Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

STRUTTURA: DIREZIONE SANITARIA

Dirigente Responsabile: Sfogliarini Roberto

Responsabile del procedimento: Sfogliarini Roberto

Responsabile dell'istruttoria: Franzetti Maria Teresa

DELIBERAZIONE N. 246 DEL 12/04/2023

OGGETTO: ADOZIONE PIANO QUALITA' E SICUREZZA - ANNO 2023

IL DIRETTORE GENERALE - RAMPONI IDA MARIA ADA

ASSISTITO DA:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO: FICARELLI MAURIZIA

DIRETTORE SANITARIO: SFOGLIARINI ROBERTO

DIRETTORE SOCIOSANITARIO: MALTAGLIATI DIEGO

Firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario

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 Dr.ssa Ida Maria Ada Ramponi quale Direttore Generale della ASST di Crema;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

VISTA la LR n. 33 del 30/12/2009 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021, in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

VISTI i Decreti del Ministero della Salute:
- Decreto n. 70 del 02/04/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Decreto n. 77 del 23/05/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

RICHIAMATO il Decreto Ministro delle Salute del 19/12/2022 inerente la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;

VISTA la DGR n. XI/6760 del 25/07/2022 che approva il modello organizzativo e i criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

RICHIAMATA la DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 recante le determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023 per le Agenzie e le Aziende del SSR;

RICHIAMATA la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. 0003393 del 30/01/2023 inerente le Linee operative di Risk Management in Sanità per l'anno 2023;

RICHIAMATE le Deliberazioni aziendali
- n. 187 del 10/05/2018 di approvazione del Piano Integrato Miglioramento Organizzativo (PIMO) – anni 2018-2020;
- n. 273 del 12/07/2018 inerente le determinazioni in ordine all'assetto del Sistema aziendale per la Qualità;

VISTA la DGR n. XI/6962 del 19/09/2022 di approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'ASST di Crema;

RICHIAMATE la Deliberazione n. 52 del 31/01/2023 di adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) – aggiornamento 2023-2025;

DATO ATTO che la politica della qualità aziendale si concentra su obiettivi volti a tutelare e garantire le persone assistite e a sviluppare comportamenti organizzativi coerenti con i principi di umanizzazione, equità, sicurezza (gestione del rischio), efficienza ed efficacia:

VISTO il Piano della Qualità e Sicurezza predisposto dal Gruppo di lavoro per la Qualità aziendale e Risk Management;

CONSIDERATO che la pianificazione proposta è coerente agli orientamenti aziendali in termini di qualità e sicurezza;

RITENUTO, per quanto sopra richiamato, di approvare il Piano della Qualità e Sicurezza, allegato quale parte integrante del presente provvedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Direttore Sanitario che in qualità di Responsabile del procedimento ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio Aziendale;

ACQUISITO il parere del Direttore Amministrativo, del 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 adottare il Piano della Qualità e Sicurezza, parte integrante del presente provvedimento;

2.di demandare al Settore Qualità e Risk Management l'attuazione e il monitoraggio periodico del Piano al fine di renderlo coerente con le dinamiche di sviluppo aziendali;

3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico della Azienda;

4. di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle seguenti unità operative:
- UOC Direzione Medica dei Presidi;
- UOS Qualità e Risk Management;
- UOC Distretto Cremasco;
- per la diffusione a Direttori di Dipartimento, di UU.OO. e Coordinatori;

5. di trasmettere al Collegio Sindacale il presente provvedimento ai sensi dell'art. 3 ter D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e art. 12, comma 14, L.R. n. 33/2009 come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e s.m.i.;

6. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo, in quanto non soggetto a controllo della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e s.m.i. e verrà pubblicato all'Albo pretorio on line sul sito istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 32 della Legge n. 69/2009.

IL DIRETTORE GENERALE

Firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta sopra riportata

Data, 06/04/2023

Il Direttore di DIREZIONE SANITARIA

Sfogliarini Roberto

(firma elettronica apposta ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

OSPEDALE SANTA MARTA DI RIVOLTA D'ADDA

CENTRO DI CURE SUB ACUTE SONCINO

POLIAMBULATORI

CASA DELLA COMUNITÀ

Piano della **Qualità** e **Sicurezza**

2023

INDICE

SCOPO DEL PIANO 2
POLITICA DELLA QUALITÀ AZIENDALE 4
ANALISI DI CONTESTO PER LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ 5
E SICUREZZA 5
LINEE STRATEGICHE PRIORITARIE PER LA QUALITÀ e RISK 2023 ... 7
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO 11
LISTA DI DISTRIBUZIONE 11
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 11

SCOPO DEL PIANO

Affinché l'organizzazione possa rinnovarsi e migliorare giorno dopo giorno, con continuità, è necessario che il miglioramento sia considerato un'attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti ed integrati, sistematica, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante la sua realizzazione; è quindi un vero e proprio processo, nell'ambito del quale vengono definiti gli obiettivi, le relative fasi e individuati vincoli, tempi, responsabilità, risorse, indicatori e risultati. Il **miglioramento continuo** è un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative e di linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.

