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 *risk management* 2023

P.A.R.M.

Documento elaborato da:

Ufficio Qualità e risk management

Dott.ssa Badiini Giuseppina-dott. Raimondi Lucio

Aprile 2023

Validato da:

Quality Manager

e Responsabile Aziendale PIMO

Dr. Roberto Sfogliarini

Approvato da

Direzione Generale

Delibera n. xxxx del xx/04/2022

Indice

1. PREMESSA 3
1.1 ANALISI DI CONTESTO 4
2. ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT 2022 6
PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2 6
PARTE II – ATTIVITA'ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT 7
3. ATTIVITÀ PREVISTA ANNO 2023 12
PARTE I – INTERVENTI DIRETTI 13
PARTE II – Attività di Monitoraggio e Progetti 17
4. RIFERIMENTI NORMATIVI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO 22
ALLEGATI 23

1. PREMESSA

La gestione del rischio clinico in sanità (*clinical risk management)* rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza della persona assistita, dell'esito delle cure e il coordinamento dei professionisti per il raggiungimento di tale obiettivo.[1]

Il Servizio Sanitario Regionale ha avviato negli anni un programma articolato di strategie ed azioni per affrontare i principali rischi in ambito assistenziale, garantendo al contempo:

- la sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro;
- la sicurezza strutturale e tecnologica per un uso corretto di apparecchiature biomedicali e radiologiche;
- la sicurezza dei dispositivi medici e dei farmaci;
- la sicurezza delle informazioni;
- la gestione del rischio clinico e la gestione del rischio infettivo orientati a costruire strategie di applicazione delle buone pratiche in sanità, l'apprendimento dagli errori e la definizione dei percorsi di sicurezza e di qualità per gli utenti nella logica di contenimento dei rischi correlati all'assistenza e alla cura.

Gli esempi sopra descritti si traducono e ampliano nelle linee strategiche che sostanziano ogni anno nella attività messe in campo anche nella ASST Crema attraverso lo strumento quale è il Piano di Risk Management.

In particolare nel Pianosono esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, dei *near miss*, dell'andamento del contenzioso nonché delle indicazioni delpresente documento redatto in coerenza con la DGR 7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023".[2]

[1] Disponibile URL:< https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/Prevenzione-e-benessere/risk-management-sanita/risk-management-sanita>. Consultato il 30.03.2021.

[2] "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2023" – nota protocollo G1.2023.0003303 del 30/01/2023.

1.1 ANALISI DI CONTESTO

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema è stata costituita a partire dal 1° gennaio 2016 con Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4496/2015, in attuazione della LR n. 23/2015. L'ASST di Crema è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Crema (CR). La LR n.23/2015, istituendo l'ASST di Crema, ha stabilito che l'ASST comprende il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema. Il bacino di utenza prevalente è l'area a nord della Provincia di Cremona, sostanzialmente corrispondente al Distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona. Modificando il Titolo I e Titolo VII del Testo Unico delle leggi sanitarie in materia di sanità la LR n. 22/2021 ha dato ulteriore impulso all'assistenza sanitaria territoriale articolando il polo territoriale delle ASST in distretti e dipartimenti a cui afferiscono gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali previste dal PNRR. Con delibera n. 210 del 29/03/2022 è stato formalmente istituto il Distretto Cremasco con le funzioni e i compiti assegnati dalla normativa.

Rappresentazione grafica del Distretto Cremasco con i 48 Comuni

Le strutture di erogazione di servizi dell'Azienda

L'Azienda è attualmente costituita dalle seguenti strutture:

- Polo Ospedaliero
  - Presidio Ospedale Maggiore di Crema
  - Presidio Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda
  - Presidio Sanitario Cure Sub Acute di Soncino
  - Poliambulatori Specialistici:
    - Poliambulatori di Crema e Rivolta d'Adda (presso le sedi ospedaliere)
    - Poliambulatorio di Castelleone
    - Poliambulatorio di Soncino
  - Servizio di Medicina di Laboratorio: rete dei punti prelievo
- Polo Territoriale:
- U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Crema
- U.O. di Psichiatria (SPDC- nel polo Ospedaliero) e Centro Psico Sociale di Crema
- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza di Crema
- Appartamenti di Residenzialità leggera di Rivolta d'Adda
- Ser.D. di Crema
- Consultorio familiare di Crema

I tre Presidi di degenza attualmente svolgono attività per acuti (Crema), attività di riabilitazione (Rivolta d'Adda) e attività per sub acuti (Soncino).

Nella Tabella seguente è indicata la distribuzione dei posti letto al 01.01.2023. Sono inoltre indicati i posti tecnici di chirurgia a bassa complessità e di Macroattività ambulatoriale complessa e di altri servizi e attività.

I posti letto indicati rappresentano l'assetto a regime; a seguito della epidemia CoVid i posti sono oggetto di trasformazione parziale ed in evoluzione rapida in allineamento con i livelli di emergenza regionali.

