Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

VERBALE DI DELIBERAZIONE N. 301

Direzione Medica dei Presidi

Il Responsabile del procedimento: Maria Lidia Sinatra

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Il giorno 28/04/2022 presso la sede legale, il Direttore Generale nella persona del Dott. Ida Maria Ada Ramponi ha adottato la seguente deliberazione.

OGGETTO: **PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2022**

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Dott. Maurizia Ficarelli
IL DIRETTORE SANITARIO	Dott. Roberto Sfogliarini
IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO	Dott. Diego Maltagliati

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- La LR 30.12. 2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;

- La DGR n. X/4496 del 10.12.2015 con la quale è stata disposta la costituzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema;

- La DGR n. XI/5204 del 07.09.2021 di nomina della Dott.ssa Ida Maria Ada Ramponi quale Direttore Generale della ASST di Crema;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

RICHIAMATI i provvedimenti con i quali la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha definito la strategia, le modalità operative e le linee di intervento finalizzate ad implementare la funzione di Risk Management nelle aziende sanitarie lombarde (Circolare n. 46/SAN/2004, *Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario*, e successivi aggiornamenti), ed in particolare le Linee Operative Risk Management in Sanità anno 2022, di cui alla nota prot. G1.2022.0002966 del 13/01/2022, relative alla programmazione delle attività da sviluppare per l’anno 2022;

RICHIAMATA la Delibera della Corte dei Conti n. 18/SEZAUT/2020/INPR del 7/10/2020 concernente le Linee di indirizzo per i controlli interni durante l’emergenza da COVID-19;

VISTA la DGR n. XI/4508 del 01/04/2021 inerente le determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2021;

RICHIAMATA la Legge n. 24/2017 inerente le disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

DATO ATTO che le Linee Operative regionali per l’anno 2022 prevedono, tra i vari adempimenti, la definizione, approvazione ed adozione del Piano annuale di Risk Management aziendale, con individuazione di specifici progetti operativi, entro il termine del 29/04/2022;

VISTO il Piano di Risk Management 2022 predisposto dal Risk Manager, in cui, avendo considerato il profilo di rischio aziendale sulla base del quadro pandemico attuale, e sulla base della valutazione integrata di dati e informazioni derivanti da essa, da eventi, segnalazioni, reclami, contenziosi e dati degli indicatori, vengono declinate le attività pianificate per l’anno 2022 per lo sviluppo e mantenimento di un sistema di gestione del rischio;

RITENUTO di approvare ed adottare il Piano Annuale di Risk Management dell’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema per l’anno 2022, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Responsabile della UO Risk Management che ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento;

DATO ATTO altresì che il presente provvedimento non comporta oneri per l’Azienda;

ACQUISITA l’attestazione da parte del Responsabile dell’ UOC Programmazione Bilancio e Contabilità;

ACQUISITO il parere del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per quanto di competenza così come previsto dall’art.3 del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni;

DELIBERA

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1. di approvare e adottare il Piano Annuale di Risk Management 2022, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;

2. di prendere atto che il Piano Annuale di Risk Management 2022 è stato sviluppato in conformità alle Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2022, di cui alla nota prot. G1.2022.0002966 del 13/01/2022, esplicitando:

- la strategia che l'Azienda intende perseguire, con evidenza della relazione tra l'andamento del rischio e della sinistrosità dell'ultimo triennio e le linee di intervento individuate;
- gli obiettivi strategici, le azioni di miglioramento e i risultati attesi;
- i progetti operativi da attuare in corso d'anno, con relativi step metodologici, cronoprogramma ed output attesi;
- gli eventi formativi aziendali programmati in tema di risk management e sicurezza;

3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per l'Azienda;

4. di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e alle Unità operative e Servizi aziendali interessati.

Parere favorevole:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO — F.to Dott. Maurizia Ficarelli

IL DIRETTORE SANITARIO — F.to Dott. Roberto Sfogliarini

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO — F.to Dott. Diego Maltagliati

IL DIRETTORE GENERALE

F.to Dott. Ida Maria Ada Ramponi

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

P.A.R.M. 2022

Documento elaborato da:
Risk Manager Maria Lidia Sinatra
Ufficio Qualità
Aprile 2022

Validato da:
Quality Manager
e Responsabile Aziendale PIMO
Dr. Roberto Sfogliarini

Approvato da
Direzioni Generale
Delibera n. xxxx del xx/04/2022

Il Responsabile del procedimento di Direzione Medica dei Presidi - Dott. Maria Lidia Sinatra
Addetto all'istruttoria: Dott. Rita De Martinis

Indice

1. PREMESSA **3**

1.1 ANALISI DI CONTESTO 3

1.2 ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT 2022 5

PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2 ..... **6**

PARTE II – ATTIVITA' ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT **7**

Strategie 7

2. LINEE DI INTERVENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE AREE A RISCHIO **8**

Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche. 8

Trend degli eventi avversi e near miss 8

Trend segnalazioni delle Cadute 12

3. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI : STATO DI AVANZAMENTO **17**

4. LINEE DI INTERVENTO AVVIATE NEGLI ANNI PRECEDENTI **18**

RIFERIMENTI NORMATIVI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO 19

ALLEGATI 20

1. PREMESSA

1.1 ANALISI DI CONTESTO

La struttura aziendale

L'Azienda Socio sanitaria Territoriale di Crema è composta dai seguenti Presidi:

- Strutture ospedaliere con attività di degenza e ambulatoriale
  - Ospedale Maggiore di Crema
  - Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda
  - Struttura per Terapie Sub Acute e Poliambulatorio di Soncino
- Strutture con sola attività ambulatoriale
  - Poliambulatorio di Castelleone
- Strutture territoriali
  - Distretto Cremasco
  - Centro Psico Sociale in Crema
  - Comunità Riabilitativa Assistenziale in Crema
  - Residenzialità Leggera in Rivolta d'Adda
  - NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Crema
  - Sert
  - Consultorio

ASST DI CREMA - POLO OSPEDALIERO -Distribuzione posti letto e posti tecnici al 01.01.2022

01.01.2020	ACCREDITATI							EFFETTIVI							
PRESIDIO	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT	ORD	Agg.vi ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT
CREMA	388	9	12	10	24	52	**495**	324	12	9	12	10	24	52	**443**
RIVOLTA D'ADDA	75	0	0	0	6	14	**95**	75		0	0	0	6	14	**95**
SONCINO SUB ACUTI	0	0	0	0	0	22	**22**	0		0	0	0	0	22	**22**
TUTTA LA AZIENDA	463	9	12	10	30	88	**612**	399	12	9	12	10	30	88	**560**

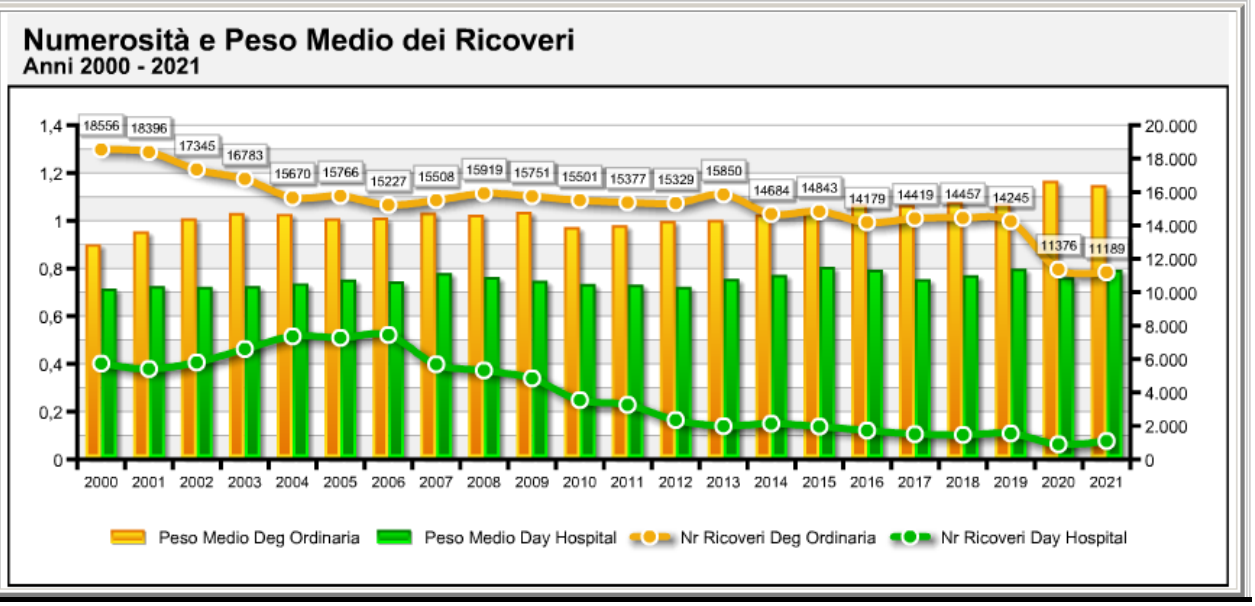
Attività di Ricovero aziendale (2017-2021)