Il piano di qualità e sicurezza è un documento o un insieme di documenti che specificano *standard* di qualità, pratiche, risorse, specifiche e la sequenza di attività relative a un particolare prodotto, servizio, progetto o contratto. A **livello operativo** traduce i requisiti del cliente in azioni richieste per produrre il risultato desiderato e lo associa a procedure, *standard*, pratiche e protocolli applicabili per specificare esattamente ciò che è necessario, chi lo farà e come sarà fatto. I piani di qualità a livello operativo sono spesso i documenti risultanti da una funzione di pianificazione della produzione, nel nostro caso di servizi. I piani di qualità a **livello strategico** sono sviluppati e implementati attraverso il processo di pianificazione strategica. Questi piani di qualità e risk a base ampia diventano la linea guida a supporto di ciascuna funzione o dipartimento. Ove appropriato, ogni funzione o dipartimento può sviluppare e implementare internamente piani di qualità e rischio operativi.

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 2023.

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" e del DM 77/22 che contemplano quali elemento obbligatorio la esistenza di un SQ e Sicurezza aziendale e l'adesione a indicatori di volume e di esito.

L'esito della pianificazione della qualità e sicurezza trova evidenza in evidenza nel:

- **Quality Report**
- **Relazione Risk Management**

In essi sono ricompresi i risultati delle attività svolte dalla ASST di Crema nell'ambito del miglioramento della qualità sia del processo di cura che dei processi gestionali aziendali e di supporto che di gestione del rischio clinico.

In particolare:

1. Qualità dei processi clinico-assistenziali:
    a. Appropriatezza dei ricoveri
    b. Esiti delle cure PNE
        I. Indicatori clinici Network delle Regioni
    c. Percorsi diagnostico-terapeutici: Tumore al seno, colon-retto, infarto miocardico, Ictus cerebri
    d. Percorsi clinici:
        I. Percorsi clinici: IMA – scompenso
        II. Percorsi clinici: Ictus
        III. Percorsi clinici: tumore mammella
        IV. Percorsi clinici: tumore colon retto
        V. Frattura di femore
        VI. Materno Infantile
    e. Performance
    f. Controllo delle infezioni Correlate alle pratiche assistenziali
        I. Audit sepsi
    g. Prevenzione delle Cadute
    h. Progetti specifici di Risk Management
    i. Sinistri
2. Segnalazione spontanea di eventi avversi e near miss
3. Governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero
4. Esito dei Controlli delle prestazioni (Nucleo Operativo di controllo ATS)
5. Standard regionali - Autovalutazione
6. Standard Regionali - Valutazioni Esterne
7. *Survey* Ente di Certificazione ISO - Valutazioni Esterne
8. Indicatori regionali del Programma integrato per il Miglioramento dell'organizzazione – se riattivati da regione
9. Esiti dei Riesami eseguiti dalle Direzioni delle Unità organizzative
10. Audit interni: i suggerimenti e le raccomandazioni per le Unità Operative espresse dai Team di verifica interna;
11. Azioni preventive in materia di anticorruzione e trasparenza
12. Risultati dell'*Internal audit*
13. Indicatori Economico finanziari

L'ASST di Crema garantisce gli obiettivi assistenziali secondo i principi della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza, di centralità della persona assistita e umanizzazione delle cure e dispone di consolidate procedure generali e organizzative in ottemperanza ai requisiti previste dal DM 70/2015 e del DM 77/22. In questo scenario così come già evidenziato vengono sottolineate le attività del Risk Management:

- 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.

Questi risultati rappresentano l'esito del processo di miglioramento continuo dell'organizzazione che vede protagoniste tutte le funzioni aziendali.

POLITICA DELLA QUALITÀ AZIENDALE

La politica dell'Ufficio Qualità Aziendale si concentra su obiettivi volti da un lato a tutelare e garantire le persone assistite e dall'altro a sviluppare comportamenti organizzativi coerenti con i principi di umanizzazione, equità, sicurezza (gestione del rischio), efficienza ed efficacia.

