

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**116 / 2025 del 28/03/2025****Oggetto: PIANO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT 2025**

OGGETTO: PIANO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT 2025

vista la seguente proposta di deliberazione avanzata dal Direttore della Struttura Semplice Qualità, risk management e internal auditing

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che l'Agenda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) è un Ente del S.S.R. disciplinato dall'art. 16 L.R. 30.12.2009 n. 33 e s.m.i. e attivato dalla DGR n. 2701/2019 e dalla DGR n. 4078/2020;

VISTA la deliberazione dell'Agenda n. 1/2024 "PRESA D'ATTO DELLA D.G.R. N. XII/1650 DEL 21/12/2023 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA DIREZIONE DELL'AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (AREU) – (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE BERTOLASO)" di nomina del Dott. Massimo Lombardo a Direttore Generale dell'Agenda Regionale Emergenza Urgenza (AREU);

RICHIAMATI:

- a) la Circolare 46/SAN/2004 della Regione Lombardia avente ad oggetto *Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario*, con la quale Regione Lombardia ha inteso "promuovere in modo deciso politiche di risk management perché questo costituisce uno strumento di garanzia di qualità dei servizi erogati ed è il più idoneo ad affrontare le principali situazioni di criticità clinica e gestionale";
- b) il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 11 dicembre 2009 *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità*, che istituisce il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella;
- c) il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* che prevede l'adozione, da parte delle Aziende sanitarie, di "sistemi o attività di gestione del rischio clinico";
- d) la Legge n. 24 del 8 marzo 2017 *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* che, all'art. 1, sottolinea che "la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio" e precisa che a questa attività "è tenuto a concorrere tutto il personale" delle Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
- e) il Decreto della Direzione Generale Welfare n. 20638 del 21 dicembre 2023 *Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di healthcare enterprise risk management – Gestione integrata del rischio nel sistema sociosanitario di Regione Lombardia*;
- f) la D.G.R. n. 3720 del 30 dicembre 2024 *Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del S.S.R. per l'anno 2025 – (di concerto con il Vicepresidente*

Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi) e le collegate Linee operative di risk management in Sanità 2025;

- g) la norma internazionale UNI EN ISO 9001:2015 *Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti* che richiede di applicare, nell'ambito dei sistemi di gestione per la qualità, un approccio basato sui rischi (risk-based thinking);

CONSIDERATO che le Linee operative elaborate dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia per l'anno 2025 (di cui al prot. AREU n. 3448/2025), con riferimento all'attività di risk management richiedono, tra l'altro:

- la redazione di un Piano annuale di Risk Management a cui siano correlati "un minimo di 2 e un massimo di 5" progetti operativi;
- l'applicazione del modello HERM "ad almeno tre processi aziendali, seguendo le indicazioni del Decreto D.G. Welfare n. 20638 del 21 dicembre 2023";
- con specifico riferimento ad AREU, "l'implementazione dell'attività di monitoraggio dei percorsi STAM e STEN che devono svolgersi secondo le modalità previste dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396 del 11 novembre 2019)";
- la trasmissione del Piano annuale di Risk Management, delle schede progetto e del relativo provvedimento di adozione alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia entro il 31 marzo 2025;

RILEVATO che AREU, attraverso la S.S. Qualità, risk management e internal auditing, ha elaborato:

- il DOC 01 "Piano qualità e risk management 2025" rev. 0 del 25 marzo 2025, quale documento di riferimento per la pianificazione e l'organizzazione delle attività dell'Agenzia in tema di qualità e risk management;
- tre progetti operativi di risk management (allegati al documento di cui sopra), aventi ad oggetto:
 - l'applicazione del modello HERM a tre processi dell'Agenzia come da indicazioni del Decreto D.G. Welfare n. 20638 del 21 dicembre 2023;
 - il monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN, in relazione a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396/2019);
 - lo sviluppo di un processo di gestione delle segnalazioni dei "pazienti speciali" (pazienti con specifiche necessità assistenziali), ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza;

RILEVATO, altresì, che i progetti di cui sopra inerenti:

- il monitoraggio dei percorsi STAM e STEN;
- la segnalazione dei "pazienti speciali" ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza;

sono stati recepiti dall'Agenda anche attraverso l'inserimento nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2025 – 2027, approvato con delibera AREU n. 29 del 30 gennaio 2025, quali obiettivi strategici indicati nella sezione Performance;

DATO ATTO che i contenuti del DOC 01 “Piano qualità e risk management 2025” e dei tre progetti operativi di risk management sono stati condivisi, nelle linee essenziali, nell'ambito dell'incontro del Nucleo Qualità e Gestione del Rischio dell'Agenda svoltosi in data 25 marzo 2025 e con la Direzione Strategica;