Presidio: AziOsp _ Az Osp Crema

<< Data ultimo aggiornamento: 24.gen.2022 >>

Dati di Attività	2017	2018	2019	2020	2021
Nr ricoveri in Degenza Ordinaria	14419	14457	14245	11376	11189
Nr giornate in Degenza Ordinaria	128980	129156	130662	109969	111899
Peso medio in Degenza Ordinaria	*1,0573*	*1,0715*	*1,0635*	*1,1591*	*1,1405*
Degenza Media complessiva	10,1	10,0	10,3	10,6	11,1
Degenza Media in ricoveri chirurgici	8,1	8,0	8,2	9,2	9,8
Degenza Media in ricoveri medici	10,9	10,9	11,1	11,0	11,7
Nr ricoveri in Day Hospital	1510	1453	1550	896	1091
Nr giornate in Day Hospital	2523	1788	1875	927	1096
Peso medio in Day Hospital	*0,7467*	*0,7623*	*0,7895*	*0,7529*	*0,7860*
Nr ricoveri chirurgici in DO (DRG Tipo C)	4731	4833	4683	3040	3502
Nr ricoveri chirurgici in DH (DRG Tipo C)	1141	1157	1255	728	882
Nr totale parti (DRG 370-375)	756	696	864	731	750
Nr totale nati normali (DRG 391)	680	639	755	643	683
Nr totale nati vivi (ADT: ricoveri con data nascita=data ricovero)	759	699	865	741	759
Nr accessi di Pronto Soccorso	64968	66217	67783	43654	50415

Note: La degenza media è calcolata per i ricoveri con degenza superiore a 1 giorno;



Attività Ambulatoriale aziendale (2017-2021)

Presidio		Prestazioni 2017		Prestazioni 2018		Prestazioni 2019		Prestazioni 2020		Prestazioni 2021	
		nr	valore	nr	valore	nr	valore	nr	valore	nr	valore
003482	PoliCrema	**1.545.010**	23.310.978	**1.625.339**	23.982.059	**1.655.656**	24.216.674	**1.304.310**	18.085.058	**1.630.859**	22.432.057
003484	CAL Rivolta	**2.877**	363.343	**1.882**	260.820	**2.377**	350.584	**2.649**	432.494	**2.601**	434.457
003485	PoliRivolta	**85.954**	1.942.639	**84.140**	2.051.069	**71.142**	2.003.015	**36.389**	974.197	**51.841**	1.275.599
003486	CPS	**944**	19.155	**928**	19.168	**1.112**	21.639	**698**	13.556	**875**	16.804
003488	SERD	**0**	0	**0**	0	**443**	0	**70**	0	**0**	0
003489	PoliSoncino	**4.893**	116.192	**4.742**	126.437	**5.570**	160.992	**3.543**	101.738	**3.893**	104.145
003491	PoliCastelleone	**22.498**	482.648	**22.255**	488.879	**22.688**	527.854	**14.233**	355.460	**20.864**	512.771
003494	NPI	**40.350**	1.373.392	**39.978**	1.372.030	**40.403**	1.401.476	**29.378**	1.119.257	**34.021**	1.305.813
Totali		**1.702.526**	27.608.347	**1.779.264**	28.300.462	**1.799.391**	28.682.234	**1.391.270**	21.081.760	**1.744.954**	26.081.646

L'emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2 ha profondamente ridisegnato le attività dell'ASST di Crema sia in termini organizzativi che assistenziali.

Il periodo novembre 2021 a metà marzo 2022 è stato caratterizzato da un significativo intensificarsi dei contagi da Covid-19 (quarta ondata).

La situazione epidemiologica dell'ultimo bimestre dell'anno 2021 ha comportato maggiori pressioni sui ricoveri ospedalieri e sulle terapie intensive con seguente rimodulazione dell'attività di ricovero programmato e differibile.

Gli elementi che hanno caratterizzato lo scenario epidemiologico, organizzativo e normativo del periodo:

- livelli di incidenza dei casi elevati e conseguente e ulteriore crescita della curva dei contagi da virus SARS COV2;
- maggiore pressione in PS con un trend in continuo aumento dovuto anche alla diffusione della variante Omicron;
- riscontro quotidiano di positività al virus SARS COV2 del personale sanitario;
- la campagna vaccinale anti SARS COV2 ha comportato un significativo risultato in termini di controllo della diffusione della malattia, tuttavia, con la circolazione della nuova variante Omicron, si rende necessario mantenere comportamenti di massima precauzione.

In considerazione dell'ulteriore crescita della curva dei contagi da virus SARS COV2, a gennaio 2022 si è reso necessario recepire le disposizioni di RL per la riorganizzazione della rete ospedaliera in fase emergenziale per una maggiore disponibilità di posti letto Covid (livello 4 del piano emergenziale).

A tutt'oggi si conferma una lenta discesa della curva epidemica, coerente con il calo progressivo dell'incidenza e con una minore pressione ospedaliera.

A seguito dell'introduzione della DGR n. XI/6082 dal 10 marzo 2022 sono stati ripristinati gli accessi dei visitatori in Ospedale, sempre nel rispetto delle norme igienico-sanitarie per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV2.

Tuttavia, l'attuale scenario epidemiologico è caratterizzato dalla diffusione della variante Omicron che presenta caratteristiche di contagiosità e virulenza profondamente diverse rispetto alla variante Delta.

Presumibilmente nella primavera 2022, per la larga percentuale di popolazione recentemente infettata ed il progressivo aumento della copertura della vaccinazione anti COVID, comprese le dosi booster, ci sarà un periodo di relativamente bassa diffusione del virus, con una prevedibile ripresa della circolazione virale nell'inverno.

1.2 ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT 2022

L'emergenza pandemica da SARS-COV-2 ha condizionato in maniera sostanziale l'attività del Risk Management che è stata orientata a supportare la Direzione Strategica nella gestione della Pandemia da Covid-19 al fine di attivare misure efficaci per garantire le condizioni di sicurezza ai pazienti e a tutti gli operatori, indipendentemente dall'ambito professionale ed il setting assistenziale. La Direzione Sanitaria ha provveduto ad elaborare e trasmettere indicazioni chiare e puntuali di prevenzione e protezione.

Visto l'attuale contesto epidemiologico e la complessità dell'assetto organizzativo conseguente, si è reso necessario mantenere orientato il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure ad un livello strategico di responsabilità con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Le attività di Risk Management, governate e coordinate dalla Direzione Strategica Aziendale con il supporto tecnico dell'Unità di Crisi, mantenendo una logica di valutazione del rischio e di sviluppo di una metodologia a supporto dei processi decisionali, saranno indirizzate anche per l'anno 2022, su progetti legati alla sicurezza, che tengano conto di un'analisi specifica del rischio derivante dall'attuale contesto pandemico, nonché della gestione sicura del processo vaccinale in ottemperanza al Piano Regionale vaccini per la prevenzione delle Infezioni da SARS-COV 2.

Il Responsabile del procedimento di Direzione Medica dei Presidi - Dott. Maria Lidia Sinatra
Addetto all'istruttoria: Dott. Rita De Martinis

Metodologia

Il presente Piano di gestione di Risk management, in linea con le indicazioni operative di Regione Lombardia, "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2022" (nota protocollo G1.2022.0002966 del 13/01/2022) e sulla base di quanto già indicato nella nota Protocollo G1.2020.0018792 del 30/04/2020 di Regione Lombardia, è strutturato in due parti: PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2, con attività di gestione del rischio clinico in ambito di tematica di lotta al contrasto al COVID-19 e PARTE II – ATTIVITA'ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT, con le attività ordinarie di Risk management.

L'attività del piano di Risk Management tiene conto anche di quanto indicato nella Delibera del 7 ottobre 2020 della Corte dei conti "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19" (Delibera n. 18/SEZAUT/2020/INPR) pubblicata in GU n.280 del 10-11-2020, con particolare riferimento al capitolo 2.5.3 del documento medesimo, ovvero sulla gestione del rischio sanitario in conseguenza del COVID-19.

Per la rendicontazione, prevista per il 31/01/2023, si procederà secondo quanto indicato nelle linee guida citato mediante la relazione e la compilazione delle check list.

Per la elaborazione del Piano di Risk Management sono stati analizzati i risultati provenienti dalle diverse fonti informative presenti in Azienda:

- segnalazioni spontanee (Incident Reporting),
- sinistri,
- reclami,
- customer satisfaction
- check list di autovalutazione regionale
- fonti esterne regionali e del Ministero della Salute.

PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2

Per quanto richiamato sopra, in conformità alle indicazioni regionali contenute nelle Linee Operative Risk Management in Sanità – anno 2022, l'Azienda ha ritenuto opportuno mantenere un focus sui seguenti ambiti di attività legati alla sicurezza dell'attività del Polo ospedaliero e del Polo Territoriale:

1. soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina);
2. riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti;
3. soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID al fine di recuperare significativi volumi di attività riducendo i tempi di attesa accumulati a causa della pandemia;
4. disponibilità e gestione delle apparecchiature biomedicali, in particolare per la ventilazione, e tempi di utilizzo in relazione all'afflusso dei pazienti nelle aree COVID 19 ;
5. interventi strutturali;
6. approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI e gel antisettico per mani ;
7. gestione delle riaperture dei servizi rivolti a pazienti non COVID e mantenimento nel tempo dei servizi di emergenza.
8. percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (triage differenziati, e suddivisone reparti; COVID e non COVID, aree filtro per la vestizione e svestizione), e loro monitoraggio e piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici;
9. gestione delle vaccinazioni anti COVID-19 (organizzazione delle sedute vaccinali, rilevazione ed analisi delle reazioni vaccinali, gestione della catena del freddo, formazione del personale, ecc …).

Inoltre, tenendo conto anche alla DGR 4508/2021 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021", si ritiene di proseguire con il progetto operativo "gestione dei cluster epidemici in aree non Covid", attinente alla sicurezza nella gestione della Pandemia in contesto ospedaliero.