Per raggiungere tale scopo si mettono in campo le seguenti azioni:

- attua un sistema di gestione orientato a interventi appropriati, fortemente "*evidence based*", economicamente sostenibili, equi;
- diffondere i principi culturali e metodologici per lo sviluppo di una medicina basata sull'evidenza scientifica di efficacia e appropriatezza;
- migliorare qualitativamente i servizi erogati e l'utilizzo delle risorse (efficienza) anche mediante il pieno coinvolgimento del personale;
- perseguire l'obiettivo della soddisfazione degli utenti
- incrementare gli standard di sicurezza per gli utenti orientando l'organizzazione alla gestione del rischio clinico;
- migliorare la sicurezza, la soddisfazione e la motivazione del personale;
- sviluppare i settori di eccellenza in grado, fra l'altro, di incrementare il "potere di attrazione" dell'ASST.

ANALISI DI CONTESTO PER LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA

L'analisi del contesto aziendale nella prospettiva del sistema qualità è schematizzata nello schema SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*).

Ne conseguono le linee strategiche per la pianificazione delle attività 2023, in particolare per la qualità sono di seguito descritte.

Punti di forza

1. Sostanziale supporto della direzione strategica nella implementazione del sistema qualità; la strutturazione predisposta ritroverà applicazione dal 2023.
2. Riconoscimento del ruolo del Sistema nell' ambito Aziendale.
3. Ruolo consolidato nel processo di Programmazione e Pianificazione strategica.
4. Disponibilità di *Report* di monitoraggio costanti e periodici: Incident reporting, Cruscotto, Autovalutazione, PIMO.
5. Consolidata comunicazione con le UUOO sugli indicatori di out come.
6. Integrazione efficace con il sistema di budget.
7. Capacità di adattamento della organizzazione ad eventi straordinari.
8. Facilità comunicativa e rapidità della condivisione delle decisioni.
9. Acquisizione di nuove risorse
10. Tenuta sotto controllo degli elementi significativi ed innovativi PNRR
11. Adozione del PanFlu
12. tenuta sotto controllo dei rischi delle UUOO certificate attraverso l'applicazione della FMECA

Punti di debolezza

1. Grave carenza di specialisti nelle discipline per garantire il turn over e mantenere gli assetti attuali
2. Continuità delle cure acute: ridotta attenzione e ridotto impegno sulla applicazione e revisione di percorsi assistenziali condivisi tra UU.OO. e carenza di PDTA messi sotto controllo e di percorsi organizzativi tra i diversi livelli di complessità assistenziale;
3. Carente integrazione ospedale/territorio ed inadeguato coordinamento dell'assistenza
4. Autovalutazione: ridurre le aree parzialmente raggiunte attraverso pianificazione specifica di azioni
5. Raccomandazioni Ministeriali in tema di Rischio: proseguire nell'implementazione;
6. Mancata implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali a livello Aziendale e di UO;

Opportunità

1. Progetti PNRR come volano di sviluppo organizzativo (digitalizzazione, umanizzazione,strutture territoriali)
2. Sicurezza: Rafforzare la rete dei referenti sicurezza e promuovere integrazione fra medici ed infermieri sugli esiti dei processi di cura;
3. Disponibilità straordinaria di finanziamenti sia per la struttura che per adeguare le risorse umane personale;
4. Orientamento alla revisione dell'organizzazione di cura del territorio e implementazione di progetti di sviluppo in tale ambito;
5. "Orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso", Riordino della rete sanitaria Regionale (LR 23/2015)
6. Applicazione delle LG e buone pratiche assistenziali per ridurre rischio di contenzioso medico legale (Legge 8 marzo 2017, n. 24).
7. Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015;
8. Migliore integrazione fra figure professionali nell' Ufficio Qualità e tra DMPO
9. Utilizzo delle competenze già possedute dalle nuove risorse per l'interfaccia con altri processi aziendali (Formazione, URP, CUG, DPSSA)
10. Migllior tenuta sotto controllo dei rischi delle UUOO certificate

Minacce

1. Minore disponibilità del personale alla flessibilità organizzativa dopo la reazione alla prima, seconda e terza ondata della pandemia Covid
2. Riduzione della attenzione ed impegno sul tema della qualità e sicurezza a causa della contrazione delle risorse;
3. Mancate indicazioni da parte di RL sulla check list di autovalutazione.
4. Ridotta sistematizzazione nella attuazione di PanFlu e PNRR
5. Non tutti i rischi potrebbero essere identificati e sotto controllo.
6.