ASST DI CREMA - POLO OSPEDALIERO -Distribuzione posti letto e posti tecnici al 01.01.2023

01.01.2023	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**	301		9	12	10	24	52	**408**
RIVOLTA D'ADDA	75	0	0	0	6	14	**95**	55		0	0	0	6	14	**75**
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**	356		9	12	10	30	88	**505**

2. ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT 2022

In ottemperanza alla nota di regione Lombardia, num prot. G1.2022.0002966 del 13/01/2022 "Linee operative Risk Management in Sanità Anno 2022", l'Azienda ha predisposto il Piano Annuale di Risk Management 2022, adottato con deliberazione 301 del 28/04/2022.
Il piano prevedeva:

- PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2
- PARTE II – ATTIVITA'ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT[3]
- IMPLEMENTAZIONE PROGETTI

PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2

Nel corso del 2022, a fronte dell'elevata copertura vaccinale raggiunta sia in termini di ciclo di base che di dosi *booster*, l'impatto sulle strutture sanitarie dei pazienti con infezione da Sars-CoV-2 si è mantenuto limitato nonostante la circolazione di una variante altamente trasmissibile come Omicron. Il contesto epidemiologico del 2022 è stato caratterizzato da un progressivo calo dell'occupazione dei posti letto in terapia intensiva e in area medica per soggetti affetti da SARS-CoV-2. Con il Decreto Legge n. 24 del 24 marzo, il Consiglio dei Ministri ha disposto al 31 marzo 2022 la chiusura dello stato di emergenza dichiarato il 31 gennaio 2020 per contrastare la diffusione dell'epidemia da Covid-19. Le misure contenute nel provvedimento scandiscono le principali tappe del graduale ritorno all'ordinario, mantenendo tuttavia alcune specifiche legate alla gestione ospedaliera del COVID-19. A tal proposito, è stato necessario tenere conto della possibilità di variazioni del contesto epidemiologico attuando un'azione di *preparedness* e *readiness* per garantire la risposta ad un eventuale aumento della circolazione virale o alla comparsa di nuove varianti in grado di determinare un aumento di forme gravi di malattia.
In ambito ospedaliero e territoriale è stato attuato un progressivo passaggio da una strategia di controllo dell'infezione da SARS-CoV-2, incentrata sul tentativo di interrompere per quanto possibile le catene di trasmissione del virus, ad una strategia di mitigazione finalizzata a contenere l'impatto negativo dell'epidemia sulla ripresa dell'attività programmata dell'Azienda.
Pertanto, le misure di prevenzione sono state ulteriormente semplificate e rese coerenti con l'attuale scenario epidemiologico, caratterizzato dalla verosimile evoluzione verso una fase di transizione rispetto all'emergenza pandemica, in considerazione dell'immunizzazione conseguente alla campagna vaccinale e a quella determinata dalla guarigione.

[3] Si rimanda alla Relazione annuale Risk Management, trasmessa con mail n. protocollo 0003279/23

Sono stati confermati i principi di carattere generale per contrastare la diffusione del contagio, quali norme igieniche e comportamentali, utilizzo dei DPI, distanziamento e corretta areazione degli ambienti. Le attività legate all'emergenza pandemica nel corso dell'anno sono state orientate verso una gestione di endemia della malattia e rientro all'interno delle normali attività aziendali consolidando l'esperienza maturata, ma anche migliorando i processi per garantire una ripresa dell'attività.

PARTE II – ATTIVITA'ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT[4]

Nella tabella seguente vengono indicate le fonti informative disponibili nel contesto aziendale; dall'analisi dei dati relativi alla singola fonte si estraggono le informazioni necessarie per una oggettiva mappatura delle tipologie dei rischi.

L'oggettiva, sistematica e continuativa individuazione delle tipologie di rischio e delle relative sedi di accadimento, congiuntamente alla conoscenza quantitativa degli eventi indesiderati, dei relativi livelli di gravità ed esito, dei possibili danni economici e di immagine, rappresentano la base metodologica per l'acquisizione degli elementi necessari per individuare le aree prioritarie di intervento.

Fonte informativa	Oggetto della segnalazione	Tipologia di informazione	Contributo rispetto alle strategie
Database incident reporting	Eventi avversi *near miss*	qualitativa/quantitativa	**Alto**
Database cadute	Tutte le cadute dei pazienti	qualitativa/quantitativa	**Alto**
Farmaco vigilanza	Reazioni avversi da farmaci e vaccini	qualitativa/quantitativa	**Basso**
Dispositivo vigilanza	Incidente corredato a dispositivo medico	qualitativa/quantitativa	**Basso**
Sinistri	Eventi di sinistro	qualitativa/quantitativa	**Alto**
Reclami URP con *flag* rischio	Eventi con danno o potenziale danno fisico	qualitativa/quantitativa	**Medio**
Verbali delle verifiche interne e riesami delle direzioni	Situazioni organizzative critiche	Qualitativa/quantitativa	**Alto**

EVENTI e NEAR MISS

Nelle tabelle sottostante sono riportate le Categorie di Evento per Macroaree, così come distinte nella classificazione adottata nella Scheda data-base di classificazione degli *incident reporting*.