A tal proposito, per l'anno in corso sono previsti audit specifici per la verifica dell'applicazione della "Procedura organizzativa gestione dei cluster epidemici e del singolo caso positivo in aree non COVID-19", PO 28, Rev. 0 26/11/2021 e la compilazione delle relative schede di segnalazione (scheda Progetto 1.1).

PARTE II – ATTIVITA' ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT

Strategie

La ASST di CREMA persegue da anni l'obiettivo del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure e dei processi, sviluppando politiche in tema di risk management e realizzando i Piani annuali predisposti. Ne danno evidenza le rendicontazioni annuali prodotte nel tempo.

Il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato designato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo, per "*favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, … sintetizzando le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione*" (DGR n. IX/1185 del 20.12.2013).

La ASST di Crema è da tempo strutturata verso questo percorso di gestione del miglioramento, anche mediante uno step di valutazione, rappresentato dal Quality Report, finalizzato a dare evidenza dei risultati ottenuti dalla Struttura, come elementi di valutazione in ingresso, ai fini della predisposizione del Piano di Risk Management 2022.

Ulteriore riferimento strategico è il DM n. 70 del 2 aprile 2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*".

l'ASST di Crema garantisce gli obiettivi assistenziali secondo i principi della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza, di centralità del paziente e umanizzazione delle cure e dispone di consolidate procedure generali e organizzative in ottemperanza ai requisiti previste dal DM 70/2015:

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi e near miss (Incident Reporting);
- Gestione del Rischio Clinico; trattamento delle non conformità; gestione del miglioramento mediante azioni correttive e preventive;
- Prevenzione degli errori di: identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (Check-list di sala operatoria) e scheda unica di terapia e di riconciliazione della terapia farmacologica;
- Prevenzione delle infezioni mediante sistemi di segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani.

Nel corso del 2022 si prevede la revisione della procedura della gestione dei rischio con particolare riguardo al rinforzo nell'utilizzo di uno strumento pro-attivo di risk management per la riduzione degli errori (FMECA) dopo una opportuna fase di formazione aziendale destinata ai Referenti Qualità.

Il Responsabile del procedimento di Direzione Medica dei Presidi - Dott. Maria Lidia Sinatra
Addetto all'istruttoria: Dott. Rita De Martinis

LINEE DI INTERVENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA

Di seguito si esplicita il percorso metodologico adottato per elaborare il presente PARM.

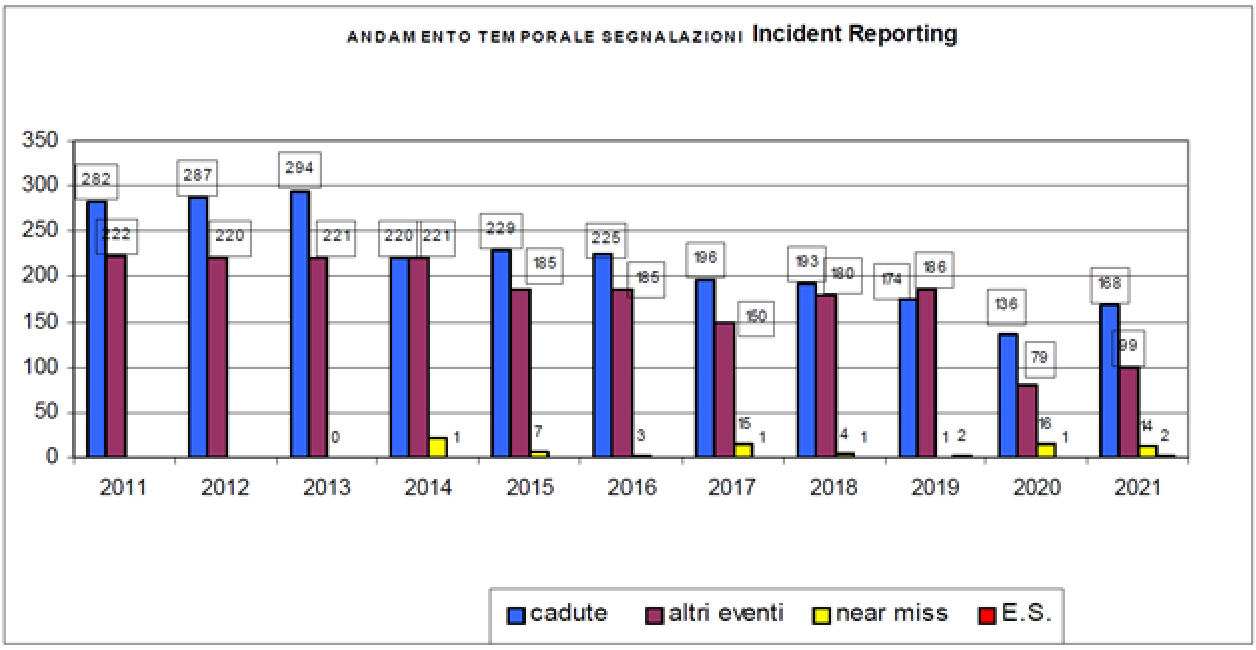
Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche.

Trend degli eventi avversi e near miss

Si riassumono di seguito i risultati delle principali fonti disponibili:

Nel grafico 1 è evidenziato il trend delle segnalazioni spontanee di tutti gli eventi dall'anno 2011 all'anno 2021

Grafico n. 1



Nella tabella **n. 1** sono a confronto le segnalazioni spontanee e i near miss dell'ultimo triennio (2019/2020/2021) suddivise per categorie di evento o macroaree individuate in coerenza con gli esempi disponibili in letteratura e con il "Protocollo Monitoraggio Eventi Sentinella, Ministero della Salute anno 2009", raccolti nel documento interno "Lista eventi sentinella e categorie eventi per incident reporting" Rev. 04 del 20.5.2010.

Da Gennaio 2018 il data-base degli incident reporting della nostra Azienda è stato riformulato con ulteriori categorie di evento, oltre agli eventi sentinella già presenti; tali categorie di evento sono state suddivise per Macroaree al fine di semplificare il sistema di aggregazione dei dati; ad ogni Macroarea sono correlate le possibili "causazioni" dell'evento mediante un codice identificativo ed un sistema di classificazione dettagliato in conformità con le indicazioni Ministeriali *[Ministero della Salute – dipartimento della Qualità. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione tecnica sul rischio clinico (DM 5 marzo 2003).* Tale sistema di classificazione è omogeneo rispetto alla tassonomia utilizzata dal Broker Regionale AON e aderente alle raccomandazioni riportate nel rapporto dei "*Sistemi di segnalazione e analisi degli incidenti in materia di sicurezza dei pazienti in tutta Europa*".

L'analisi dell'evento è necessaria per identificare i fattori causali e/o contribuenti ed è utile ad individuare le azioni a tutela della salute pubblica e a garanzia della sicurezza del sistema sanitario.

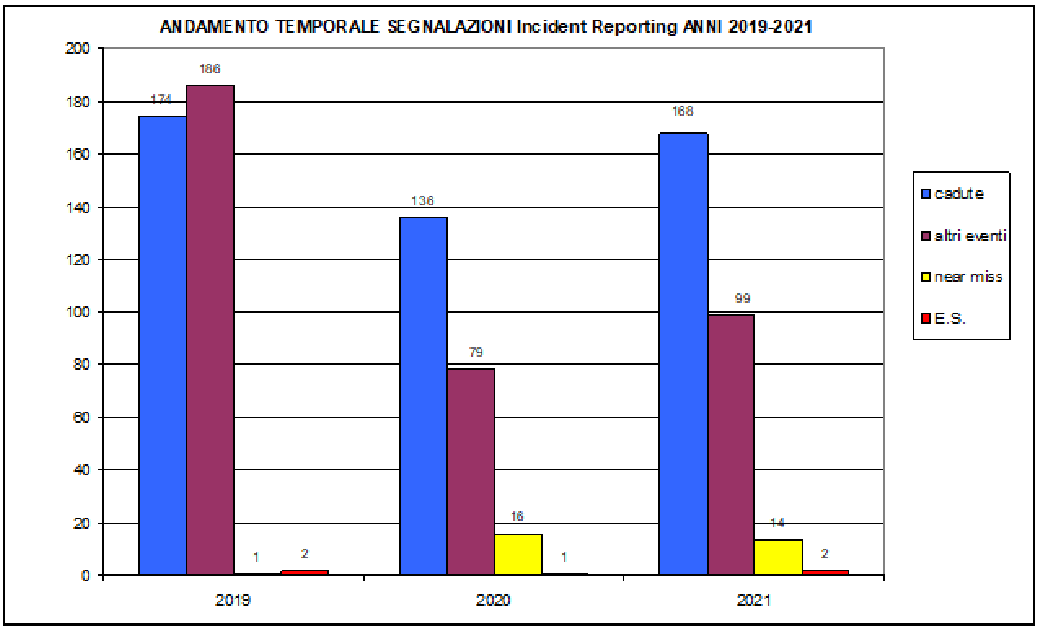


tabella n. 2_SEGNALAZIONI SPONTANEE

Categorie delle segnalazioni spontanee (eventi e "near miss")	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
TOTALE SEGNALAZIONI	**363**	**232**	**283**
CADUTE	**174**	**136**	**168**
EVENTI NEAR MISS	*1*	*16*	*14*
EVENTI	*188*	*80*	*101*
TOTALE EVENTI (escluso cadute)	**189**	**96**	**115**

tabella n. 3

	anno 2021	
Categorie eventi	**n°**	**%**
CADUTA	168	
ERRORE DI PROCEDURA/ PDTA	62	53,91%
COMUNICAZIONE	14	12,17%
ERRORI NELLA TEMPISTICA	9	7,83%
AGGRESSIONE	6	5,22%
ERRORE DI PREVENZIONE	6	5,22%
ERRORE DIAGNOSTICO	4	3,48%
ERRORE TERAPEUTICO	4	3,48%
ERRORI DI COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3	2,61%
FUGA PAZIENTE	2	1,74%
NON IDENTIFICATO - ALTRO	1	0,87%
MATERIALE DIFETTOSO ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	1	0,87%
PERDITE ECONOMICHE	1	0,87%
E.S. "Morte, coma,gravi alterazioni funzionali da errori in terapia farmacologica"	1	0,87%
E.S. "Atti di violenza a danno di operatore"	1	0,87%

Anche nell'anno 2021 la situazione ha costretto ad una rivisitazione delle consuete modalità per la gestione del rischio clinico dovuto anche alla riorganizzazione delle attività clinico assistenziale ospedaliere e territoriali.

