6.9 GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RCT/RCO

Nell'ambito dell'Azienda è attivo il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), di cui è membro attivo il Risk Manager, adeguatamente strutturato e 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 2024 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 sono 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).

6.10 NETWORK E EVENTI FORMATIVI

Nel corso del 2024 la UOS Qualità e Risk management assicurerà la partecipazione ai Network e agli eventi formativi organizzati in collaborazione con Polis Lombardia - Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo – che riguarderanno: sepsi, gestione del rischio e aspetti legali/medico legali, ascolto e mediazione dei conflitti, applicativo regionale *incident reporting*, ICA, rischio in ambito



sociosanitario, collaborando nei limiti delle possibilità e delle risorse assegnate all'organizzazione dei Network stessi, illustrando Buone pratiche aziendali e eventi sentinella di interesse generale.

6.11 TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO

L'onere previsto dall'art. 2 della Legge n. 24 del 8 marzo 2017 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* di *"...predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto"* sarà ottemperato attraverso la pubblicazione durante il corrente anno della relazione a cura del Risk Manager aziendale, condivisa nell'ambito del CVS stesso.

7. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI

Come evidenziato al punto "obiettivi generali e linee di intervento", di seguito proponiamo i progetti operativi (Allegato 1, Allegato 2 e Allegato 3) elaborati per ottemperare alle raccomandazioni emanate da Regione Lombardia per l'anno 2024.

La motivazione della scelta, l'obiettivo specifico e gli strumenti utilizzati sono dettagliati nelle relative schede progetto del documento PARM 2024.

PROGETTO 1: PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO PDTA GESTIONE DELLA SEPSI NEL PAZIENTE ADULTO E IMPLEMENTAZIONE DELLO SCORE "NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2" (NEWS2)

PROGETTO 2: PERCORSO "MUST e valutazione BMI", ATTIVAZIONE E CONDIVISIONE ISTRUZIONE OPERATIVA P13A0607NCLIO001 revisione 0 del 04.04.24, PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE E ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI AI PAZIENTI CRITICI - FRAGILI, CRONICI E ANZIANI.

PROGETTO 3: ADOZIONE DEL MODELLO HEALTHCARE ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (HERM) SECONDO I MODELLI PREDISPOSTI DALLE STRUTTURE PILOTA INDIVIDUATE DA REGIONE LOMBARDIA AI MACRO PROCESSI DI:

- RICERCA SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE;
- FARMACIA;
- INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE.

Responsabile ad interim UOS Qualità e Risk Management

Dr. Giovanni Mutillo

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST/IRCCS/ATS	ASST GAETANO PINI - CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dr. Giovanni Mutillo ad interim		
1. Titolo del Progetto	PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO PDTA GESTIONE DELLA SEPSI NEL PAZIENTE ADULTO IMPLEMENTAZIONE DELLO SCORE "NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2" (NEWS2) -		
2. Motivazione della scelta	L'implementazione risulta necessario in funzione dell'adozione della nuova scala di riferimento "NEWS 2" e al fine di identificare precocemente lo stato di evoluzione del quadro clinico dei pazienti, inclusi i pazienti settici		
3. Area di RISCHIO	INFEZIONI-SEPSI		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	PRESIDI PINI, CTO E FANNY FINZI OTTOLENGHI		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Implementare del PDTA in funzione delle caratteristiche del paziente e dei trattamenti o delle cure a cui è sottoposto, al fine di garantire il trattamento di cura ottimale		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	approvazione del PDTA e valutazione della corretta applicazione		
9. Strumenti e metodi	Creazione di un gruppo di lavoro che, di concerto con il CICA, provveda alla redazione di una procedura aggiornata secondo gli standard e le scale più recenti, diffusione della procedura e relativa applicazione durante il secondo semestre dell'anno 2024 e realizzazione di audit di processo con checklist dedicata a partire dai primi mesi del 2025 per verificare la corretta applicazione e le opzioni di miglioramento in itinere.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Redazione di un PDTA aggiornata alle più recenti scale e indicazioni, regionali ed implementazione dello score NEWS2	adozione del PDTA SEPSI	
	applicazione della scala alle singole UU.OO e servizi in funzione delle esigenze e peculiarità delle attività svolte da ognuno nel trattamento	n. di pazienti a cui è stata applicata NEWS2/n. di pazienti positivi all'esame della presepsina	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

AREA Travaglio/Parto
INFEZIONI-SEPSI
rischio CADUTE
rischio FARMACI
rischio SALA OPERATORIA
Rischio in ambito DIAGNOSTICO
Rischio Nutrizionale
Violenza a danno operatori
Gestione crisi e continuità operativa
HERM
rischio trasfusionale
sistema dei trasporti
rischio in PS
rischio in RSA/RSD
rischio TELEMEDICINA
rischio percorso SCREENING
rischio in ambito territoriale
altro (specificare)

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda

ASST Pini-CTO

Risk Manager

Dr. Giovanni Muttillo ad interim

Titolo del Progetto

PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO PDTA GESTIONE DELLA SEPSI NEL PAZIENTE ADULTO IMPLEMENTAZIONE DELLO SCORE "NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2" (NEWS2)

[illegible]