SICUREZZA INFEZIONI OSPEDALIERE & FUNZIONI IGIENICO ORGANIZZATIVE

PUNTI DI FORZA

1. Riordino e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, secondo gli indirizzi e linee guida di riferimento regionali e nazionali
2. Digitalizzazione: digitalizzare i processi aiuta a diventare più resiliente e ad affrontare anche scenari imprevisti come quello attuale.
3. la multidisciplinarietà, con alcune specialità svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale la presenza di professionalità di elevata competenza
4. Convenzione scuole di specializzazione Brescia, Milano e Pavia,
5. Risposta clinico-assistenziale coerente con il bisogno di salute e conseguente diminuzione del rischio clinico;
6. Piano gestione sovraffollamento – gestione flusso del paziente;
7. Piano Pandemico da pandemia influenzale o da fattore x ignoto o da emergenza epidemiologica da covid-19 (Delibera 593 del 05/08/2022);
8. Sistema centrato sui bisogni del paziente;
9. Gestione congiunta del p.l e corretta allocazione delle risorse disponibili secondo il peso assistenziale;
10. Collaborazione tra diverse figure professionali con acquisizione di competenze trasversali;
11. Riduzione delle complicanze e dei costi di degenza dei pazienti chirurgici;
12. Aumento dell'appropriatezza del ricovero (riduzione della durata della degenza, dimissione verso altri setting);
13. Percorso di continuità di cura, anche attraverso la ridefinizione di progetti di vita e di assistenza (Scheda di rilevazione del rischio sociale).

PUNTI DI DEBOLEZZA

1. Fase di assestamento organizzativo in relazione con i processi di riorganizzazione/rifunzionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale in corso (post COVID);
2. Resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale;
3. Difficoltà operative di tipo logistico;
4. Parziale integrazione tra ospedale e territorio;
5. Criticità derivanti dalla carenza, in alcune UU.OO., di profili professionali specifici (ripercussioni negative nelle aree del benessere organizzativo -operatori- e dei tempi di attesa e qualità della prestazione -utenti-)
6. Turnover del personale sanitario a tempo determinato, che aumenta il rischio clinico e rende difficile programmare a medio/lungo termine
7. Non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra UU.OO.; In assenza di elementi di condivisione, possibile perdita di continuità assistenziale;
8. Ricoveri che non rispondono ai criteri/parametri di appropriatezza per dimissioni difficili legata a problematiche esclusivamente sociali;
9. Carenza di PDTA tra i diversi livelli di complessità assistenziale;
10. Difficoltà di comunicazione strutture territoriali;
11. Inadeguato coinvolgimento di figure esterne all'ospedale (MMG, *caregiver*) per favorire la continuità assistenziale;
12. Invecchiamento della popolazione (aumento età media dei ricoverati);
13. Aumento delle malattie croniche con mancato coordinamento/integrazione tra livelli di cure primarie, interventi specialistici e ricoveri ospedalieri, (*transitional care*);
14. Rischio di Gestione inappropriata del paziente polipatologico complesso con complicanze e allungamento della degenza e accessi inappropriati in PS;

OPPORTUNITÀ

1. Applicazione del POAS
2. PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza): digitalizzazione del sistema sanitario, opportunità per un vero cambio di paradigma nella gestione del paziente attraverso l'uso delle nuove tecnologie;
3. L. 34/2020: rilevante intervento su posti letto in terapia Intensiva e semi intensiva;
4. La riforma della sanità lombarda,
5. Evoluzione della tecnologia a supporto della diagnosi e della cura
6. Cultura della partnership e azioni di collaborazione per interventi in rete su problematiche la cui gestione richiede una forte integrazione socio-sanitaria
7. Percorsi di integrazione/collaborazione con altri strutture presenti sul territorio
8. Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015;
9. Applicazione delle LG e buone pratiche assistenziali per ridurre rischio di contenzioso medico legale (Legge 8 marzo 2017, n. 24).
10. Pianificazione e realizzazione di eventi formativi per operatori esterni, mirati ad acquisire le competenze comuni di presa in carico.

MINACCE

1. Aumento della domanda, non sempre appropriata con riferimento alle caratteristiche dell'offerta così come ridefinita nel processo in corso di riorganizzazione/ razionalizzazione dei servizi sanitari;
2. Competitività offerta di servizi e cure a livello regionale e nazionale;
3. Contesto economico critico;
4. Aumento delle situazioni di indigenza e di disagio conseguenti al quadro economico critico;
5. Difficoltà di reperimento di personale e il disallineamento tra la domanda e l'offerta, con particolare riferimento all'area sanitaria di supporto diretto ed indiretto (personale infermieristico, tecnico e ausiliario);
6. Il governo del processo di produzione delle prestazioni e la definizione di obiettivi mediante un controllo di gestione con poca esperienza e competenze;

Dall'analisi degli elementi sopra riportati, scaturisce la pianificazione delle azioni da avviare per l'anno 2023