Al fine di garantire la protezione e la sicurezza di pazienti, operatori sanitari, visitatori che a diverso titolo hanno avuto accesso ai reparti/servizi della ASST di Crema, si sono perseguiti i principali seguenti obiettivi:

- prevenire la diffusione di COVID-19;
- identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19;
- garantire l'assistenza dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto;
- garantire una adeguata sorveglianza del personale sanitario esposto a COVID-19.

Nello specifico contesto sanitario, sono oggetto di rilevazione sia gli episodi potenzialmente in grado di provocare danni (eventi senza esiti e/o near miss) sia gli episodi che li abbiano provocati (eventi avversi).

Sono inclusi nella rilevazione anche gli eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili , che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti dell'Azienda. (eventi sentinella).

Le informazioni fornite dalla reportistica collegata all'Incident Reporting consentono di aumentare i livelli di conoscenza delle cause e dei fattori determinanti che hanno contribuito al verificarsi di un evento avverso e le correzioni possibili da mettere in atto.

Nel corso del 2021 si è confermato il trend in aumento delle segnalazioni spontanee di eventi avversi da parte degli operatori rispetto al 2020, a testimonianza del fatto che lo strumento della segnalazione sia considerato utile per individuare le cause degli errori e per evitarne la ripetizione.

CAUSE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI QUASI EVENTI (ESCLUSE LE CADUTE)

L' analisi eseguita sulla casistica di eventi avversi e quasi eventi segnalati, escluse le cadute, ha portato alla definizione delle cause che li ha generati (causazioni). Nella tabella n. 2 sono rappresentate in ordine di frequenza le aree (categorie eventi) e i processi coinvolti nelle cause delle segnalazioni spontanee.

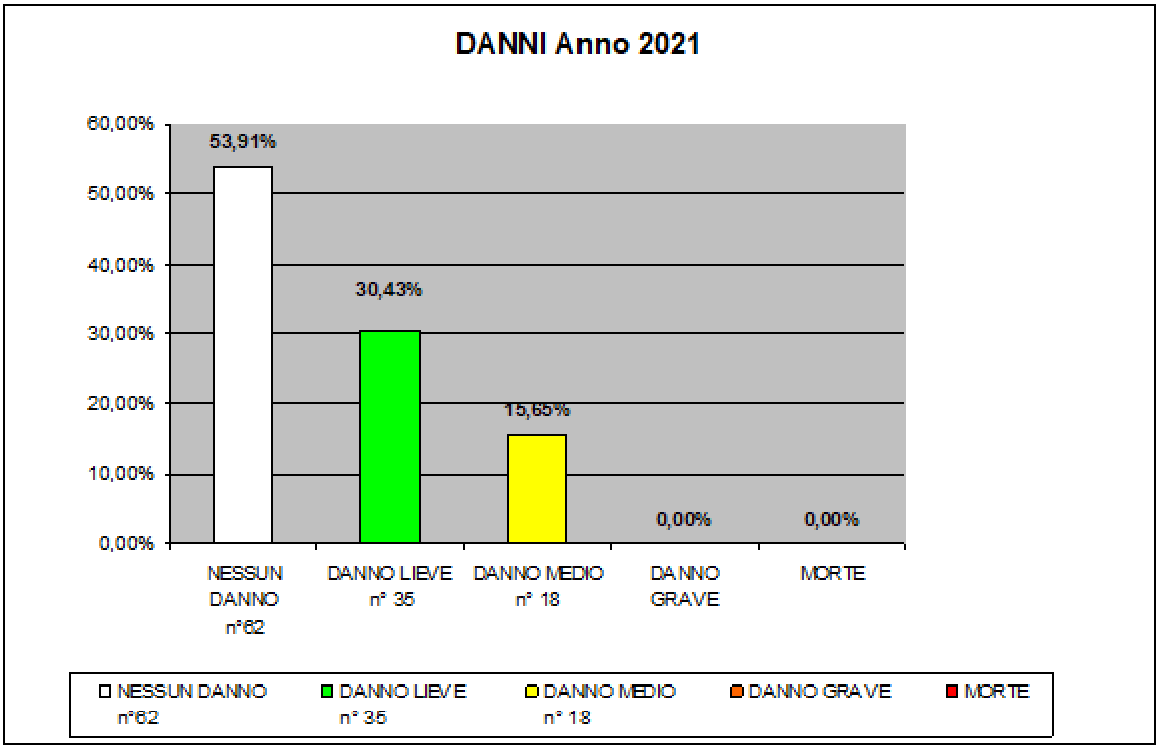
Tabella n. 2

CATEGORIE EVENTI	N° tot	%	Causazione	n°
ERRORE PROCEDURA / PDTA	62	61,39%	Errore nella esecuzione della procedura/PDTA	61
			Errore nella scelta della procedura/PDTA	1
COMUNICAZIONE	14	13,86%	Inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario	10
			Mancato ripsetto/applicazione regole/procedure Organizzazione Aziendale	4
ERRORI NELLA TEMPISTICA	9	8,91%	Ritardata diagnosi/trattamento/indicazione	9
ERRORE DI PREVENZIONE	6	5,94%	Inadeguata/Mancata identificazione paziente	4
AGGRESSIONE	6	5,94%	Azione volontaria (paziente non psichiatrico)	4
			Azione volontaria di altra utenza	2
ERRORE DIAGNOSTICO	4	3,96%	Ritardata diagnosi	4
ERRORE TERAPEUTICO	4	3,96%	Mancata o ritardata terapia	2
			Errore nelle fasi di prescrizione, trascrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione	2
ERRORI DI COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	3	2,97%	Inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario	2
			Inadeguata comunicazione con pazienti e famigliari	1
FUGA DI PAZIENTE	2	1,98%	Inadeguata struttura	1
			Allontamento volontario	1
NON IDENTIFICATO -ALTRO	1	0,99%	Altro	1
PERDITE ECONOMICHE	1	0,99%		1
MATERIALE DIFETTOSO, EROORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	1	0,99%	Inadeguatezza del supporto tecnologico	1
EVENTO SENTINELLA	1	0,99%	Atti di violenza a danno di operatore	1
EVENTO SENTINELLA	1	0,99%	Morte, coma, gravi alterazioni funzionali da errori in terapia farmacologica	1

L'analisi della casistica delle segnalazioni spontanee dell'ultimo anno evidenzia **tre aree di maggiore rischio in ordine di prevalenza**:

- **ERRORI DI PROCEDURA (61,39%)** ed in particolare: mancate verifiche/mancata comunicazione rischi procedura pre-procedura o terapia; mancata/ritardata procedura/profilassi chirurgica o terapeutica;
- **ERRORI DI COMUNICAZIONE (13,86%),** prevalentemente caratterizzata da: inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario; documentazione assente.
- **ERRORI NELLA TEMPISTICA (8,91%):** ritardata diagnosi/trattamento/indicazione; altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici.

CONSEGUENZE DEGLI EVENTI AVVERSI (ESCLUSO CADUTE)



Si rileva che tra il numero totale di 115 eventi dell'anno 2021 (escluso le CADUTE), in n. 62 casi (53,91%) non si è determinato alcun danno per il paziente, mentre in n. 35 (30,43%) casi si è verificato un danno di grado LIEVE.

Nell'anno 2021 si sono verificati n. 2 Eventi Sentinella che non hanno comportato morte:

1. "Atti di violenza a danno di operatore"Evento Sentinella ID 11910/2021 – del 27/05/2021
2. "Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivanti da errori in terapia farmacologica", Evento Sentinella ID 12339 del 16/12/2021.

INSEGNAMENTI / AMBITI DI MIGLIORAMENTO/ AZIONI

Sulla base di tali dati presentati, per il 2022 si confermano gli elementi del piano di risk management e gestione COVID-19 perseguiti nel 2021 con l'obiettivo primario di garantire le condizioni di sicurezza ai pazienti e a tutti gli operatori, indipendentemente dall'ambito professionale, il setting assistenziale, trasmettendo indicazioni chiare e puntuali di prevenzione e protezione.

Elementi cardine per prevenire il rischio di diffusione del virus SARS-CoV-2:

- Rinforzo su Procedure correlate all'emergenza COVID-19 e PDTA
- Comunicazione tra gli operatori.
- Attività formativa sui percorsi di presa in carico dei pazienti e gestione integrata.
- Rinforzo del processo di gestione della documentazione sanitaria, soprattutto nel passaggio di consegne.

