



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 221 del 28 APR. 2022

OGGETTO: Piano Annuale 2022 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.SSA PAOLA LATTUADA

SU PROPOSTA DEL Servizio – Risk Management

DOTT. ARTURO CANIGLIA

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 28 APR. 2022 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Arturo Caniglia
Risk Manager

IL DIRETTORE UOC ECONOMICO FINANZIARIA

ha registrato contabilmente che il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale.

Il Direttore UOC Economico Finanziaria
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 221 del 28 APR. 2022

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, acquisita al protocollo dell'Ente in data 28/12/2004 prot. n. 9480, la Regione Lombardia ha fornito gli indirizzi programmatici in materia di gestione del rischio sanitario;

Preso atto che l'ASST G. Pini-CTO, conformemente alle suindicate disposizioni regionali, ha predisposto anche per l'anno 2022 il Piano annuale di Risk Management per il "Miglioramento della Qualità e della Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori Sanitari";

Verificato che con nota regionale n. G1.2022.0002966 del 13/01/2022, acquisita al protocollo aziendale in pari data al n. 0000423/22 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 2022;

Preso Atto che il Dott. Arturo Caniglia – Risk Manager aziendale - 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;

Considerato che la programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2022 rientra tra gli obblighi della ASST in quanto strumento per la predisposizione di nuovi progetti intesi come nuove opportunità per la misurazione e la gestione del rischio;

Ritenuto pertanto che la programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2022 rientra tra gli obblighi della ASST in quanto strumento per misurare e gestire il rischio partendo dalla predisposizione di nuovi progetti e la prosecuzione dei progetti dell'anno precedente, nonché il mantenimento e l'adozione delle raccomandazioni ministeriali;

Viste:

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile della UOC proponente;
- l'attestazione di regolarità contabile e della relativa copertura economica da parte del Responsabile della UOC Economico Finanziaria;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 221 del 28 APR. 2022

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

DELIBERA

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

1. di approvare il Piano Annuale 2022 delle attività di Risk Management, elaborato dal Dott. Arturo Caniglia – Risk Manager aziendale - 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 Welfare;
3. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;
4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015.

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: Dott. Arturo Caniglia
Pratica trattata da: Dott. Arturo Caniglia
ATTI n. 2022-1.1.5/1.1



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 221 del 28 APR. 2022

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 28 APR. 2022 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

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

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

Stefania Scipoli

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Milano, li _____

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 2022**



DOTT. ARTURO CANIGLIA

RISK MANAGER

ASST PINI-CTO



INDICE

1. Premessa.....	3
2. Sintesi del contesto dell'ASST in riferimento alle linee guida regionali 2021.....	5
3. Obiettivi generali, linee di intervento, azioni di miglioramento e risultati attesi.....	11
4. Attuazione dei progetti operativi.....	12
4.1 Progetto 1: Adottare un nuovo approccio al risk Management formalizzando una procedura per la gestione del rischio utilizzando il modello ERM (Enterprise Risk Management) progettato per aiutare le organizzazioni a “creare, conservare e realizzare valore” migliorando al contempo il loro approccio alla gestione del rischio.....	12
4.2 Progetto 2: Formalizzare ed adottare una specifica procedura per la gestione delle terapie farmacologiche in reparto/ambulatori/servizi di supporto 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”.....	13
4.3 Progetto 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, seguendo le linee guida aggiornate dall’ISS e degli organi preposti.....	14
5. Altre attività implementate in adempimento alle linee guida inerenti le attività di risk management.....	14
6. Eventi formativi risk management anno 2022.....	15



1. PREMESA

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 l.r. 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 2022, ci si è posti gli obiettivi che sono ripresi nelle schede progetto allegate:

1. Mappare il rischio complessivo delle strutture afferenti ad ogni dipartimento della ASST(UU.OO e Servizi). Nello specifico si intende misurare i dati evidenziati dell'analisi dei sinistri effettuata nel mese di novembre 2021 (**Mappatura e analisi sinistri RCT/O e benchmark 2009/2019**). L'analisi ha evidenziato l'andamento per anno di denuncia e di accadimento per le prime 4 fonti di errore, che complessivamente coprono il 74% sul totale dei sinistri e che saranno principalmente presidiati nell'anno 2022/2023/2024.
Rilevato che l'8,2% degli eventi sono stati catalogati come NON IDENTIFICATO, ovvero l'operatore che ha registrato l'evento non è riuscito a classificare la causa, nel corso dell'anno 2022 sarà effettuata un'analisi di tali eventi con l'obiettivo di riclassificare gli eventi e definirne il profilo di rischio (**Scheda Progetto n.1**).
2. Aggiornare la nuova procedura "**Gestione dei farmaci all'interno delle UO di degenza, ambulatori e servizi**", 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 (**Scheda Progetto n. 2**); 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.*