2.1 Categorie di evento (Macroaree)

Le prime 3 categorie di evento in ordine decrescente sono:

1.ERRORE DI PROCEDURA/ PDTA	24
2.ERRORI NELLA TEMPISTICA	7
3.COMUNICAZIONE	6

Tab. 1 ***Categorie di eventi escluso le cadute***

Categoria di eveno	**n°**	**%**
ERRORE DI PROCEDURA/ PDTA	24	46,15%
ERRORI NELLA TEMPISTICA	7	13,46%
COMUNICAZIONE	6	11,54%
AGGRESSIONE	4	7,69%
ERRORE TERAPEUTICO	4	7,69%
ERRORE DI PREVENZIONE	3	5,77%
ERRORE DIAGNOSTICO	2	3,85%
DANNEGGIAMENTO PERSONE	1	1,92%
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	1	1,92%

CONFRONTO prime tre categorie di evento (macro aree) ANNO 2022-2021

categorie di evento	n°	%
ERRORE DI PROCEDURA/ PDTA	24	47,06%
ERRORI NELLA TEMPISTICA	7	13,73%
COMUNICAZIONE	5	9,80%

categorie di evento	n°	%
ERRORE DI PROCEDURA/ PDTA	62	53,91%
COMUNICAZIONE	14	12,17%
ERRORI NELLA TEMPISTICA	9	7,83%

[4] Si rimanda alla Relazione annuale Risk Management, trasmessa con mail n. protocollo 0003279/23

CATEGORIE di Causazione dell'evento
Nelle seguenti tabelle si riportano le CAUSAZIONI relativa alle prime 3 categorie di evento.

⇨ ERRORE DI PROCEDURA/PDTA n.24 (46.15%)

Si constata che, per questa categoria di evento, la Causazione più frequente sia stata:
"Errore nella esecuzione della procedura / PDTA"

Causazione	n°	%
Errore nella esecuzione della procedura/PDTA	21	57.50%
Errore nella scelta della procedura/PDTA	3	12.50%

⇨ ERRORI NELLA TEMPISTICA n. 7 (13.46%)
Si constata che la causazione più frequente sia stata:
"Ritardata diagnosi/trattamento/indicazione"

Causazione	n°	%
Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico	4	57,14%
Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici	1	14,29%
Ritardo nel trattamento farmacologico	1	14,29%
Ritardata diagnosi/trattamento/indicazione	1	14,29%

⇨ COMUNICAZIONE n. 6 (11.54%)
Si constata che la causazione più frequente sia stata:
"Inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario"

Causazione	n°	%
Inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario	5	83.33%
Mancato rispetto/applicazione regole/procedure Organizzazione Aziendale	1	16.67%

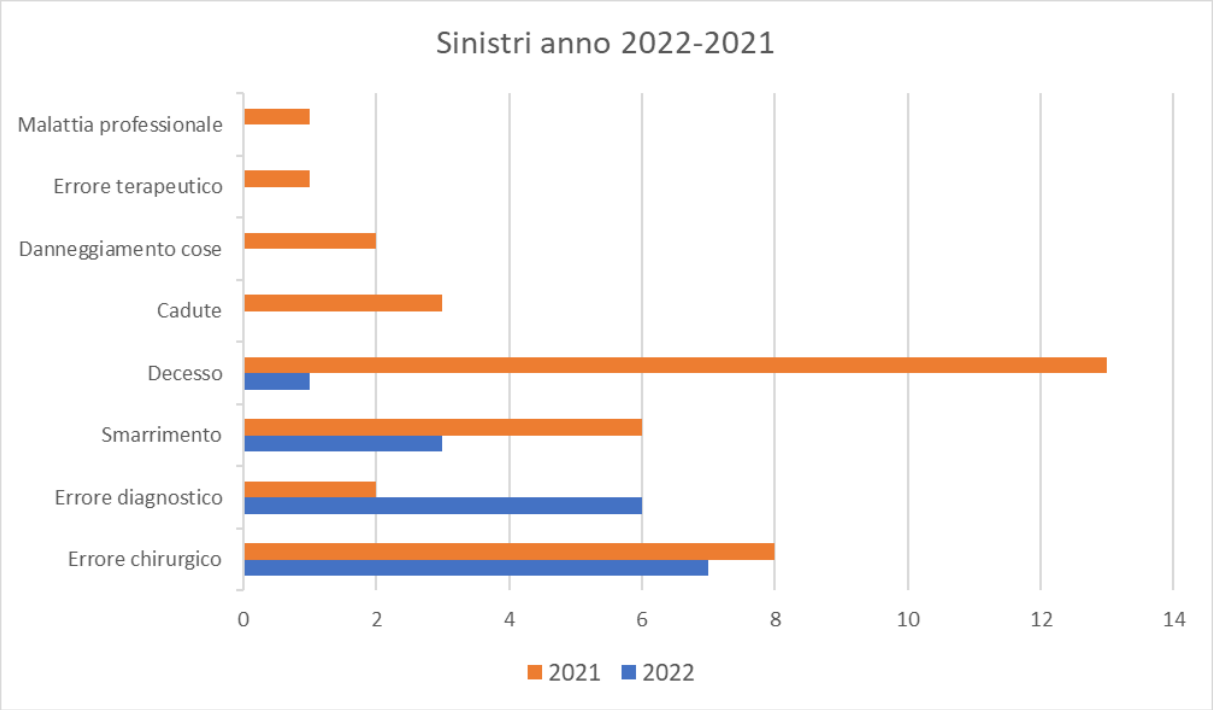
L'analisi dei sinistri (Richieste di Risarcimento) è eseguita costantemente durante l'anno nell'ambito dei due organismi aziendali denominati Comitato di Valutazione Sinistri e Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio.