LINEE STRATEGICHE PRIORITARIE PER LA QUALITÀ e RISK 2023

- ☐ Valutazione dei processi e degli esiti
- ☐ Accreditamento istituzionale– Organizzazione cartella delle norme di accreditamento in tutte le stutture ASST Crema
- ☐ Appropriatezza e equità delle cure – Governo dei PDTA attivi (censimento e monitoraggio)
- ☐ Gestione integrata del rischio – Raccomandazioni Ministeriali
- ☐ Piano degli Audit interni in tutte le UU.OO a rotazione e campione:
  - Aggiornamento della check list
  - Piano di audit ed esecuzione audit in team (*metodo tracer methodology*)
- ☐ Formazione per la qualità – Organizzazione della rete dei referenti qualità

Azioni 2023

PIANO_QUALITÀ

1. **Presidio della acquisizione di risorse umane (da SWOT)**

   La discussione in merito alle dotazioni del personale adeguato alla esecuzione delle attività della azienda devono essere argomento messo all'ordine del giorno del Collegio di Direzione: le dotazioni di personale adeguate al fabbisogno sono un elemento di rischio organizzativo prioritario. La sicurezza organizzativa ed il rischio/interruzione di attività sanitaria va considerato nei piani di Risk management; il Risk Manager deve svolgere un'azione di coordinamento delle funzioni coinvolte, promuovere analisi e contribuire alla messa a punto delle soluzioni preventive che le funzioni devono svolgere. In base al livello di criticità della singola azienda è utile dotarsi di una *task force* aziendale con composizione analoga alla Unità di Crisi per eventi straordinari; il coordinamento posto in capo al Direttore delle Risorse Umane con funzioni legate ad aggiornare la ricerca di forme acquisizione di disponibili e snelle unitamente alla partecipazione al coordinamento con la struttura regionale di riferimenti.

   Anche una nuova strutturazione organizzativa alla UO Risorse Umane per gestire la pianificazione delle procedure di acquisizione del personale, attribuendo risorse adeguate e revisione dei processi secondo il criterio della tempo-dipendenza (pianificare sequenza di azioni senza soluzione di continuità dal bando all'espletamento della procedura ed alla assunzione)

   In particolare specialisti ed infermieri; attivare politiche di reclutamento che anticipino le fuoriuscite; sviluppo di sinergie con Scuole di specialità;

   Attuare politiche delle Risorse Umane orientate a:

   - consolidare la presenza degli specialisti in servizio attraverso la valorizzazione del ruolo del personale; (posizioni di resp. strutture o alte professionalità)
   - favorire la ripresa di modalità organizzativa di coinvolgimento di tutti i professionisti in ogni UU.OO.

2. **Programmazione e pianificazione (Piano Integrato per il Miglioramento -PIMO)**:
   - Elaborare pianificazione macro di tutti i progetti in corso
     -strutturali (Redazione e Realizzazione del Piano di adeguamento strutturale ed impiantistico-UT)

-**organizzativi** (PanFlu,digitalizzazione, Flusso PS, Check list operatoria, nutrizione, Infezioni)

- Acquisire stato di avanzamento dei progetti trimestrale dalle funzioni responsabili (genn-apr-lug-ott);

3. **Programmazione e Pianificazione strategica**: promuovere iniziative di condivisione con Uffici di Staff

   Promuovere iniziativa di miglioramento per obiettivi 2023 dopo pubblicazione Regole di Sistema 2023

4. ***Check list* di autovalutazione-**

   - applicazione della check list;
   - declinare alle UUOO le aree da completare: predisporne e coordinare l'attuazione di nuove azioni di miglioramento sulla base dei risultati ;
   - Le aree Non completamente raggiunte diventano obiettivi 2023: indicare alle UUOO coinvolte;
   - implementare l'estensione del sistema alle UU.OO. dell' ambito territoriale.

5. **Quality Report**:
   Predisposizione entro 28 marzo 2023 – Laddove possibile strutturare la reportistica per percorso clinico come già applicata nel QUALITY REPORT 2022

6. **Monitoraggio Indicatori NSG (PNE e Network)**:
   -Iniziale applicazione indicatori NSG
   Si prosegue il mantenimento del monitoraggio allineandolo agli indicatori delle Reti di Patologie e confermando il monitoraggio degli indicatori del PNE;
   - si conferma a UQ la responsabilità dell'invio periodico dei dati alle UU.OO.;
   - valutazione trimestrale con report (1° gennaio 2023)

7. **Riesami delle direzioni:**

   - a) inserire nel *budget* 2023;
   - b) Raccolta ed organizzazione degli stessi in informazioni utili alle decisioni per la predisposizione del PIMO (entro 28 febbraio 2023 salvo disposizioni regionali)

8. **Sicurezza**: Rafforzare la rete dei referenti sicurezza e promuovere integrazione fra medici ed infermieri sugli esiti dei processi di cura;

9. **Audit: Pianificare ed eseguire audit nelle UUOO** utilizzando, oltre alla tecnica del *tracer methodology,* anche il *safety walk around* e coinvolgendo i referenti Q&S delle U.O..