Azioni conseguenti agli eventi sentinella

Sul tema della violenza sul luogo di lavoro, nel corso dell'anno 2022, verranno realizzati i seguenti corsi di formazione per gli operatori sanitari:

- "RISCHIO AGGRESSIONE: GESTIRE SITUAZIONI DIFFICILI CON L'UTENZA E RICONOSCERE I SEGNALI CRITICI - D.LGS 81/08";
- "RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO - D.LGS 81/08".

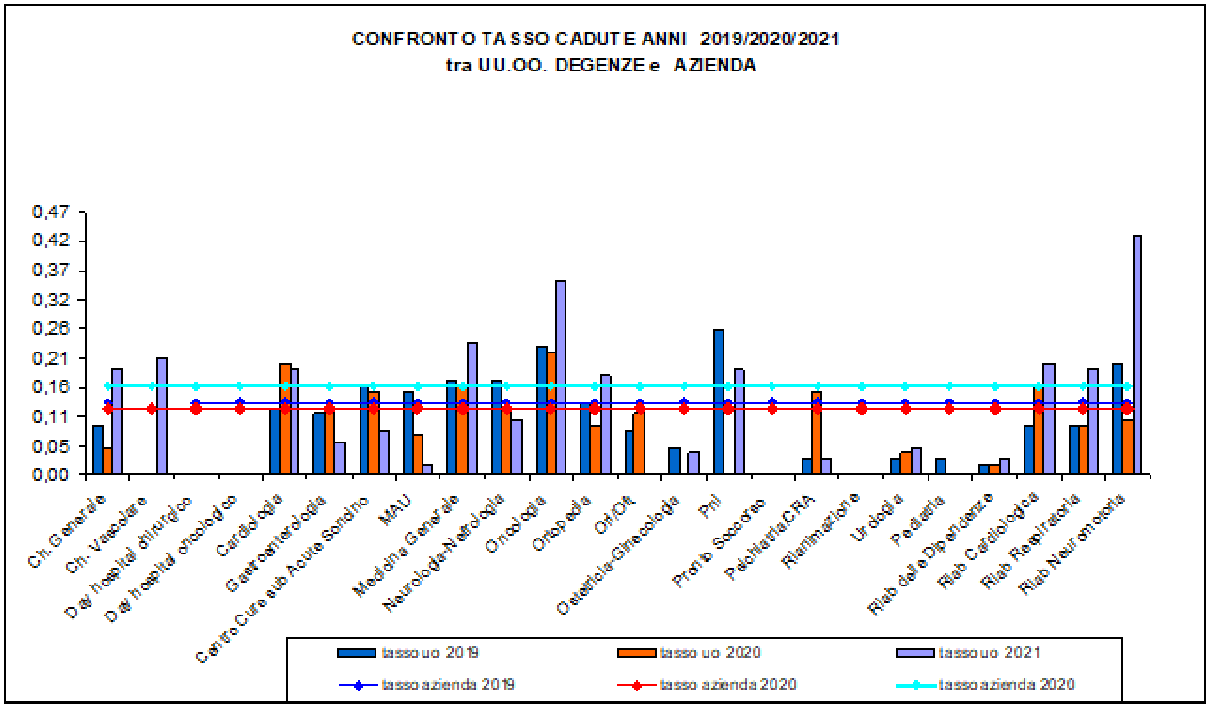
Trend segnalazioni delle Cadute

Per quanto riguarda l'evento "cadute" oltre a proseguire la verifica della presenza della scheda di valutazione e rivalutazione del rischio all'interno delle cartelle cliniche, è stata attuata una attenta valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto a seguito della valutazione del rischio caduta, in particolare in quelle UU.OO. dove l'evento aveva un'alta frequenza o un elevato rischio di danno grave per il paziente. Di pari passo è stato mantenuto attivo il processo di pianificazione delle manutenzioni delle strutture (posizionamento ausili alla deambulazione, superamento di barriere, ecc.).

Il numero delle segnalazioni di cadute rappresenta anche per l'anno 2021 la prima tipologia di segnalazione effettuata tramite gli strumenti aziendali di incident reporting.

Si evidenzia un incremento significativo delle segnalazioni cadute, rispetto al 2020 ma tale dato a nostro avviso attiene all'implementazione del sistema di segnalazione delle stesse, rispetto all'anno precedente (emergenza COVID-19). (Grafico 2).

GRAFICO 2 – Andamento delle segnalazione di cadute negli anni 2019/2020/2021 per UU.OO.



Tasso di cadute per 1.000 gg di degenza

Tabella 1. Tasso di "segnalazione di cadute" negli anni	**2019**	**2020**	**2021**
cadute per 1000 gg di degenza	**0.13**	**0.12**	**0.16**

Tabella.2 DANNO da CADUTA

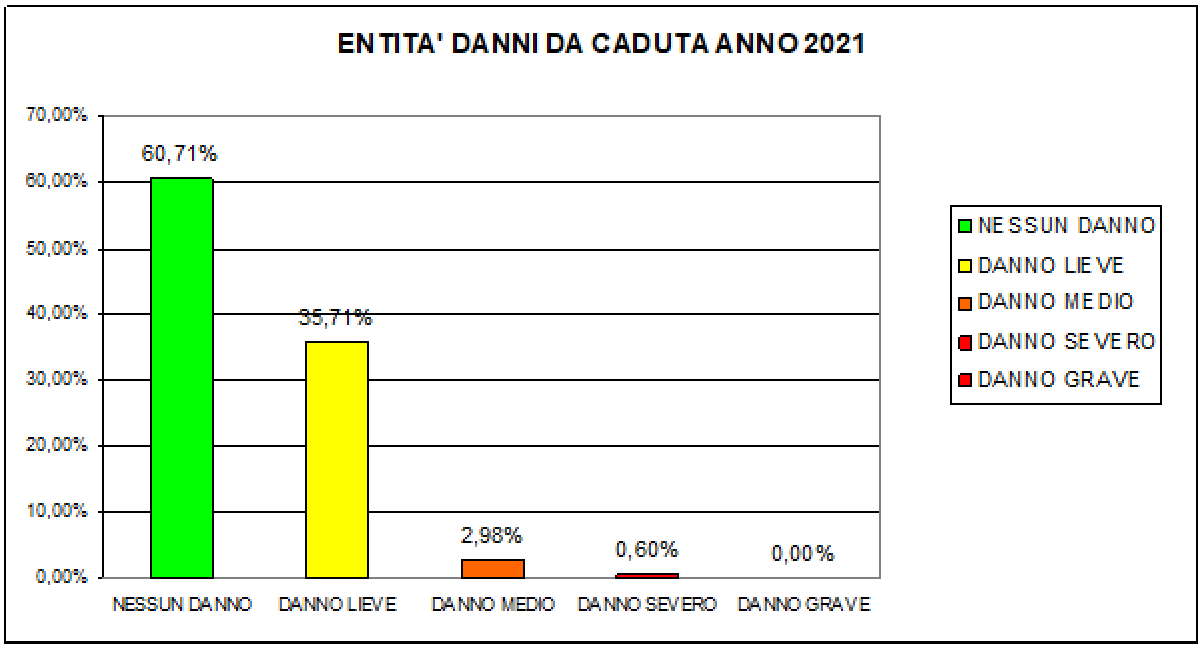


Tabella 3

DANNO				
Nessuno	*Lieve*	*Moderato*	*Severo*	*Grave*
102	60	5	1	0
60.71%	**35.71%**	**2.985**	**0.605**	**0**

Tabella n. 4

Tabella "TASSO di cadute per 100 gg degenza: confronto Tasso Aziendale e UU.OO."

	tasso UO 2019	tasso UO 2020	tasso UO 2021	outlook anno 2021 rispetto anno 2020	outlook UO anno 2021 rispetto azienda 2021
Ch. Generale e Vascolare	0,09	0,05			
Ch. Generale			0,19		negativo
Ch. Vascolare			0,21		negativo
Cardiologia	0,12	0,20	0,19	positivo	negativo
Gastroenterologia	0,11	0,12	0,06	positivo	positivo
Centro Cure sub Acute Soncino	0,16	0,15	0,08	positivo	positivo
MAU	0,15	0,07	0,02	positivo	positivo
Medicina Generale	0,17	0,16	0,24	negativo	negativo
Neurologia-Nefrologia	0,17	0,24	0,10	positivo	positivo
Oncologia	0,23	0,22	0,35	negativo	negativo
Ortopedia	0,13	0,09	0,18	negativo	positivo
Orl/Oft	0,08	0,11	0,00	positivo	positivo
Ostetricia-Ginecologia	0,05	0,00	0,04	negativo	positivo
Pnl+UTIR	0,26	0,18	0,19	negativo	negativo
Pronto Soccorso	0,003	0,00	0,02		positivo
Psichiatria/CRA	0,03	0,15	0,02	positivo	positivo
Rianimazione	0,00	0,00	0,00	positivo	positivo
Urologia	0,03	0,04	0,05	stabile	positivo
Pediatria	0,03	0,00	0,00	positivo	positivo
Riab delle Dipendenze	0,02	0,02	0,03	stabile	positivo
Riab Cardiologica	0,09	0,16	0,20	negativo	negativo
Riab Respiratoria	0,09	0,09	0,19	negativo	stabile
Riab Neuromotoria	0,20	0,10	0,43	negativo	negativo
TASSO AZIENDA	**0,13**	**0,12**	**0,16**		

Nella Tabella 4 e 5 sono descritte le caratteristiche dei pazienti caduti, ed in particolare si da evidenza del danno subito. Nell'anno 2021 non vi sono stati **danni gravi.**

Tabella n. 4-5

Anno 2021: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

N° CADUTE	Sesso		Momento della giornata				Danno					ETA'			
	Femmina	Maschio	Mattino	Pomeriggio	Notte	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo	Grave	<65	66-74	75-84	>84	NON NOTA
168	72	96	53	55	60	102	60	5	1	0	31	37	71	27	2
%	42.86%	57.14%	31.55 %	32.74%	35.71 %	60.61%	35.71%	2.98%	0.60%	0	18.45%	22.02%	42.26%	16.07%	1.19%

Anno 2020: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

N° CADUTE	Sesso		Momento della giornata				Danno					ETA'			
	Femmina	Maschio	Mattino	Pomeriggio	Notte	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo	Grave	<65	66-74	75-84	>84	NON NOTA
136	46	90	48	49	39	76	52	7	0	1	16	41	47	28	4
%	33,82%	66,18%	35,29%	36,03%	28,68%	55,88%	38,24%	5,15%	0,00%	0,74%	11,76%	30,15%	34,56%	20,59%	2,94%

L'analisi delle segnalazioni di caduta dei pazienti, si articola nella valutazione della documentazione sanitaria, della numerosità per unità di rischio, della classe di età e sesso del paziente, del momento dell'evento (mattino, pomeriggio, notte) e del luogo e grado di lesione.