Si riporta di seguito la tabella relativa alla Categoria di sinistri e al numero di casi per ogni categoria:

CATEGORIE DI SINISTRI: RICHIESTE DI RISARCIMENTO PERVENUTE ANNO 2022 VS/2021

Sinistro	N° casi 2021	N° casi 2022
Errore chirurgico	8	7
Errore diagnostico	2	6
Smarrimento	6	3
Decesso	13	1
Cadute	3	
Danneggiamento cose	2	
Errore terapeutico	1	
Malattia professionale	1	
Totale sinistri	36	17

A fronte dell'analisi di questi dati sono state individuate azioni correttive e preventive volte alla riduzione degli eventi avversi.



IMPLEMENTAZIONE PROGETTI

Nel 2022 sono stati identificati i progetti sottoriportati che risultano conclusi come evidenziato nella relazione finale trasmessa in data 01/02/2023

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

   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.

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

2. **Titolo: Riconoscimento e gestione precoce della sepsi.**

   Obiettivo: 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.

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

3. **Titolo: Gestione degli effetti personali di proprietà dei pazienti**

   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.

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**

3. ATTIVITÀ PREVISTA ANNO 2023

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 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", unitamente al DM 77/22 " Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale",* 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. Nel corso del 2023 si consolida la procedura della gestione del 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 presente Piano di gestione di Risk management, in linea con le indicazioni operative di Regione Lombardia[5] è strutturato in due parti:

- ☐ PARTE I – **Interventi Diretti**
- ☐ PARTE II – **Attività di Monitoraggio e Progetti**

[5] "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2023" – nota protocollo G1.2023.0003303 del 30/01/2023.

PARTE I – INTERVENTI DIRETTI

Gestione delle Crisi e Continuità Operativa

"Nel corso dell'anno 2023 ai Risk Manager saranno fornite indicazioni per la gestione delle crisi e per la visione integrata della resilienza organizzativa in sanità anche attraverso incontri di condivisione/formazione e adozione di idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management". Anche la nostra ASST, in coerenza con le linee di indirizzo regionali, adegua con logica sistemica e di collegamento in primis i piani di emergenza pandemica e con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAF, ecc…) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi."[6]

In particolare in relazione della gestione della emergenza da epidemie da agenti infettivi respiratori si prevede:

CCC35: "Completare la procedura per mobilitare, addestrare, accreditare e gestire i volontari per fornire, se necessario, capacità di intervento supplementari"

CCC36: "Completare la predisposizione dei metodi e delle procedure per offrire a distanza triage e offerta di assistenza sanitaria ai pazienti non in emergenza (es: consultazioni telefoniche o on-line)"

LLL75: "Completare la stima del fabbisogno di personale minimo necessario a livello di singola struttura per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, prevedendo piani di continuità operativa delle strutture sanitarie in base agli scenari di assenza degli operatori a causa dei contagi."

CCC30 - CCC31: Aggiornamento del documento PanFlu

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Completamento delle azioni: **CCC35 – CCC36 – LLL75**	Semestrale	Procedure revisionate	100%	
Completamento delle azioni: **CCC30 - CCC31**	Semestrale	PanFlu aggiornato	100%	

Rischio in area Travaglio/Parto

Si proseguirà con la segnalazione nel CedaP dei *trigger* materno-fetali e di effettuare periodicamente audit strutturati sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di rischio.

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Revisione documentale	Annuale	Audit effettuati per trigger significativi/n. trigger rilevanti	>95%	

[6] "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2023" – nota protocollo G1.2023.0003303 del 30/01/2023".