10. **Formazione Referenti Q&S:**

    Pianificare corso 2023
    Pianificare/Progettare per i referenti qualità e sicurezza UO e Dipartimento incontri per condivisione e messa a regime la nuova *check list* di Autovalutazione.

11. **Prevenzione infezioni correlate alle pratiche assistenziali**
    Pianificazione e Programmazione del CIO; elaborare un piano pluriennale
    Pianificazione e realizzazione di azioni in tema di:

a) **Completare e aggiornare il Piano Pandemico locale**
b) Multi resistenza

c) Formazione del personale

DA SWOT

12. **Presidio del territorio**

13. **Proseguire nella implementazione dell'organizzazione delle attività territoriali secondo la programmazione aziendale PNRR**

14. **Continuità delle cure acute:** implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra UU.OO. e carenza di PDTA messi sotto controllo e di percorsi organizzativi tra i diversi livelli di complessità assistenziale;

15. **Pianificazione e realizzazione** di azioni in tema di:
    - **Nutrizione**
    - **sicurezza del percorso chirurgico (check list chirurgia sicura 2.0)**
    - **PBM** (*Patient Blood Management*) : revisione e prosecuzione del percorso interrotto nel 2021

    Procedere alla ricognizione dei PDTA esistenti in azienda ed alla verifica della loro coerenza con i processi più critici nonché alla loro effettiva misurazione;
    ricognizione entro febbraio
    interfaccia con le UO entro marzo
    verifica del monitoraggio e integrazione nelle verifiche di audit e nelle Riunioni di reparto o negli RDD dello stato di applicazione;
16. **Governo dei tempi di attesa:**
    Attuare indicazioni regionali
    In particolare comunque:
    1) Ricoveri: monitoraggio delle liste di attesa dei pazienti in lista al 30 sett.2022 (ricognizione regionale) esclusi dalle priorità dell' anno;
    2) Ambulatoriale: obiettivi regionali
    I riferimenti rimangono i report di RL pubblicati sul Portale Regionale
17. **Raccomandazioni Ministeriali in tema di Rischio**: proseguire nell'implementazione;
    Azioni derivanti dal Piano Risk Management
18. **Governo clinico:**
    verifica indicatori di appropriatezza e dei percorsi clinici e supporto alle UO E PDTA, Network Regioni e PNE
19. **Sistema di segnalazione eventi e near miss**:
    - report semestrale e sintesi (entro 1 mese da fine periodo);
    - rendicontazione a DS di ogni evento grave
    - progettare sistema web;
20. **Sicurezza:**
    -Rinforzo delle indicazioni alle UU.OO per la gestione del rischio residuo (PG04).
    -Analisi report sinistri e valutazioni congiunte ad analisi I.R.
    -Identificazione di coerenti azioni

PIANO_SICUREZZA

Ai fini della tenuta sotto controllo dei "processi produttivi" della ASST si elencano le azioni derivanti dalla SWOT del Risk Management; unitamente alle Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2023 – Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero – Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente.

Sulla base di tali dati presentati, per il 2023 si confermano gli elementi del piano di risk management e gestione COVID-19 perseguiti nel 2022 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:

1. misure di Prevenzione generali;
2. definizione dei percorsi interni ed esterni;
3. controllo dei flussi e regolamentazione degli accessi.

21. ***Simultaneous care*** e continuità di cura dei pazienti oncologici e non (ripianificare la verifica risultati);

proseguire il monitoraggio dello stato di attuazione delle *simultaneous care.*

22. ***Back up*** **della posta elettronica e degli altri documenti del SQ:**

Il SIA non dispone di un Piano documentato.

Monitorare attuazione piano di sicurezza dei dati da parte del SIA (con Ing Clinica per immagini e biosegnali) in attuazione del nuovo Regolamento Europeo UE 2016/679 (GPDR: *General Data Protection Regulation*)

Verificare se nel RDD della UO SIA è stata presa in considerazione questa criticità.

Il piano sicurezza deve prevedere quali e quanti sistemi devono essere tenuti sotto controllo.

Risk manager verifica lo stato di messa sotto controllo.

Prosecuzione **della revisione / adeguamento delle procedure** generali tecniche e organizzative per eventuali aggiornamento dei contenuti (in caso di data oltre i tre anni.

Predisposizione di **incontri formativi e/o riunioni residenziali**, finalizzati a richiamare l'attenzione sull'importanza della corretta compilazione della documentazione sanitaria, nel rispetto della tempistica richiesta per ogni procedura, al fine di favorire una migliore comunicazione tra operatori.