CONSTATATO che dal presente provvedimento non derivano oneri economici a carico del bilancio dell'Agenda;

PRESO ATTO che il proponente del procedimento attesta la completezza, la regolarità tecnica e la legittimità del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, resi per quanto di specifica competenza ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i.;

DELIBERA

Per tutti i motivi in premessa indicati e integralmente richiamati:

1. di approvare il DOC 01 “Piano qualità e risk management 2025”, revisione 0 del 25 marzo 2025 e i tre progetti operativi di risk management ad esso allegati;
2. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri economici a carico del bilancio dell'Agenda;
3. di disporre che il DOC 01 “Piano qualità e risk management 2025”, agli atti presso la S.S. Qualità, risk management e internal auditing, venga trasmesso dal personale della Struttura sopra richiamata alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia entro il 31 marzo 2025, unitamente alle schede progetto complete di cronoprogramma e al presente provvedimento di adozione, così come previsto dalle Linee operative relative all'attività di Risk Management in Sanità per l'anno 2025;
4. di rendere disponibile il DOC 01 “Piano qualità e risk management 2025” e i tre progetti di risk management, ad esso allegati, alle Strutture/articolazioni di AREU, per dovuta informazione e seguito, attraverso la pubblicazione, a cura del personale della S.S. Qualità, risk management e internal auditing, nella sezione riservata del sito internet dell'Agenda e nelle cartelle informatiche condivise;
5. di dare atto che, ai sensi della Legge n. 241/1990, Responsabile del presente procedimento è la Dr.ssa Stefania Favetti, Direttore della S.S. Qualità, risk management e internal auditing;
6. di disporre che vengano rispettate tutte le prescrizioni inerenti alla pubblicazione sul portale web dell'Agenda di tutte le informazioni e i documenti richiesti e necessari ai sensi del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., c.d Amministrazione Trasparente;

7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line dell'Agenzia, dando atto che lo stesso è immediatamente esecutivo (ex art. 32 comma 5, della Legge n. 69 del 18 giugno 2009 e s.m.i. e art. 17, comma 6, della L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009).

La presente delibera è sottoscritta digitalmente, ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i., da:

Il Direttore Amministrativo Andrea Albonico

Il Direttore Sanitario Gabriele Mario Perotti

Il Direttore Generale Massimo Lombardo

DOCUMENTO 01 PIANO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT 2025

1. Oggetto e campo di applicazione

Il presente documento riporta la pianificazione delle attività inerenti qualità e risk management per l'anno 2025, nell'ambito dell'Agenda Regionale Emergenza Urgenza (AREU).

2. Documentazione di riferimento

- Circolare n. 46 del 27 dicembre 2004 *Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario*. Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia
- D.G.R. n. 6994 del 2 aprile 2008 *Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)*
- Decreto 11 dicembre 2009 *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*
- Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e s.m.i.*
- Legge n. 24 del 8 marzo 2017 *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
- Legge n. 113 del 14 agosto 2020 *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*
- L.R. n. 15 del 8 luglio 2020 *Sicurezza del personale sanitario e socio-sanitario*
- D.G.R. n. 2701 del 23 dicembre 2019 *Costituzione Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)*
- D.G.R. n. 2703 del 23 dicembre 2019 *Determinazioni in merito alla collaborazione tra Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le Aziende Sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera ai sensi dell'art. 16 della L.R. 33/2019 e s.m.i.*
- D.G.R. n. 4078 del 21 dicembre 2020 *Determinazioni in ordine all'attuazione dell'art. 11 della L.R. n. 22/2019 – Costituzione dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza*
- Decreto della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 15406 del 27 ottobre 2022 *Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – Seconda revisione*
- Decreto della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 20638 del 21 dicembre 2023 *Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di healthcare enterprise risk management – Gestione integrata del rischio nel sistema socio – sanitario di Regione Lombardia*
- D.G.R. n. 3558 del 9 dicembre 2024 *Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)*
- D.G.R. n. 3672 del 16 dicembre 2024 *Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 (...)*
- D.G.R. n. 3720 del 30 dicembre 2024 *Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del S.S.R. per l'anno 2025 e Linee operative Risk Management in Sanità anno 2025*
- *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – Ministero della Salute. Luglio 2024*
- *Raccomandazioni agli operatori e glossario Ministero della Salute (www.salute.gov.it)*
- *Norma ISO 9001:2015 Sistema di gestione per la qualità - Requisiti*
- *Delibera AREU n. 203 del 30 luglio 2014 Istituzione del gruppo aziendale di ascolto e mediazione*
- *DOC 44 Piano delle attività di audit interno 2025*

- PRO 03 *Gestione degli eventi significativi*
- PRO 38 *Gestione diretta delle richieste di risarcimento RCT/RCO*
- REG 46 *Regolamento per il funzionamento del CVS*
- Documentazione prescrittiva AREU
- Progetti di risk management 2025.