Rischio Infezioni – SEPSI

Regione Lombardia metterà a disposizione una specifica scheda di audit "Case Review Form (CRF)" per la revisione della documentazione clinica, al fine di valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, in un campione di cartelle cliniche selezionate.

Sarà pertanto richiesto:

- la conduzione di audit su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavati dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, secondo le indicazioni che saranno fornite con la scheda audit CRF,
- di applicare la nuova Check list Logistico-Organizzativa aggiornata
- di partecipare alle iniziative formative proposte a livello regionale e conseguentemente programmare la specifica formazione a livello locale.

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Revisione della documentazione sanitaria in conformità alle indicazioni regionali	Annuale	N. Audit effettuati utilizzando la check-list/20 casi	100%	
Attività formativa specifica Regione	Annuale	Partecipazione all'evento	100%	
Attività formativa specifica Locale	Annuale	Erogazione iniziativa	100%	

Rischio in ambito territoriale e sociosanitario

Nell'ambito dei servizi del polo territoriale afferente alla ASST si intende avviare un percorso di gestione del rischio in linea con:

- l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità);
- il trasferimento dei dipartimenti di cure primarie;
- lo sviluppo della telemedicina.

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Individuazione dei processi core e di supporto e prioritizzazione in relazione a importanza	Annuale	Elenco dei processi e pesatura	100%	
Definizione dei processi	Annuale	N processi disegnati/n processi	≥ 90%	
Analisi proattiva dei processi	Annuale	N. FMECA/N.processi prioritari	≥ 90%	

Rischio Nutrizionale

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. [7]

A tal fine continuerà l'attività di formazione e l'identificazione dei prescrittori anche in ambito di alcune specialità.

[7] Ibidem

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Stesura della procedura	Annuale	Procedura elaborata	100%	
Programmazione attività formativa	Annuale	Erogazione di almeno 4 iniziative	100%	
Aggiornamento elenco prescrittori	Annuale	Aumentato n. di prescrittori	Incremento del 10%	

Rischio in ambito di impiego delle radiazioni

Nel 2023 saranno resi noti da Regione gli esiti della valutazione sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare ad indirizzo radiometabolico ed in radioterapia con conseguenti indicazioni operative che saranno fornite nel corso dell'anno agli operatori interessati. Le azioni dovranno essere oggetto di appositi piani di miglioramento.

L'ASST di Crema attiverà le azioni necessarie come da indicazioni regionali.

Enterprise risk management (ERM)

Prosegue l'implementazione del modello di Enterprise Risk Management (ERM) applicato in via sperimentale nel corso del 2022 in 7 strutture sanitarie "pilota". L'applicazione di tale modello prevede un'analisi dei processi e degli strumenti di gestione che permette alle organizzazioni di comprendere la natura ed il livello di esposizione al rischio, di individuare le criticità e le conseguenti azioni di miglioramento con riferimento ai diversi rischi aziendali.

L'ERM consente di adottare un approccio strutturato alla gestione del rischio e di integrare i processi di risk management nei meccanismi decisionali, comportando i seguenti benefici:

- *Definizione di solide strategie risk-based a lungo termine,*
- *Consolidamento della governance e supporto alle decisioni,*
- *Capacità di anticipare e reagire ai cambiamenti,*
- *Ottimizzazione della spesa per la mitigazione dei rischi,*
- *Riduzione degli eventi avversi.*

La gestione omnicomprensiva del rischio contribuisce anche ad un uso e ad un'allocazione più efficace delle risorse, alla protezione del patrimonio aziendale, alla tutela dell'immagine e del know- how delle figure professionali, così come all'ottimizzazione dell'efficienza operativa.

Il Risk Manager ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione globale e prioritizzata, supportando così il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio nell'intraprendere le azioni di competenza. L'obiettivo della fase "pilota" è testare e rimodulare gli strumenti di lavoro prima di procedere alla complessiva analisi di ogni ambito aziendale e di estendere la

progettualità ad ulteriori aziende sanitarie regionali. Nel corso del 2023 - 2024 anche la nostra ASST sarà chiamata a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM.[8]

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Conoscere modello di Enterprise Risk Management (ERM)	Annuale	Attivazione di una iniziativa formativa	100%	
Sperimentazione del modello in una articolazione aziendale	2023-2024	Sperimentazione avviata	100%	

Portale di Governo a supporto del risk management

Nel corso del 2022 è stata creata all'interno del Portale di Governo Regionale la sezione dedicata alle attività di monitoraggio di risk management con specifici indicatori per l'analisi della sinistrosità che costituiscono la nuova reportistica sulla base delle richieste di risarcimento danni presenti in GEDISS.