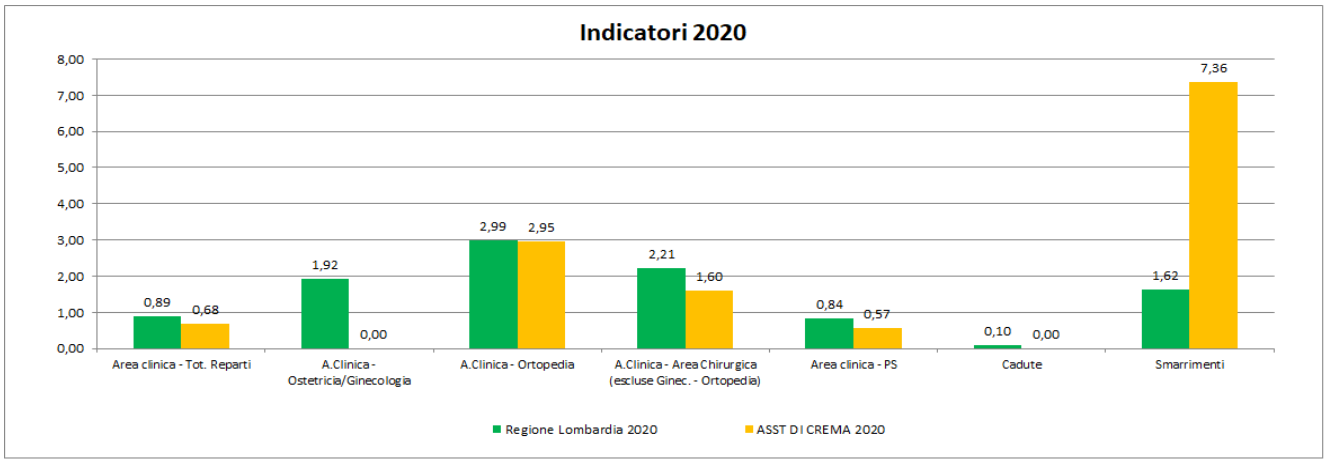
Si riscontra una maggiore incidenza nelle UU.OO afferenti al Dipartimento Medico e Dipartimento Riabilitativo.

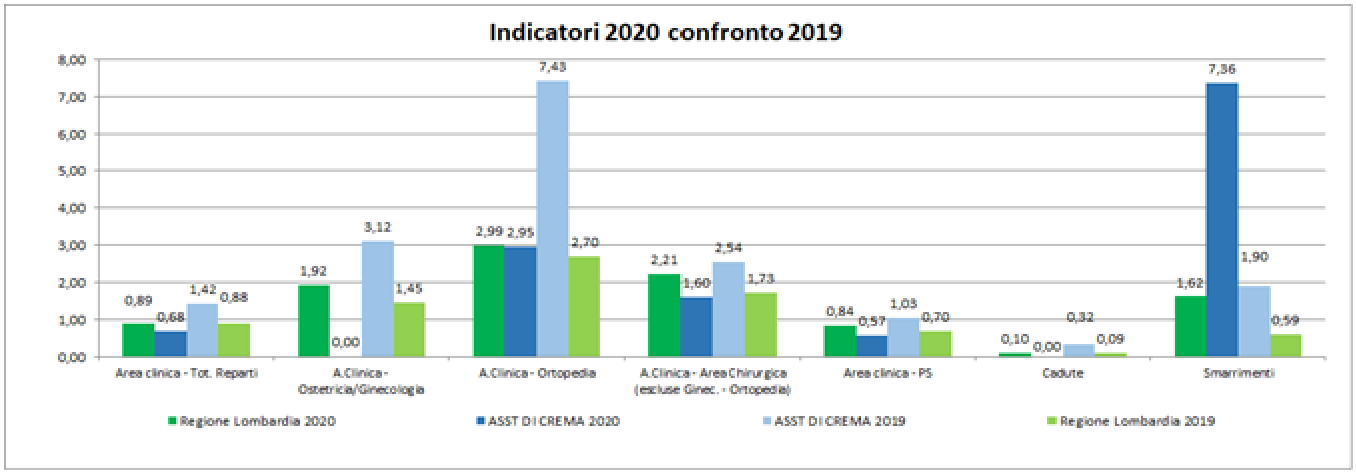
Nel corso del corrente anno, saranno pianificate ed intraprese le necessarie ed opportune azioni di miglioramento (Gruppo **GAD**).

Sinistrosità

L' analisi dei sinistri è eseguita costantemente durante l'anno nell'ambito del Comitato di Valutazione Sinistri e nel Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio.

Di seguito si evidenzia il sistema di indicatori di Risk Management relativo alle richieste di risarcimento pervenute nell'anno 2020 (ultima rilevazione Regionale disponibile) relativi agli eventi accaduti negli anni 2019-2020 rapportati, per la maggior parte degli indicatori, alle giornate di degenza. Il risultato aziendale è rappresentato con un grafico che evidenzia il raffronto con la media regionale.





A fronte dell'analisi degli indicatori di frequenza si formulano le seguenti considerazioni in merito al RISCHIO CLINICO.

Tasso di incidenza dei sinistri – anno 2021.

Area Clinica(tot reparti escluso PS)

Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di degenza di ricovero (DO e DH)= 1,85

Ostetricia e Ginecologia (OG)

Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di degenza di ricovero (DO e DH) = 6,62

Ortopedia e Traumatologia (OT)

Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di degenza di ricovero (DO e DH) = 9,98

Area Chirurgica (esclusi OG e OT)

Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di degenza di ricovero (DO e DH) = 1,38

Pronto Soccorso

Tasso di incidenza sinistri per 10.000 accessi= 1,38

Smarrimenti

Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di degenza di ricovero (DO e DH) = 4,86

Cadute (pazienti)

Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di degenza di ricovero (DO e DH) = 24,83

Categoria di Sinistri 2021 trattati nel Comitato Valutazione Sinistri

Tabella n.6

Evento	N° casi
Decesso	13 (di cui 6 per COVID)
Errore chirurgico	8
Smarrimento	6
Caduta	3
Danneggiamento cose	2
Errore diagnostico	2
Errore terapeutico	1
Malattia professionale	1

Complessivamente le richieste di risarcimento avanzate nell'anno 2021, alla data della presente relazione, risultano essere 36 confermando il trend registrato negli ultimi anni, senza tenere conto dei dati registrati nel 2020 in quanto inevitabilmente viziati dal blocco dell'attività in occasione dell'evento pandemico.

Si rileva, per quanto riguarda le richieste di risarcimento dell'Ortopedia e Traumatologia, una riduzione rispetto al dato rilevato nel 2020 (tasso di incidenza 11,66) e un significativo aumento di richieste di risarcimento per gli smarrimenti.

A tal proposito nel corso dell'anno 2022 verrà redatta una procedura aziendale per la corretta gestione degli effetti personali di proprietà del paziente (**Scheda Progetto 1.3).**

Il dato dei sinistri relativo all'anno 2021 richiama comunque ad un ulteriore impegno di prevenzione da perseguire in concorso con le altre componenti aziendali attraverso un'attività mirata di sensibilizzazione e formazione continua del personale per le aree più coinvolte.

A fronte dell'analisi di questi dati sono state implementate azioni correttive e preventive volte alla riduzione degli eventi avversi, sebbene gli indicatori di sinistrosità relativi all'ASST di Crema siano al di sotto della media regionale.

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI : STATO DI AVANZAMENTO

Per l'anno 2022, compatibilmente con le misure da mettere in atto per la gestione dell'emergenza COVID-19, proseguiranno le azioni aziendali per promuovere l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali con particolare riguardo a quello non ancora completamente implementate dalla ASST.