23. **PDTA:**revisione dei PDTA sul modello regionale. **Per la corretta adesione del format corsi di formazione per Direttori struttura qualità/Rischio clinico e Risk Manager**
24. Sicurezza area travaglio parto/Trigger-CEDAP
25. Implementazione sistema di gestione del rischio in ambito territoriale e sociosanitario
26. Sviluppo e gestione "full risk based thinking" (ERM)
27. Gestione delle crisi e continuità operativa
28. Sepsi – prevenzione infezioni: verrà diffusa raccomandazione
29. Sistema di monitoraggio delle attività di Risk Management
30. Formazione dei risk manager /network
31. Valutazione del lavoro svolto sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in Medicina nucleare e radioterapia
32. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa

33. AREU
34. Rischio nutrizionale
35. Raccomandazioni ministeriale: monitoraggio e regime
36. Processo dimissioni protette
37. Rischio organizzativo x inserimento contatti atipici
38. Sicurezza trasfusionale.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

Il processo di valutazione consiste nel verificare la rispondenza tra la pianificazione e l'attuazione di ciò che è previsto dal piano, fino all'esame dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di sviluppo delle azioni che il piano stesso stabilisce. In particolare ci sono tre livelli di valutazione:

- ☐ Verifica del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità e rischio eventualmente inseriti nelle schede di budget assegnati alle Macrostrutture aziendali;
- ☐ Verifica dell'efficienza e dell'efficacia delle singole azioni (congruenza tra obiettivi e strumenti): in questo ambito deve essere verificato il funzionamento dei processi di sviluppo del sistema qualità aziendale e dei progetti di miglioramento derivanti dal Piano Qualità
- ☐ Monitoraggio periodico della gestione del sistema qualità dei servizi, attraverso l' esecuzione di audit interni, nonché audit esterni finalizzati al conseguimento della certificazione.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il Piano Qualità Rischio 2023 sarà distribuito a:

- ☐ Direzione di Presidio
- ☐ Direzioni di Dipartimento
- ☐ Direzioni di Distretto

Come tutti i documenti del SGQ, questo Piano, una volta approvato ed emesso sarà pubblicato nel sito intranet aziendale in formato Pdf al link; < https://intranet.asst-crema.it/group/guest/repository-documentale>, in modo che ciascun operatore possa prenderne visione in qualsiasi momento.

La responsabilità della distribuzione è a due livelli:

1. il primo livello di responsabilità è in capo allo staff Qualità e Risk Management. Questo livello è responsabile della trasmissione del documento ai destinatari inserititi nella lista di distribuzione;

2. il secondo livello di responsabilità è in capo a coloro che ricevono il documento dal primo livello. Costoro trasmettono a loro volta il documento ai professionisti delle strutture/servizi che lo dovranno applicare. Inoltre la disseminazione si avvarrà del supporto degli Referenti qualità e Rischio, attraverso sessioni formative, riunioni, brevi incontri o altro strumento ritenuto appropriato.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Livello internazionale

I principali orientamenti sulla qualità dei Sistemi Sanitari Nazionali a livello sovranazionale emergono da[1]:

- la Carta di Lubiana sulla "Riforma dei sistemi sanitari", approvata il 18 giugno 1996 dall'Ufficio della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- la Raccomandazione, N.° R (97) 17 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa "Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità (SMQ) dell'assistenza sanitaria" adottata il 30 settembre 1997.

1 Ministero della sanità - Dipartimento della Programmazione: "QUALITA' E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: Riferimenti e documentazione" in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_28_allegato.pdf

Più in generale i fondamenti per lo sviluppo, la gestione ed il miglioramento dei Sistemi Qualità sono rappresentati dalle norme ISO (International Standard Organization), tra le quali in particolare:

- UNI EN ISO 9000:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e vocabolario"
- UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"
- UNI EN ISO 9004:2009 "Gestire un'organizzazione per il successo durevole – l'approccio della gestione per la qualità"
- UNI EN ISO 19011:2012 – "Linee guida per gli Audit dei sistemi di gestione"

Livello nazionale

Le indicazioni della **politica sanitaria nazionale** individuano nel governo clinico[2]
l'approccio integrato per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse. Secondo queste indicazioni un sistema sanitario di qualità deve garantire al contempo: **efficacia, efficienza, sicurezza, tempestività, centralità del paziente ed equità**, perché il miglioramento della qualità richiede un approccio di "sistema", da realizzare tramite l'integrazione di tutti determinanti:

- accesso alle cure sicure e di qualità;
- uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA);
- centralità del paziente;
- rapporto Ospedale - Territorio;
- continuità della assistenza nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- formazione e aggiornamento dei professionisti sanitari.