E' prevista,inoltre, l'attivazione di una sezione di indicatori di *patient safety* e di un sistema di *incident reporting*

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Conoscenza ed utilizzo della sezione del portale ad attivazione avvenuta	Semestrale	Attivazione di utenze e utilizzo del portale	100%	
		Inserimento dei dati richiesti in conformità alle scadenze regionali		
Analisi dei risultati di monitoraggio e diffusione	Annuale	Sperimentazione avviata	100%	

Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

In attesa dell'emanazione dei decreti attuativi della Legge 24/2017, che potranno cambiare gli assetti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso, si confermano i seguenti punti:

- *Le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale presso ARIA.*
- *I Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri.*
- *Le Direzioni Strategiche dovranno mettere a sistema le modalità di gestione del contenzioso sanitario in ottemperanza al Decreto della DG Welfare n. 15406 del 27/10/2022 con il quale sono state revisionate le linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri, contenenti le indicazioni per le direzioni strategiche ed i comitati di valutazione dei sinistri a cui ogni ASST, IRCCS e ATS dovrà fare riferimento.*
- *La promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori nel caso di necessità di comporre équipe di ascolto e mediazione dei conflitti. Saranno avviate iniziative di sviluppo dell'attività in continuità con quanto messo in campo prima della pandemia.*[9]

[8] Ibidem
[9] Ibidem

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Adesione alla gara ARIA	Annuale	Adesione	100%	
Composizione adeguata del CVS	Annuale	nomina dei componenti obbligatori	100%	
miglioramento ascolto/mediazione conflitti	Annuale	Revisione della procedura	100%	

PARTE II – Attività di Monitoraggio e Progetti

Attività di monitoraggio

***Eventi Sentinella**: si raccomanda la segnalazione in SIMES degli eventi sentinella compilando correttamente e nei tempi previsti, la scheda A entro 5 giorni e scheda B entro 45 gg. Gli eventi particolarmente interessanti potranno essere presentati dal risk manager nell'ambito dei Network.*

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Segnalazione eventi sentinella	Annuale	N eventi sentinella inseriti nel portale nel rispetto delle tempistiche/tutti gli eventi sentinella	100%	

***Trigger Materni e Fetali** (Flusso CedaP): si richiede a tutti i Punti Nascita di proseguire la segnalazione con cadenza mensile degli eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico-neonatale*

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Audit strutturati trigger significativi	trimestrale	Presenza del verbale di audit	100%	
Sorveglianza mortalità perinatale	annuale	Partecipazione all'evento formativo regionale	Si	

Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della check list di sala operatoria

Si evidenzia l'importanza di portare a regime l'implementazione delle 19 raccomandazioni ministeriali laddove fosse ancora parziale, nonché di aggiornare le procedure ed i protocolli anche ai fini del monitoraggio annuale promosso da Agenas il cui avvio è previsto nel secondo semestre.

Raccomandazione		*Stato della documentazione*
1	Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	Da revisionare
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Da revisionare
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Da revisionare
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio in ospedale	Da revisionare
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Da revisionare
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Da revisionare
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Da revisionare
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	In corso
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Da revisionare
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Da revisionare
11	Raccomandazione per la prevenzione di morte o grave danno conseguente al malfunzionamento del sistema di trasporto intra ed extra ospedaliero	In corso
12	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "LOOKALIKE/SOUND-ALIKE"	Da revisionare
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del pazienti nelle strutture sanitarie	Da revisionare
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici	Da revisionare
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	In corso
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Da implementare
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Da revisionare
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Da revisionare
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Da implementarew

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Monitoraggio delle raccomandazioni	Annuale	Raccomandazioni monitorate/tutte le raccomandazioni attivate	100%	
		Procedure attivate/n. raccomandazioni ministeriali	95%	

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – PDTA

Con la DELIBERAZIONE N° XI / 6530 Seduta del 20/06/2022, regione Lombardia intende adottare un "MODELLO REGIONALE PER L'ATTUAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI – PDTA".

A tal fine sarà introdotto:

- apposito format, nel quale predisporre il percorso di cura seguendo le indicazioni fornite dagli item operativi e compilativi in esso contenuti e *l'executive summary* per la pre-produzione e/o la revisione dei PDTA; (costituisce il *format* nell'ambito del quale predisporre, seguendo le indicazioni fornite di tipo operativo e compilativo, un PDTA. Vengono, inoltre definite le modalità da seguire per la pre-produzione e/o la revisione del PDTA).
- "Manuale generale" inteso come documento di approfondimento da utilizzare qualora il PDTA, in base al contesto clinico-organizzativo, presenti elevati livelli di complessità come ad esempio nei PDTA a valenza regionale (rappresenta uno strumento di approfondimento da utilizzare qualora il PDTA, in base al contesto clinico-organizzativo, presenti elevati livelli di complessità come ad esempio nei PDTA a valenza regionale.)