3. **Responsabilità**

Le responsabilità inerenti le specifiche attività sono riportate al paragrafo 5.

4. **Definizioni e abbreviazioni**

Definizioni*

Near miss: errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Fonte: Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Fonte: Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

Evento sentinella: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente che può comportare morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Fonte: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – Ministero della Salute. Luglio 2024.

Evento significativo: qualsiasi evento che un membro dell'équipe ritiene essere rilevante in termini reali o potenziali nell'assistenza ai pazienti.

Definizione tradotta e adattata da Pringle et al. 1994

Evento rilevante (complesso, critico, di successo, trasversale) con esito non necessariamente indesiderabile per il paziente.

Eventi critici: l'insieme dei near misses, degli eventi avversi e degli eventi sentinella.

Gestione del rischio clinico: processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

Fonte: Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

Incident reporting: raccolta volontaria e confidenziale di schede anonime per le segnalazioni di eventi critici. Attraverso la scheda di segnalazione è possibile raccogliere una serie di informazioni fondamentali per tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento critico e sulle quali basare analisi e raccomandazioni.

Definizione adattata dal documento "Risk management in Sanità. Il problema degli errori" Ministero della Salute, 2004.

Modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente o obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche: non punitivo, confidenziale, indipendente, analizzato da esperti, tempestivo, orientato al sistema, rispondente.

Fonte: Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

SEA (Significant Event Audit): processo di analisi sistematico di un singolo accadimento nel quale si è verificato un evento significativo (sia positivo che negativo) con lo scopo di identificare che cosa si può apprendere per rendere la propria pratica sicura, come migliorare la qualità dell'assistenza erogata e quali azioni di miglioramento attuare.

Definizione tradotta e adattata da Pringle 1985

RCA (Root Cause Analysis): metodologia di indagine sistematica per la ricerca e l'identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

Fonte: Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

Audit: processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere le evidenze dell'audit e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono stati soddisfatti.

Fonte: norma UNI EN ISO 9000:2015 *Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario*

Audit clinico: metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato e il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Fonte: Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

Azione correttiva: azione per eliminare la causa di una non conformità e per prevenirne la ripetizione.

Fonte: norma UNI EN ISO 9000:2015 *Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario*.

Azione preventiva: azione per eliminare la causa di una potenziale non conformità o di un'altra situazione potenziale indesiderabile.

Fonte: norma UNI EN ISO 9000:2015 *Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario*.

Azioni di miglioramento: l'insieme delle azioni correttive e delle azioni preventive.

* Per ragioni di opportunità, le definizioni non sono state inserite in ordine alfabetico

Abbreviazioni

AAT	=	Articolazione Territoriale dell' Agenzia
AREU	=	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ASST	=	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
CMI	=	Centrale Medica Integrata
CREli	=	Consolle Regionale Elisoccorso
CReTO	=	Consolle Regionale Trasporto Organi
CUR	=	Centrale Unica di Risposta (NUE 112)
CVS	=	Comitato Valutazione Sinistri
DAE	=	Defibrillatore semi-Automatico Esterno
DAPSS	=	Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie
DOC	=	Documento
FMECA	=	Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis
GAE	=	Gruppo Analisi Eventi
IOP	=	Istruzione operativa
IPA	=	Istruzioni Pre – Arrivo (Istruzioni telefoniche che la SOREU fornisce al chiamante in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso)
IRCCS	=	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISO	=	International Organization for Standardization
LAS	=	Laboratorio Analisi e Sviluppo
MOD	=	Modulo
MSA	=	Mezzo di Soccorso Avanzato
MSB	=	Mezzo di Soccorso di Base
NQeGR	=	Nucleo Qualità e Gestione del Rischio
NEA	=	Numero Europeo Armonizzato per l'assistenza sanitaria non urgente
NUE	=	Numero Unico Europeo dell'Emergenza
PAD	=	Public Access Defibrillator
POAS	=	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
PRO	=	Procedura
SOREU	=	Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza
S.C.	=	Struttura Complessa
S.S.	=	Struttura Semplice
SWOT	=	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

5. Piano qualità e risk management

Indice:

- a) L'Agenda Regionale Emergenza Urgenza
- b) Il sistema qualità e rischio
- c) Linee di intervento e obiettivi 2025.

a) L'Agenda Regionale Emergenza Urgenza

Con L.R. n. 32 del 12 dicembre 2007 *Istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, modifiche e integrazioni alla L.R. n. 31 del 11 luglio 1997 (Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali)* - successivamente abrogata e sostituita dalla L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e s.m.i.* - Regione Lombardia ha istituito l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU), azienda sanitaria regionale dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa gestionale e contabile; l'Azienda è stata successivamente attivata con D.G.R. n. 6994 del 2 aprile 2008 *Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)*.