3. Valutare 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 (**Scheda Progetto n. 3**).
- a. 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;
 - b. Sviluppare l'ERM (Enterprise Risk Management) progettato 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.
 - c. Migliorare l'approccio alla gestione del rischio integrandolo con la norma **UNI EN ISO9001:2015** e nello specifico bisogna fare riferimento al capitolo 6 pianificazione e ai punti della norma di seguito riportati :

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 :

- a) fornire assicurazione che il SGQ possa conseguire il(i) risultato(i) atteso(i)
- b) accrescere gli effetti desiderati
- c) prevenire e ridurre gli effetti indesiderati
- d) conseguire il miglioramento

6.1.2 L'organizzazione deve pianificare:

- a) le azioni per affrontare i rischi e le opportunità
- b) le modalità per:
 - 1) integrare e attuare le azioni nei processi del proprio sistema di gestione della qualità (vedere punto 4.4 della norma UNI EN ISO9001:2015);
 - 2) valutare l'efficacia di tali azioni.

- d. Presidiare l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico applicabili al contesto dell'ASST.
- e. Consolidare per 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.

- f. Supportare le attività relative alla presa in carico, alla continuità assistenziale oltre alla telemedicina per l'assistenza sanitaria

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 2022 acquisite con documento n. protocollo regionale G1.2022.0002966 del 13/01/2022, 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 2022.

Stato dell'arte delle raccomandazioni ministeriali

Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2022
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 in uso da oltre 3 anni.	- Pubblicazione della nuova procedura entro il 30/12/2022 - Monitoraggio
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.	Formalizzata ed adottata una 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 al 100% ogni semestre
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.	Adozione del braccialetto di identificazione del paziente Uso della check list sicurezza in sala operatoria	- Applicazione della check list 2.0. predisposta e sperimentata nell'anno 2021 secondo regole regionali e compilazione di tipo A.	- Monitoraggio semestrale a cura del team composto da Risk Manager (Team leader), dal Responsabile Qualità Aziendale, dalla Direzione Medica di Presidio, dalla



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2022
			Direzione delle Professioni Sanitarie e da coloro investiti della Funzione di Verifica della corretta compilazione della Check List su un campione calcolato in almeno n. 5 procedure/anno per ogni disciplina chirurgica e specialistica rappresentata in Azienda
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.	Adozione della procedura per la gestione del paziente a rischio suicidio.	- Aggiornamento della procedura in linea con le possibili nuove raccomandazioni.	- Mantenimento della procedura aggiornata se nuove raccomandazioni. - monitoraggio del fenomeno
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.	Formalizzata ed adottata una specifica procedura.	- Applicazione della procedura relativa al PBM (patient blood management) definita nel 2021.	- Riduzione del numero di richieste di sangue ed emoderivati almeno del 20% rispetto al 2021 - Monitoraggio
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.	Formalizzata ed adottata una specifica procedura per la gestione delle terapie farmacologiche in reparto/ambulatori e Foglio Unico di Terapia Farmacologica (FUTF)	- Applicazione della procedura ed nuovo foglio unico di terapia farmacologica (FUTF).	- Monitoraggio



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2022
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.	- Aggiornamento della procura in linea con le possibili nuove raccomandazioni.	- Mantenimento della procedura aggiornata se nuove raccomandazioni. - monitoraggio del fenomeno
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	- Mantenimento della procedura, eventuale aggiornamento.	- Monitoraggio
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Formalizzata ed adotta specifica procedura	Mantenimento della procedura.	- 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.	Formalizzata ed adottata specifica procedura	- Implementazione di un alert (simbolo adesivo dedicato su confezione) per la riduzione del rischio di errore	- Monitoraggio semestrale a cura della farmacia
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 della procedura e ricostituzione del GAD (gruppo aziendale dedicato).	- Pubblicazione della nuova procedura entro il 30/12/2022 - Monitoraggio
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118	Presente Procedura aziendale triage di PS (P.O-CTO) e Servizio Traumatologico di	- revisione della procedura se nuove linee guida sul triage	Approfondimento e studio di correlazione tra le richieste di



Raccomandazione	Stato dell'arte	Azioni	obiettivi 2022
e/o all'interno del Pronto Soccorso.	Urgenza (P.O-PINI)		risarcimento danni pervenute in quest'area e le segnalazioni interne di eventi. - Monitoraggio
17. Riconciliazione della terapia farmacologica.	Formalizzata specifica procedura (P/102)	- Rivalutazione della procedura e possibile revisione.	- Aumentare la % di applicazione rispetto all'anno 2021 - Monitoraggio
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Nel 2021 è stata pubblicata sulla intranet aziendale la classificazione per la standardizzazione di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli in uso c/o l'ASST.	- Verificare l'utilizzo della procedura sull'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli nei processi clinico assistenziali della ASST.	- monitoraggio
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.	- Pubblicazione della nuova procedura entro il 30/12/2022 - Monitoraggio.