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Partecipazione alla formazione centrale	Annuale	Partecipazione dei risk manager	100%	
Elaborazione PDTA nuovo Format	Annuale	PDTA redatti come da format regionale	Almeno 1	

Richieste di Risarcimento, Polizze, Infortuni e Cadute

- Entro il 31.01.2023: inserimento delle Richieste di Risarcimento, Polizze RCT/O (GEDISS) delle cadute e infortuni (DB AON) del secondo semestre 2022 e aggiornamenti dello storico;
- Entro il 31.07.2023: inserimento delle Richieste di Risarcimento, Polizze RCT/O, del primo semestre 2023 e aggiornamenti dello storico in GEDISS.

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Inserimento delle Richieste di Risarcimento, Polizze RCT/O	Semestrale	Richieste inserite/tutte le richieste	100%	

Infortuni

Per accordo con l'UO Prevenzione di DG Welfare, il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente potrà richiedere i dati relativi gli infortuni, qualora si rendesse necessario, direttamente a livello regionale. Pertanto, non è più richiesto l'inserimento degli infortuni da parte delle Strutture nel DB AON.[10]

[10] Ibidem

Cadute

In riferimento a quanto già riportato nel paragrafo "Portale di Governo a supporto del riskmanagement", le cadute a partire dal 2023 dovranno essere inserite nel nuovo sistema di segnalazione che è in corso di realizzazione da parte del Centro Regionale per la Gestione del RischioSanitario e la Sicurezza del Paziente. Saranno fornite nel corso dell'anno informazioni in merito allanuova modalità di registrazione.[11]

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Inserimento delle segnalazioni di cadute nel nuovo portale	Annuale	Segnalazioni inserite nel nuovo portale/tutte le segnalazioni	100%	

Trasparenza nei confronti del cittadino

la Legge 24/2017 prevede per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie la pubblicazione sul proprio sito internet di:

- *una relazione annuale consuntiva sugli Eventi Avversi verificatisi nell'anno 2022, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto*
- *una tabella con l'importo dei Risarcimenti erogati (liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio;*[12]

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Redazione e pubblicazione	Annuale	La relazione annuale e la tabella risarcimenti sono pubblicati	100%	

Il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio

Considerato che nell'ultimo triennio si è registrato il turnover di circa il 40% dei risk manager aziendali, l'obiettivo consiste nel ridare impulso al ruolo del Gruppo - previsto in ogni struttura sanitaria – richiedendo un minimo di tre incontri nel corso dell'anno che andranno rendicontati

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Riunioni Gruppo Gestione Rischio	Annuale	N. incontro per anno	Almeno 3	

Network ed Eventi Formativi

Dovrà essere assicurata la partecipazione dei risk manager e dei responsabili del CVS ai Network organizzati da regione con cadenza trimestrale e aperti anche ai responsabili della Qualità, del CVS, ai medici legali ed ai mediatori di conflitti. Si ricorda che è possibile collaborare all'organizzazione dei Network proponendo la presentazione di Buone pratiche aziendali e/o la discussione di casi di eventi sentinella di particolare interesse.

Proseguendo il percorso formativo riattivato nel 2022, questa Direzione ha proposto nell'ambito del piano di formazione rivolto al personale del SSR la realizzazione da parte di Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario Lombardo (AFSSL) di Polis Lombardia di eventi formativi nelle seguenti tematiche:

11

- *Sepsi: revisione PDTA e check list redatta dal gruppo regionale sepsi.*
- *Rischio ostetrico e materno infantile*
- *Corso avanzato per risk manager e componenti CVS*
- *Ascolto e Mediazione di conflitti*
- *Gestione del rischio in ambito territoriale*[13]

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Partecipazione eventi formativi Polis	Annuale	Partecipazione a tutti gli eventi	100%	
Progettazione iniziative formative locali	Annuale	4 iniziative formative	100%	

- Analisi del sistema di rischio legati all'introduzione di nuovi sistemi di digitalizzazione della documentazione sanitaria:
  - ADT
  - Order Entry
  - CUP
  - Cartella Clinica Elettronica
  - FSE 2.0

Azione	Tempistica	Indicatore	Standard	Esito
Elaborazione di una procedura	Annuale	Procedura elaborata	100%	
FMECA	Annuale	Identificazione dei rischi	Almeno 1 processo	

Rischi organizzativi determinati da equipe miste

- Molteplici sono i fattori che hanno determinato l'attuale scenario organizzativo di carenza di personale sanitario, si rende quindi necessario individuare scenari gestionali e modelli che garantiscano equilibrio tra attività, qualità e sicurezza delle prestazioni erogate anche in presenza di personale con contratti di diversa natura.

  L'individuazione delle modalità di inserimento del personale "non strutturato", la definizione accurata (ove necessario) delle attività da erogare per assicurare una adeguata continuità delle cure e il monitoraggio di indicatori specifici, non conformità e reclami, l'implementazione di interventi correttivi sono le azioni che consentono la tenuta sotto controllo del processo.