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST/IRCCS/ATS	ASST Gaetano Pini - CTO		
se progetto interaziendale			
Risk Manager aziendale	Dr. Giovanni Mutillo		
1. Titolo del Progetto	PERCORSO "MUST e valutazione BMI", ATTIVAZIONE E CONDIVISIONE ISTRUZIONE OPERATIVA 13A0607NCLIO001 revisione 0 del 04.04.24, PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE E ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI AI PAZIENTI CRITICI - FRAGILI, CRONICI E ANZIANI.		
2. Motivazione della scelta	Garantire un intervento nutrizionale personalizzato per prevenire e contrastare il rischio di malnutrizione.		
3. Area di RISCHIO	Rischio Nutrizionale		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	PRESIDI PINI, CTO E FANNY FINZI OTTOLENGHI		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Formare e sensibilizzare all'utilizzo della Istruzione Operativa P13A0607NCLIO001 "MUST e valutazione BMI", revisione 0 del 04.04.24		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Intercettare il rischio malnutrizione, con interventi appropriati		
9. Strumenti e metodi	diffusione e adozione dell'Istruzione e della relativa scala in tutte le Unità Operative. Formazione, Campagne di comunicazione/screening in materia di nutrizione e alimentazione di genere. Creazione di poster, strumenti editoriali relativamente alle scale in uso.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	adeguato screening nutrizionale	n. MUST compilate in cartella clinica/n. richieste consulenza nutrizionale	
	Formazione del personale sanitario UU.OO.	numero di personale sanitario formato / per UO	
	adozione di un programma terapeutico nutrizionale	pazienti a cui è stato applicato il programma/ pazienti rispetto ai quali è stato identificato un problema nutrizionale	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

AREA Travaglio/Parto
INFEZIONI-SEPSI
rischio CADUTE
rischio FARMACI
rischio SALA OPERATORIA
Rischio in ambito DIAGNOSTICO
Rischio Nutrizionale
Violenza a danno operatori
Gestione crisi e continuità operativa
HERM
rischio trasfusionale
sistema dei trasporti
rischio in PS
rischio in RSA/RSD
rischio TELEMEDICINA
rischio percorso SCREENING
rischio in ambito territoriale
altro (specificare)

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

ASST PINI CTO

Dr. Giovanni Muttillo

PERCORSO "MUST e valutazione BMI", ATTIVAZIONE E CONDIVISIONE ISTRUZIONE OPERATIVA 13A0607NCLIO001 revisione 0 del 04.04.24, PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E DEL RISCHIO DI SQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO PREVENENDO GLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE E ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FLUIDI AI PAZIENTI CRITICI - FRAGILI, CRONICI E ANZIANI

[illegible]

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST/IRCCS/ATS	ASST Gaetano Pini - CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dr. Giovanni Mutillo		
1. Titolo del Progetto	ADOZIONE DEL MODELLO HEALTHCARE ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (HERM) SECONDO I MODELLI PREDISPOSTI DALLE STRUTTURE PILOTA INDIVIDUATE DA REGIONE LOMBARDIA AI MACRO PROCESSI DI: - RICERCA SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE; - FARMACIA; - INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE.		
2. Motivazione della scelta	Aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner delle singole macro-aree al fine di rappresentarli in maniera univoca e prioritizzata in un sistema di gestione del rischio integrata		
3. Area di RISCHIO			
se ALTRO, specificare:	Gestione integrata del rischio (ERM)		
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	PRESIDI PINI, CTO E FANNY FINZI OTTOLENGHI		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	implementare a livello aziendale il modello HERM		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	recepimento delle linee di indirizzo di Regione Lombardia per la redazione dell'HERM		
9. Strumenti e metodi	percorso di implementazione del modello mediante l'istituzione del Comitato di Gestione del Rischio aziendale, che provvederà progressivamente durante l'anno alla predisposizione delle fasi di implementazione del modello, che prevedono momenti formativi, di comunicazione e di condivisione, con presentazione da parte del Risk Manager del modello HERM alla Direzione Strategica e condivisione con gli stakeholder.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	raggiungimento degli standard di riferimento di gestione dei rischi	profilo di rischio aziendale secondo metriche qualitative e quantitative/soglia di accettabilità di rischio (definito da azioni correttive da porre in essere)	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

AREA Travaglio/Parto
INFEZIONI-SEPSI
rischio CADUTE
rischio FARMACI
rischio SALA OPERATORIA
Rischio in ambito DIAGNOSTICO
Rischio Nutrizionale
Violenza a danno operatori
Gestione crisi e continuità operativa
HERM
rischio trasfusionale
sistema dei trasporti
rischio in PS
rischio in RSA/RSD
rischio TELEMEDICINA
rischio percorso SCREENING
rischio in ambito territoriale
altro (specificare)

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda

ASST-G. Pini-CTO Milano

Risk Manager

Dr. Giovanni Muttillo

Titolo del Progetto

ADOZIONE DEL MODELLO HEALTHCARE ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (HERM) SECONDO I MODELLI PREDISPOSTI DALLE STRUTTURE PILOTA INDIVIDUATE DA REGIONE LOMBARDIA AI MACRO PROCESSI DI: - RICERCA SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE; - FARMACIA; - INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE.

[illegible]