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 2022 sarà necessario riprendere la procedura sulla gestione della sepsi già trattata nel 2021 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.

Sarà operativo il portale dedicato (Monitoraggio Infezioni) alla segnalazione delle infezioni in ASST, previa formazione di tutto il personale sanitario dei reparti e degli ambulatori/servizi.

Verrà inoltre aggiornata la procedura sulla profilassi antibiotica perioperatoria con il supporto dei consulenti infettivologi e saranno predisposti dei documenti guida tascabili per medici (prescrittori) e infermieri (somministratori), inoltre saranno organizzate delle giornate di formazione

Potranno essere condotti audit documentali sulle cartelle cliniche per quel che concerne le criticità emerse nell'anno 2021.

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, nell'anno 2021 è stato prodotto un nuovo documento che verrà implementato nell'anno 2022.

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 2021 e le osservazioni rilevate 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; a tal proposito nell'anno 2021 sono stati condotti ulteriori audit nel blocco operatorio mettendo in campo azioni di miglioramento anche nell'ambito del percorso della sterilizzazione.

E' stata recepita, ed in uso secondo le indicazioni regionali, la check list 2.0.

Nell'anno 2022, sulla base delle analisi effettuate nel 2021 con la mappatura sinistri che ha evidenziato alcune aree degne di attenzione, verrà svolto un approfondimento sulla sinistrosità legata agli interventi della mano e del piede al fine di risalire alle cause degli eventi e valutare delle opportune azioni di miglioramento finalizzate alla riduzione del rischio e al miglioramento della sicurezza del paziente.

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.

Verrà 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 comprometterne i benefici. 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) rappresentata 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 2022 sarà misurata in cartella clinica la presenza e la completezza 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 2021.

Nel 2022 sarà somministrata la SURVEY dedicata a tutto il personale, inoltre sarà programmato e tenuto almeno un corso di formazione dedicato.

Se si renderà necessario verrà aggiornata la procedura specifica.

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 2022).

ASST/IRCS	
RAGGR.1 ASST SETTE LAGHI, ASST VALLE OLONA, ASST LARIANA, ASST VALTELLINA E ALTO LARIO , ASST VALLE CAMONICA	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 2022 tra le attività previste all'interno del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) verranno effettuate specifiche attività per continuare a 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 équipes di ascolto e mediazione dei conflitti. Le eventuali attività saranno definite ed implementate a seguito di decisioni del CVS (es. estensione del numero delle persone inserite nel processo di ascolto-mediazione).

URP/Comunicazione/Risk Management

Durante l'anno 2021 è stata predisposta la "procedura generale aziendale gestione multidisciplinare sulle segnalazioni dei cittadini" al fine di definire e promuovere attività di mediazione. L'obiettivo del 2022 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 2022, 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 2022 l'analisi dei sinistri del 2021 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 2022 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 2022, che indicano come prioritarie alcune tematiche applicabili presso la nostra ASST, di seguito si espongono le tematiche e 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 2022 verranno rivalutate/confermate le nomine dei referenti del rischio clinico.



2. Recepimento delle indicazioni regionali della check list 2.0. già sperimentata nell'anno 2021 sarà a regime nell'anno 2022, la rilevazione sarà effettuata due volte all'anno.(a fine giugno e fine dicembre)
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 2021.
4. Verificare l'applicazione 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 2022.

4.1 PROGETTO 1: ADOTTARE UN NUOVO APPROCCIO AL RISK MANAGEMENT FORMALIZZANDO UNA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO UTILIZZANDO IL MODELLO ERM (ENTERPRICE RISK MANAGEMENT) PROGETTATO PER AIUTARE LE ORGANIZZAZIONI A "CREARE, CONSERVARE E REALIZZARE VALORE" MIGLIORANDO AL CONTEMPO IL LORO APPROCCIO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO.

Motivazione della scelta: Aumentare la cultura del rischio in tutta la ASST nell'ottica di una visione integrata tenendo conto della resilienza organizzativa presente in sanità. Rinforzare gli strumenti di governo per la gestione del rischio inteso come la capacità di risposta agli eventi noti e/o emergenziali.