  Le azioni si orienteranno prioritariamente a gestire la comunicazione fra componenti eterogenee delle equipe.

[12] Ibidem
[13] Ibidem

4. 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";
- DGR 7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023
- "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2023" – nota protocollo G1.2023.0003303 del 30/01/2023.
-

ALLEGATI

Sono stati individuati tre progetti di durata biennale in relazione alle Linee guida Risk management del 2023 e all'andamento delle non conformità e all'esito degli indicatori.

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2023			
ASST/IRCCS/ATS	ASST di Crema		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	/		
Risk Manager aziendale			
1. Titolo del Progetto	Documentazione informatizzata e continuità delle informazioni		
2. Motivazione della scelta	L'informatizzazione della documentazione sanitaria, in corso nell'ASST di Crema, richiede particolare attenzione nel garantire la disponibilità delle informazioni necessarie per l'erogazione dell'assistenza anche in caso di malfunzionamento del software		
3.Area di RISCHIO	Gestione crisi e continuità operativa		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	UU.OO cliniche Presidio ospedaliero di Crema		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Garantire la continuità documentale nell'eventualità di arresto/malfunzionamento del sistema operativo.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Individuazione della documentazione "cartacea sostitutiva" generale e specifica per UO Elaborazione di specifica procedura/manuale da utilizzare in caso di malfunzionamento		
9. Strumenti e metodi	Formazione Gruppi di miglioramento		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Elaborazione della procedura/manuale	Pubblicazione del documento	31/01/2024
	realizzazione e implementazione del Corso FAD	% partecipanti	30/06/2024
	Monitoraggio NC	n. compilazioni manuali/n. guasti > di 4h	31/12/2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2023			
ASST/IRCCS/ATS	ASST di Crema		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	/		
Risk Manager aziendale			
1. Titolo del Progetto	Tecnologia a supporto della continuità (CC36)		
2. Motivazione della scelta	La sanità digitale, o e-health, rappresenta oggi un trend incontrovertibile e fa riferimento ad una molteplicità di strumenti e tecnologie che rendono possibili nuovi servizi accessibili da remoto tra cui quelli di telemedicina.L'esperienza della pandemia ha aumentato sia la consapevolezza circa i limiti dei modelli assistenziali tradizionali, sia la fiducia riposta a tutti i livelli nelle capacità abilitanti del digitale. L'utilizzo delle tecnologia nell'eventualità del verificarsi di una nuova emergenza pandemica rappresenta uno strumento imprescindibile		
3.Area di RISCHIO	Gestione crisi e continuità operativa		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Territoriale		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Garantire l'accessibilità alle cure utilizzando tecnologie innovative		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Individuazione dei requisiti dei pazienti candidati alla sorveglianza Definizione delle modalità di erogazione Simulazione del servizio		
9. Strumenti e metodi	Analisi bibliografica Gruppo di miglioramento Analisi proattiva		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Definizione piano organizzativo	Pubblicazione del documento	30/06/2023
	Erogazione simulata del servizio	Almeno xx chiamate simulate	30/06/2024
	Analisi delle NC e rimodulazione del processo	Riformulazione/conferma del processo	31/12/2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2023			
ASST/IRCCS/ATS	ASST di Crema		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	/		
Risk Manager aziendale			
1. Titolo del Progetto	Emocoltura		
2. Motivazione della scelta	Le linee guida pubblicate dalla Surviving Sepsis Campaign (SSC) sono schematizzate nei cosìddetti bundles,che descrivono in modo conciso e chiaro, le procedure da applicare in successione al fine di rendere l'applicazione pratica più agevole. Lo schema Sepsis Six prevede l'immediata attuazione, entro la prima ora dal riconoscimento della sepsi grave, di 6 manovre, di cui: • 3 diagnostiche (prelievo per emocoltura, misurazione dei lattati ed altri esami di laboratorio, monitoraggio della diuresi), • 3 terapeutiche (somministrazione di ossigeno, somministrazione di fluidi e antibioticoterapia). L'analisi della documentazione sanitaria e dei dati governati dalla UOS Microbiologia hanno evidenziato un'applicazione del sepsis six non sistematica con particolare attenzione all'emocoltura		
3.Area di RISCHIO	Gestione crisi e continuità operativa		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	UU.OO. Cliniche (con particolare attenzione al PS)		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e tecnica dell'emocoltura		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Analisi delle NC progettazione e realizzazione di specifico intervento formativo		
9. Strumenti e metodi	Analisi bibliografica Gruppo di miglioramento		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Monitoraggio delle NC da documentazione sanitaria		30/06/2023
	Monitoraggio dati da Microbiologia (tasso di contaminazione, di emocolture singole, di errato riempimento)		30/06/2024 31/12/2024
	Erogazione del corso alle UO con tasso di NC significativo		31/12/2024