Stato di avanzamento

	Raccomandazione	N. STD	% RAGG STD	E. M.	% RAGG. E. M.	OBJ STD
1	Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	29	(29-(1 NA)=28) 28/28=100%	33	(33-(1 NA) =32) 32/32=100%	100%
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	24	(23/24) 95.83%	41	(39/41) 95.12%	100%
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	18	(17/18) 94.44%	24	(22/24) 91.7%	100%
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio in ospedale	18	(16/18) 88.9%	27	(21/27) 77.8%	95%
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABo	16	(15/16) 93.75%	23	(22/23) 95.65%	100%
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	11	(5/11) 45,45%	20	(11/20) 55,00%	100%
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	14	(14/14) 100%	20	(19/20) 95%	100%
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	17	(13/17) 76,47 %	17	(13/17) 76,47 %	90%
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	20	(18/20) 90,00%	20	(18/20) 90,00%	100%
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	13	(11/13) 84,61 %	15	(11/15) 73.33%	100%
11	Raccomandazione per la prevenzione di morte o grave danno conseguente al malfunzionamento del sistema di trasporto intra ed extra ospedaliero	21	(21/21) 100%	25	(25/25) 100%	100%
12	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "LOOKALIKE/SOUND-ALIKE"	15	(15-(3 NA) =12) 12/12=100%	67	(67-(24 NA) = 43) 41/43=95%	100%
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del pazienti nelle strutture sanitarie	34	(33 /34) 97%	55	(53 /55) 96%	100%
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici			181	163/181 = 90%	100%
15	Raccomandazione per la prevenzione di Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	31		42	100%	100%
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	33		62	Stime: 70% Ostetricia 70% Pediatria	95%
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	31	21/31 = 67%	47	38/47=80%	80%
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Check List ND				
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide					

LINEE DI INTERVENTO AVVIATE NEGLI ANNI PRECEDENTI

Per quanto riguarda le aree prioritarie di rischio qui sotto elencate, si provvederà, compatibilmente con le priorità definite dalla epidemia pandemica da COVID-19, a proseguire le iniziative già avviate negli anni precedenti :

1) Rischio di infezioni nelle organizzazioni sanitarie e sepsi (PDTA, Check list Logistico-Organizzativa e audit, interfaccia con i piani del CIO) In continuità con il percorso regionale di lotta alla SEPSI, sotto la regia del CIO aziendale, saranno effettuati audit strutturati per verificare l'efficace applicazione dei "protocolli SEPSI" attivi in azienda.

In coerenza alle Linee Guida di Risk Management dell'anno 2022 viene ripreso il progetto già attivato nel 2018 che a causa pandemia, è stato sospeso. Verrà monitorata l'applicazione della procedura organizzativa aziendale "PROCEDURA ORGANIZZATIVA PER LA DIAGNOSTICA E GESTIONE DELLA SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO", PO17 , Rev. 01 del 10/04/2019, nonché l'applicazione della check list per la prevenzione della sepsi a livello di sistema. (Vedi **scheda progetto n. 1.2).**

2) Gestione del rischio clinico in sala operatoria ("Check list Chirurgia Sicura 2.0);

prosegue l'attenzione a questa tematica; in particolare – anche a fronte della nuova "check-list chirurgia sicura 2.0" (Decreto n. 1275 Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia) e delle specifiche Raccomandazioni Ministeriali (RM n.2: ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico; RM n.3: corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura); l'applicazione di quanto contenuto nelle Linee Guida per la Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico pubblicate da OMS nel Novembre 2016 e da CDC nell'agosto 2017, sarà programmato e avviato l'utilizzo dei nuovi strumenti di check-list: "Check List di Sistema" e "Check List Paziente" come strumento di assessment del paziente candidato ad intervento chirurgico.

3) Gestione del rischio nell'utilizzo dei Farmaci e sull'antibiotico resistenza (raccomandazioni ministeriali 17 e 19, collegamento con farmacovigilanza);

4) Violenza a danno degli operatori (implementazione raccomandazione n.8);

5) Rischio clinico in Travaglio/Parto (triggers materno/fetali, l'analisi dei nuovi dati sulla sorveglianza della mortalità e dei near miss materni e perinatali);

6) Gestione del rischio in ambito dell'impiego delle radiazioni ionizzanti (efficacia delle indicazioni regionali);

7) Rischio in ambito territoriale (RSA o altre U.d.O.);

8) Rischio da errori Trasfusionali (analisi congiunta delle criticità da reazione trasfusionali reazioni AB0 e collegamento con i referenti della sicurezza trasfusionale);

9) Rischio clinico in Pronto Soccorso.

Sintesi azioni previste da PARM 2022

Parte 1 - Gestione emergenza Sars Cov-2

1. Prevenzione dell'infezione da SARS Cov-2
2. Gestione dei cluster epidemici (Progetto n. 1.1)

Parte 2 - Attività ordinarie di Risk Management

1. Rischio di infezioni nelle organizzazioni sanitarie: sepsi (Progetto n. 1.2)
2. Gestione del rischio in sala operatoria
3. Utilizzo di farmaci e antibiotico resistenza
4. Prevenzione di atti violenza verso operatori sanitari (Racc. n. 8)
5. Completamento delle Raccomandazioni Ministeriali (Racc. n. 4, 8, 16, 17, 18, 19)
6. Prevenzione rischio caduta

7. Prevenzione del rischio di smarrimento degli effetti personale i (Progetto n. 1.3)
8. Sistema di segnalazione e incident reporting
9. Rischi clinico in travaglio parto
10. Gestione dl rischio in ambito territoriale: sicurezza del percorso vaccinale
11. Rischio clinico in pronto soccorso
12. Gestione del Rischio nell'ambito dell'impiego di radiazioni ionizzanti

Si prenderà atto nel corso del 2022 delle ulteriori indicazioni fornite dal Centro Regionale per le attività di Risk management per lo sviluppo delle linee di intervento qui sopra elencate.

La pianificazione dell'attività di risk management per l'anno 2022 è articolata sia per ambiti di attività, sia attraverso lo sviluppo di **tre progetti specifici**, scelti in coerenza sia con le aree maggiormente rappresentate dalle diverse fonti aziendali che con le Linee Guida Regionali.

RIFERIMENTI NORMATIVI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO

- Circolare n 46/SAN/2004 della Regione Lombardia ad oggetto "Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario"
- D.G.R. 5 giugno 2015 - n. X/3652 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (PIMO)
- Legge regionale n.23/2015 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- D.G.R. 18 dicembre 2017 - n. X/7543 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione Piattaforma Primo
- Legge n. 24 dell'8/03/2017 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*"
- Linee operative di risk management in sanità anno 2020– aggiornamento nota prot.G.1.2020.0018792 del 30/04/2020;
- "Linee operative Risk Management in Sanità anno 2021" - nota G1.2021.0002680 del 19/01/2021 di - Regione Lombardia - Giunta - Welfare
- D.G.R. n. XI/4508 del 01.04.2021 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021*"
- Delibera del 7 ottobre 2020 della Corte dei conti "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19" (Delibera n. 18/SEZAUT/2020/INPR) pubblicata in GU n.280 del 10-11-2020
- Decreto Direzione Generale Welfare n.17008 del 28/12/2017 "*Presa d'atto dell'articolo 31 comma 1 dell'Accordo tra il governo le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano relativo al documento la Formazione continua nel Settore Salute*"
- La L.R 28 novembre 2018, n. 15 "Modifiche al Titolo I, Titolo III, e all'allegato 1 della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"
- D.G.R. n. XI/4353 del 24/02/2021 "Approvazione del Piano Regionale vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS COV-2;
- D.G.R. n. XI/ 4384 del 03/03/2021 " Individuazione dei punti vaccinali in attuazione della DGR 4353/2021";
- GR Lombardia n. XI/3115 del 07/05/2020 con oggetto "indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'Epidemia da COVID 19";
- DGR Lombardia n. XI/3264 del 16/06/2020 "Piano di riordino della rete ospedaliera:attuazione dell'art.2 del D.L. 34/2020";
- DGR n. XI/3525 del 05/08/2020 "Adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di Assistenza, in attuazione dell'art.1 DL 34, convertito con modificazioni della L. 17/07/2020 n.77";
- DGR n. XI/3681 del 15/10/2020 "Ulteriori Determinazioni per la gestione di pazienti COVID- 19";
- DGR n. XI/3876 del 19/11/2020 "Determinazioni per la gestione integrata ospedale-territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da COVID 19 o sospetti";
- DGR n. XI/3912 del 25/11/2020 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza da COVID-19";
- DGR n. XI/3913 del 25/11/2020 "Aggiornamento agli atti di indirizzo ex DDGR n. 3226 del 09/06/2020 e n. 3524 del 05/08/2020 – ulteriori indicazioni per la gestione del pazienti COVID-19 nella rete territoriale";

- DDGW N. 4543 DEL 01/04/2021 "Aggiornamento elenco centri regionali massivi e individuazione dei relativi afferimenti dei cui alla DGR XI/4384 del 03/03/2021";

ALLEGATI

Allegato 1.1_Scheda progetto **Monitoraggio applicazione della "Procedura Organizzativa Gestione dei Cluster epidemici e del singolo caso positivo in aree non COVID-19"**

Allegato 1.2_ Scheda progetto **"Riconoscimento e gestione precoce della Sepsi";**

Allegato 1.3 _ Scheda Progetto" **Gestione degli effetti personali di proprietà del pazienti"**