Obiettivo specifico: Mappare il rischio complessivo delle strutture afferenti ad ogni dipartimento della ASST(UU.OO e Servizi).Nello specifico si intende misurare i dati evidenziati dell'analisi dei sinistri effettuata nel mese di novembre 2021 (**Mappatura e analisi sinistri RCT/O e benchmark 2009/2019**). L'analisi ha evidenziato l'andamento per anno di denuncia e di accadimento per le prime 4 fonti di errore, che complessivamente coprono il 74% sul totale dei sinistri e che saranno principalmente presidiati nell'anno 2022/2023/2024 :

- Errore chirurgico - 43,0 %
- Errore diagnostico - 15.9 %
- Errore terapeutico - 8.4 %
- Infezione - 6.6 %

Rilevato che l'8,2% degli eventi sono stati catalogati come NON IDENTIFICATO, ovvero l'operatore che ha registrato l'evento non è riuscito a classificare la causa, nel corso dell'anno 20222 sarà effettuata un'analisi di tali eventi con l'obiettivo di riclassificare gli eventi e definirne il profilo di rischio.

Saranno inoltre perseguiti anche i seguenti sotto obiettivi:



1. Diffusione capillare della cultura del rischio presso le UU.OO. al fine di far comprendere ai professionisti sanitari che la gestione integrata dei rischi è un elemento fondamentale all'interno dell'operatività delle varie Unità Operative in quanto può diventare un supporto nella comprensione e gestione delle incertezze derivanti dal contesto interno ed esterno in continua evoluzione (emergenze sanitarie, tecnologie, ecc..)
2. Definizione di una tassonomia unica dei rischi finalizzata alla comprensione dei rischi stessi eliminando dalle segnalazioni di eventi e dalla mappatura dei sinistri la voce "Altro". Tale attività permette di individuare, in un'ottica prospettica, dei rischi che non riscontrano eventi storici occorsi.

Strumenti utilizzati: 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, la rilevazione dei dati dal sistema G.E.D.I.S.S con il supporto del risk manager e del CVS, ciò per definire le attività da mettere in atto per ridurre e/o contenere il rischio delle attività segnalate come non conformi o pericolose per l'organizzazione, per i pazienti e per il personale della ASST. Il documento di misurazione dovrà essere predisposto in formato Excel e dovrà contenere inizialmente come risultato finale l'indice score di ogni U.O /servizio misurato con autovalutazione entro il mese di giugno ed il primo monitoraggio sull'andamento dovrà essere effettuato nel mese di dicembre 2022 dal risk manager e dal CVS.

4.2 PROGETTO 2: FORMALIZZARE ED ADOTTARE UNA SPECIFICA PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE IN REPARTO/AMBULATORI/SERVIZI DI SUPPORTO 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 i 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 assumo 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",

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:

c. 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.

Utilizzare il nuovo modello di FUTF (mod. 543 rev. 3 del 15/12/2021) oggi in formato cartaceo e pensato anche per una conversione in formato elettronico da sperimentare in 2 o 3 UU.OO/Servizi di supporto nell'anno 2022.

Strumenti utilizzati: Predisposizione di una nuova procedura specifica per la gestione dei farmaci nelle UU.OO/servizi della ASST, utile per una maggiore omogeneizzazione/standardizzazione dei processi, considerando che il nuovo modello dovrà tener conto delle raccomandazioni ministeriali.

4.3 PROGETTO 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, 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. Procedure dedicate e aggiornate. Verrà applicata la FMECA relativa al processo dei tamponi per la ricerca del sars cov-2 (come da indicazione di dg welfare trasmessa con nota g1.2021.0042703 del 22.06.2021 anche per l'anno 2022).

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 2021 anche per l'anno 2022

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.

Nel corso del 2022, inoltre, saranno condotte e monitorate le 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 introdotta nell'anno 2020
6. Utilizzo della scheda per la ricognizione/riconciliazione farmacologica.
7. Utilizzo dell'antibiotico profilassi e antibiotico terapia
8. Utilizzo della check list 2.0

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 2022

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" 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, le DMP e l'ufficio qualità aziendale.

6. EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2022

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 a partecipare ai network regionali e 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

All. 1 Linee Operative di Risk Management Anno 2022

SCHEDA PROGETTO_1_ ANNO 2022	
ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini - CTO
Nome Risk Manager	Dott. Arturo Caniglia
1. Titolo del Progetto	Formalizzare ed adottare un nuovo approccio formalizzando una procedura per la gestione del rischio utilizzando il modello ERM (Enterprise Risk Management) progettato per aiutare le organizzazioni a "creare, conservare e realizzare valore" migliorando al contempo il loro approccio alla gestione del rischio.
2. Motivazione della scelta	Aumentare la cultura del rischio in tutta la ASST nell'ottica di una visione integrata tenendo conto della resilienza organizzativa presente in sanità .Rinforzare gli strumenti di governo per la gestione del rischio inteso come la capacità di risposta agli eventi noti e/o emergenziali.
3. Area di RISCHIO	
se ALTRO, specificare:	Risk Assessment
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	2 anni
7. Obiettivo	<p>Obiettivo specifico: Mappare il rischio complessivo delle strutture afferenti ad ogni dipartimento della ASST(UU.OO e Servizi).Nello specifico si intende misurare i dati evidenziati dell'analisi dei sinistri effettuata nel mese di novembre 2021 (Mappatura e analisi sinistri RCT/O e benchmark 2009/2019). L'analisi ha evidenziato l'andamento per anno di denuncia e di accadimento per le prime 4 fonti di errore, che complessivamente coprono il 74% sul totale dei sinistri e che saranno principalmente presidiati nell'anno 2022/2023/2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Errore chirurgico •Errore diagnostico •Errore terapeutico •Infezione <p>Rilevato che l'8,2% degli eventi sono stati catalogati come NON IDENTIFICATO, ovvero l'operatore che ha registrato l'evento non è riuscito a classificare la causa, nel corso dell'anno 20222 sarà effettuata un'analisi di tali eventi con l'obiettivo di riclassificare gli eventi e definirne il profilo di rischio.</p>
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Documento di indirizzo per la valutazione dei Rischi e glossario rischi Scheda analisi dei Rischi per ogni dipartimento UU.OO/Servizi

All. 1 Linee Operative di Risk Management Anno 2022

9. Strumenti e metodi	<p>Strumenti utilizzati: 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, la rilevazione dei dati dal sistema G.E.D.I.S.S con il supporto del risk manager e del CVS, ciò per definire le attività da mettere in atto per ridurre e/o contenere il rischio delle attività segnalate come non conformi o pericolose per l'organizzazione, per i pazienti e per il personale della ASST. Il documento di misurazione dovrà essere predisposto in formato Excel e dovrà contenere inizialmente come risultato finale lo score di ogni U.O /servizio misurato con autovalutazione entro il mese di giugno ed il primo monitoraggio sull'andamento dovrà essere effettuato nel mese di dicembre 2022 dal risk manager e dal CVS.</p>		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	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 $\geq 90\%$	

All. 1 Linee Operative di Risk Management Anno 2022

SCHEDA PROGETTO _2_ ANNO 2022	
ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini- CTO
Nome 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 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
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. 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 assumo 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.
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" ,</p> <p>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>Monitorare l'uso del nuovo FUTF cartaceo (rev.3 del 15.12.21) pensando ad una conversione in formato elettronico.</p>
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Implementazione della nuova procedura per tutte le UU.OO/ambulatori e servizi della ASST.

All. 1 Linee Operative di Risk Management Anno 2022

9. Strumenti e metodi	Predisposizione di una nuova procedura specifica per la gestione dei farmaci nelle UU.OO/servizi della ASST, utile per una maggiore omogeneizzazione/standardizzazione dei processi, considerando che il nuovo modello dovrà tener conto delle raccomandazioni ministeriali.		
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 reparto/ambulatori/servizi di supporto	
	Implementazione del nuovo FUTF in cartella clinica dei pazienti ricoverati dal mese di settembre 2022 e che necessitano di terapia farmacologica	Presenza in cartella \geq al 90% del nuovo modulo FUTF	

All. 1 Linee Operative di Risk Management Anno 2022

SCHEDA PROGETTO _3_ ANNO 2022

ASST/IRCCS/ATS	ASST Pini- CTO		
Nome 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		
3. Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsi		
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	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.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Garantire la sicurezza delle cure e la disponibilità dei posti letto ai pazienti che si rivolgono alla ASST, nel rispetto delle regole nazionali e regionali rispetto alla pandemia		
9. Strumenti e metodi	Modulo anamnesi dedicato per intervista telefonica, strumenti di telemedicina se disponibili. Procedure dedicate e aggiornate		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Mantenimento/aggiornamento della procedura (PGA13) che permetta all'organizzazione di rendere appropriata la presa in carico del	Pubblicazione sulla rete intranet della nuova procedura/istruzione	
	Dare evidenza nella cartella Clinica	Presenza ≥ 90 % della modulistica di riferimento.	