Tutti aspetti questi che trovano riscontro nei recenti documenti di programmazione nazionale, che assumono la qualità e la sicurezza delle cure come orizzonte prioritario di riferimento:

- il DM n. 70 del 02/04/2015[3], che al punto 5 dell'allegato 1 individua gli standard di qualità ospedalieri facendo riferimento ad un modello di governo clinico inteso come: "*...documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività' di Gestione del rischio clinico; Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie; Valutazione e miglioramento continuo delle attività' cliniche; Documentazione sanitaria, Comunicazione, Informazione e partecipazione del cittadino/paziente; Formazione continua del personale."*
- Il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016[4]
- il DPCM 12/01/2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*"[5].

Inoltre a livello nazionale, gli atti che hanno dato impulso alla **revisione dei sistemi di accreditamento istituzionale** dei servizi sanitari e socio-sanitari sono:

- l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012[6] (Resp. Atti n. 259/CSR) concernente il documento "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Resp. Atti n. 2648 del 03-12-2009);
- l'Intesa del 19 febbraio 2015[7], ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. n. 32/CSR del 19/02/2015);
- i Manuali per l'accreditamento istituzionale sviluppati da AGENAS8, che declinano nel "Disciplinare tecnico" del 2012 i requisiti e le evidenze per le diverse tipologie di strutture: ospedaliere, di assistenza territoriale extraospedaliera, specialistiche ambulatoriali, di medicina di laboratorio.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza[9]

Prossimità. Innovazione. Uguaglianza. Sono le parole chiave della Missione Salute, la sesta area di intervento prevista dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, finanziato grazie al programma dell'Unione "Next Generation Europe".
La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è regolata dal Decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022[10], che ridisegna funzioni e standard del Distretto. Ecco principali contenuti e standard:

---

2 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=232&area=qualita&menu=qualita
3http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2102
4 http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf
5 http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg
6 http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038866_259%20csr%20-%204.pdf
7 http://www.agenas.it/images/agenas/accreditamento/Intesa_Accreditamento_19_02_2015.pdf
8 http://www.agenas.it/primo-piano/manuali-per-accreditamento-istituzionale
9 https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/homePNRRSalute.jsp
10 https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=87801

- **Casa della Comunità** - luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione
- **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale
- **Centrale Operativa Territoriale**- COT - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali
- **Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.
- **Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa
- **Assistenza domiciliare** - Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.
- **Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero
- Rete delle cure Palliative - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice.
- **Servizi per la salute** dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie.
- **Telemedicina** - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Livello regionale

Conseguentemente alle disposizioni Nazionali, Regione Lombardia attraverso l'approvazione a dicembre 2021 di una nuova legge - la Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22[11] - ha previsto **importanti interventi di miglioramento e rafforzamento del sistema sanitario e sociosanitario lombardo**.

Gli interventi programmati prevedono:

- il potenziamento e la creazione **di strutture e Presìdi Territoriali**,
- il rafforzamento **dell'Assistenza Domiciliare**,
- lo sviluppo della **Telemedicina**,
- una più efficace **integrazione con tutti i Servizi Socio-Sanitari**.

Il potenziamento dei servizi territoriali passerà attraverso la realizzazione di nuove strutture e presìdi più vicini al cittadino ed in grado di rispondere ai suoi bisogni: le **Case e gli Ospedali di comunità**, le **Centrali operative territoriali** per la presa in carico dei pazienti cronici ed infine l'istituzione di un **Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive**.

Queste nuove strutture, e relativi servizi, verranno attivate progressivamente – già partendo da quest'anno - per arrivare alla realizzazione di 216 Case di Comunità entro il 2024. Verrà dunque rafforzato e potenziato il sistema di assistenza sanitaria primaria e di prevenzione della Lombardia e il sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Livello Aziendale

L'Ufficio Qualità (U.Q.) è stato istituito dalla Direzione Generale nel Marzo 1997 con lo scopo di fornire un supporto operativo al Progetto "Sviluppo della qualità degli atti sanitari", attivato dalla Direzione Generale dal settembre 1995 (in ottemperanza anche al mandato legislativo definito nell'articolo 10 dei DD. Lgs. 502/92 e 517/93) con la consulenza di un esperto di ricerca e di studio valutativo della qualità degli atti sanitari.

Con Deliberazione 659/2022 "REVOCA PROVVEDIMENTO N. 426 DEL 09/06/2022. NUOVA ADOZIONE DEL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) DI CREMA", si istituisce l'Unità Semplice **di Qualità e Risk Management.**

Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero - Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente. Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2023

[11] https://www.uneba.org/wp-content/uploads/2021/12/LR-22-2021.pdf