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2022			
ASST/IRCCS/ATS	ASST CREMA		
Risk Manager	Dr.ssa Maria Lidia Sinatra		
1. Titolo del Progetto	Monitoraggio applicazione "Procedura Organizzativa Gestione dei Cluster epidemici e del singolo caso positivo in aree non COVID-19"		
2. Motivazione della scelta	Mappatura e Analisi strutturata dei cluster epidemici verificati nel corso dell'anno; identificare i punti deboli di gestione, criticità (struttura, organizzazione, operatori, pazienti…), eventuali fattori contribuenti su cui agire per contenere il rischio.		
3.Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsi		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le UU.OO dell'Azienda.		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Valutare la corretta applicazione della PO "Gestione dei Cluster epidemici e del singolo caso positivo in aree non COVID-19" PO 28 Rev. 0 del 26/11/2021. Trovare nuove strategie formative in grado di aumentare la consapevolezza del rischio e avere chiare le modalità di prevenzione per il paziente e protezione degli operatori; Includere strategie formative e feedback sul campo.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Azioni di miglioramento in risposta alle eventuali potenziali criticità rilevate nell'applicazione della stessa.		
9. Strumenti e metodi	Monitoraggio applicazione procedure aziendali tramite osservazione su campo ed eventuali audit, gestione eventuali eventi sentinella/avversi		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Monitoraggio e formazione sul campo applicazione della PO	Compilazione delle schede segnalazione Cluster	Rapporti di audit
	Audit Cluster, analisi criticità	monitoraggio sul campo	Rapporti di audit

Incident Reporting
Interazioni in Politerapie
Malattie sessualmente trasmissibili
Mediazione dei conflitti
Migliorare la Comunicazione
Rischio Caduta
Rischio Farmaci
Rischio in Sala Operatoria
Rischio Infezioni - Sepsi
Rischio Radiazioni
Rischio Suicidario
Rischio Travaglio/Parto
Rischio Triage errato
Rischio Vaccinale
Sostanze di abuso nei giovani
Violenza a danno operatori
altro (specificare)

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ASST CREMA

Risk Manager Dr.ssa Maria Lidia Sinatra

Titolo del Progetto Monitoraggio applicazione "Procedura Organizzativa Gestione dei Cluster epidemici e del singolo caso positivo in aree non COVID-19"

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione del gruppo di lavoro aziendale	CIO/UUOO	Risk Manager												
Monitoraggio sul campo applicazione della procedura	CIO/UUOO	Risk Manager												
Audit cluster. Report finale	CIO/UUOO	Risk Manager												

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2022			
ASST/IRCCS/ATS	ASST CREMA		
Risk Manager	Dr.ssa Maria Lidia Sinatra		
1. Titolo del Progetto	RICONOSCIMENTO E GESTIONE PRECOCE DELLA SEPSI.		
2. Motivazione della scelta	La sepsi è una delle principali cause di morbilità e mortalità nei sistemi sanitari in tutto il mondo. Nel 2016, a seguito di una Consensus conference, la sepsi è stata ridefinita come una disfunzione di organi che mette in pericolo la vita, causata da una risposta abnorme dell'ospite all'infezione. Da questa definizione emerge un nuovo concetto di sepsi come patologia per cui il fattore tempo diventa fondamentale nel miglioramento della prognosi. La sepsi è stata dunque assimilata alle altre patologie tempo-dipendenti, come l'infarto miocardico acuto e l'ictus o il trauma. Infatti, come queste patologie più note, anche la sepsi necessita di essere riconosciuta, diagnosticata e trattata in poco tempo, con il coinvolgimento di varie figure professionali lungo differenti setting di cura, dalla medicina di base, all'emergenza fino al reparto di degenza e l'area critica. Visto l'attuale scenario epidemiologico, si ritiene necessario riprendere il monitoraggio Sepsi.		
3.Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsi		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Pronto Soccorso, tutte le UU.OO dell'Azienda.		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Il progetto si pone questi obiettivi: - ridurre la mortalità dei pazienti con sepsi grave ; - aumentare la conoscenza tra gli operatori sanitari; - definire percorsi e protocolli standard per i pazienti con sepsi Il progetto si avvale di un gruppo di lavoro dedicato alla gestione del paziente con la sepsi, "Gruppo sepsi". Include feedback sul campo.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Revisione della "PROCEDURA ORGANIZZATIVA PER LADIAGNOSTICA E GESTIONE DELLA SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO" PO1, Rev. 01 del 10/04/2019		
9. Strumenti e metodi	Costituzione del gruppo di lavoro aziendale "Gruppo Sepsi". Revisione protocollo aziendale Monitoraggio applicazione procedure aziendale tramite osservazione su campo ed eventuali audit, gestione eventuali eventi sentinella/avversi		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Formazione	Partecipazione delle UU.OO coinvolte	
	Revisione della Procedura aziendale entro 31/12/2022	iter di emissione concluso e documentazione pubblicata sulla intranet	Protocollo emesso e diffuso
	Applicazione della check list logistico-organizzativa "SCHEDA di GESTIONE e MONITORAGGIO SEPSI /SHOCK SETTICO". Audit almeno 20 casi sepsi estratti portale regionale PRIAMO	Numero di schede correttamente compilate	Rapporti di audit

Incident Reporting
Interazioni in Politerapie
Malattie sessualmente trasmissibili
Mediazione dei conflitti
Migliorare la Comunicazione
Rischio Caduta
Rischio Farmaci
Rischio in Sala Operatoria
Rischio Infezioni - Sepsi
Rischio Radiazioni
Rischio Suicidario
Rischio Travaglio/Parto
Rischio Triage errato
Rischio Vaccinale
Sostanze di abuso nei giovani
Violenza a danno operatori
altro (specificare)

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ASST CREMA

Risk Manager Dr.ssa Maria Lidia Sinatra

Titolo del Progetto Riconoscimento e gestione precoce della Sepsi

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione del gruppo di lavoro aziendale	CIO/UUOO	Risk Manager												
Formazione e Revisione della Procedura Aziendale	Gruppo di lavoro	Risk Manager												
Monitoraggio sul campo dell'applicazione dela procedura/compilazione delle schede	Gruppo di lavoro	Risk Manager												
Audit almeno 20 casi sepsi estratti portale regionale PRIAMO	Gruppo di lavoro	Risk Manager												
Documento revisionato approvato dalla Direzione Sanitaria, diffuso al personale e pubblicato	CIO/Gruppo di lavoro	Resp Qualità/DS												

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2022			
ASST/IRCCS/ATS	ASST CREMA		
Risk Manager	Dr.ssa Maria Lidia Sinatra		
1. Titolo del Progetto	Gestione degli effetti personali di proprietà del pazienti		
2. Motivazione della scelta	Lo smarrimento dei beni personali dei pazienti durante un ricovero ospedaliero o dopo l'esecuzione di pratiche sanitarie, oltre a causare un danno al paziente, lede il rapporto di fiducia con la Struttura Sanitaria e il paziente stesso e può divenire fonte di richiesta di risarcimento. Tale evento è diventato particolarmente critico, vista l'emergenza epidemiologica da Sars Cov-2, con l'adozione di restrizioni all'accesso dei familiari in ospedale per limitare la diffusione di contagio. Infatti, negli ultimi due anni a causa della pandemia si è assistito ad un aumento di richieste di risarcimento per perdita di beni personali.		
3.Area di RISCHIO	altro (specificare)		
se ALTRO, specificare:	Richieste di risarcimento		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Pronto Soccorso, tutte le UU.OO dell'Azienda.		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Ridurre l'incidenza dell'evento avverso (perdita degli effetti personali dell'utente) presso il PS, le strutture ambulatoriali o i reparti di degenza. Definire la matrice di responsabilità dei vari soggetti coinvolti nella presa in carico e deposito temporaneo degli effetti personali del paziente. Diminuire i contenziosi correlati alla richiesta di risarcimento per perdita di beni personali.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Stesura procedura aziendale. Analisi dei dati relativi ai reclami URP e/o richieste di risarcimento per perdita di beni personali relativi all'anno 2020-2021. Audit documentazione sanitaria		
9. Strumenti e metodi	Costituzione del gruppo di lavoro aziendale Stesura procedura aziendale Monitoraggio applicazione procedure aziendale tramite osservazione su campo ed eventuali audit, gestione eventuali eventi sentinella/avversi		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Costituzione gruppo di lavoro	partecipazione incontri	
	Analisi dei reclami/richieste di risarcimento smarrimento effetti personali	reclami URP/richieste di risarcimento relativi alo smarrimento degli effetti personali degli utenti rispetto allo stesso periodo degli anni 2020 e 2021	reclami e richieste di risarcimento al 31/12/2022
	Stesura della Procedura entro 31/12/2022	iter di emissione concluso e documentazione pubblicata sulla intranet	Procedura emessa e diffusa

Incident Reporting
Interazioni in Politerapie
Malattie sessualmente trasmissibili
Mediazione dei conflitti
Migliorare la Comunicazione
Rischio Caduta
Rischio Farmaci
Rischio in Sala Operatoria
Rischio Infezioni - Sepsi
Rischio Radiazioni
Rischio Suicidario
Rischio Travaglio/Parto
Rischio Triage errato
Rischio Vaccinale
Sostanze di abuso nei giovani
Violenza a danno operatori
altro (specificare)

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ASST CREMA

Risk Manager Dr.ssa Maria Lidia Sinatra

Titolo del Progetto Gestione degli effetti personali di proprietà del pazienti

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione del gruppo di lavoro aziendale	CIO/UUOO	Risk Manager												
Analisi dei reclami/richieste di risarcimento smarrimento effetti personali e stesura della Procedura Aziendale	Gruppo di lavoro	Risk Manager												
il documento revisionato approvato dalla Direzione Sanitaria, diffuso al personale e pubblicato	Uff. Qualità/DS	Resp. Qualità/DS												

OGGETTO: PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2022

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la leggitimità della proposta sopra citata.

Il Direttore di Direzione Medica dei Presidi

(F.to Dott. Maria Lidia Sinatra)

.....

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Data, 26/04/2022

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

Il Responsabile dell'ufficio attesta la copertura economica e la regolarità contabile della proposta della deliberazione sopra riportata.

Il Responsabile di

(F.to Dott.)

.....

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Data,