L'AREU rappresenta, nella realtà sanitaria, un'organizzazione strutturata con un modello innovativo - per alcuni aspetti molto simile a una holding - con una popolazione di riferimento di circa 10 milioni di abitanti. Il contesto operativo nel quale l'AREU ha operato nel corso degli anni, è stato caratterizzato da un rilevante incremento delle attività gestite e coordinate. Infatti, nella prima fase di vita dell'AREU le principali attività erano rappresentate dal coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera e dell'attività di trasporto di organi, tessuti ed équipe e, progressivamente, dal coordinamento dell'attività trasfusionale.

Nel tempo, il mandato regionale in relazione a tali attività ha arricchito le stesse di nuovi obiettivi e relazioni e ne ha incrementato significativamente la complessità (si pensi, ad esempio, alla riorganizzazione del servizio di emergenza urgenza extraospedaliera, di cui alla D.G.R. n. 1964 del 6 luglio 2011 e alla riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali, di cui alla D.G.R. n. 1632 del 4 aprile 2014). Contestualmente, sono state affidate ad AREU altre funzioni, non previste dall'atto istitutivo aziendale (quali, l'attivazione, in via sperimentale, del NUE 112 sul territorio della provincia di Varese e la successiva estensione al territorio di Regione Lombardia) che hanno ulteriormente incrementato la complessità organizzativa e gestionale dell'Azienda, fino ad arrivare al mandato assegnato da Regione Lombardia, a partire dall'anno 2016, che ha disposto l'attivazione operativa di funzioni precedentemente assegnate (il coordinamento dei trasporti) e lo sviluppo di nuove funzioni (l'attivazione e l'operatività del Numero Europeo 116117).

Con L.R. n. 22 del 10 dicembre 2019 *Seconda legge di revisione normativa ordinamentale 2019*, Regione Lombardia ha istituito l'Agenda Regionale Emergenza Urgenza, enfatizzando, nell'ambito delle funzioni assegnate, le attività di attuazione della programmazione regionale e di controllo.

La trasformazione di AREU da Azienda ad Agenda è stata disciplinata dalla D.G.R. n. 2701 del 23 dicembre 2019 *Costituzione Agenda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)* e perfezionata dalla D.G.R. n. 4078 del 21 dicembre 2020 *Determinazioni in ordine all'attuazione dell'art. 11 della Legge Regionale n. 22/2019 - Costituzione dell'Agenda Regionale Emergenza Urgenza* che ha dato attuazione alla L.R. n. 22/2019, prevedendo il subentro a pieno titolo dell'Agenda in tutti i rapporti

giuridici attivi e passivi, ivi inclusi i rapporti di lavoro e nella titolarità dei beni patrimoniali già in capo all'Azienda e l'assegnazione di compiti di attuazione della programmazione regionale e di controllo.

La sede legale di AREU è sita in Milano, viale Monza 223 mentre la sede amministrativa/operativa, ove svolgono le attività istituzionali la Direzione Strategica e le Strutture/funzioni afferenti alla Direzione, è sita in Milano, via Alfredo Campanini 6.

Il sito internet istituzionale è visibile al seguente link: <http://www.areu.lombardia.it>

Con riferimento alla data di revisione del presente documento, l'assetto organizzativo AREU prevede:

- un "nucleo" centrale di coordinamento (Direzione AREU);
- 3 CUR NUE 112 (CUR NUE Brescia, CUR NUE Milano e CUR NUE Varese);
- 4 SOREU (SOREU Alpina, SOREU dei Laghi, SOREU Metropolitana, SOREU della Pianura); nell'ambito delle stesse sono state attivate specifiche consolle regionali incaricate di coordinare le attività di trasporto organi, tessuti ed équipe di prelievo, trasporto di équipe ECMO, trasporto STAM e STEN, coordinamento delle missioni degli elisoccorsi regionali;
- 12 articolazioni territoriali (AAT), distribuite sul territorio regionale con un'area di competenza approssimativamente provinciale, che comprendono il sistema delle postazioni dei mezzi di soccorso sul territorio;
- la Centrale NEA (Numero Europeo Armonizzato per l'assistenza sanitaria non urgente) 116117;
- la Centrale Medica Integrata (CMI), che opera in raccordo con le 4 SOREU e la Centrale NEA 116117;
- ulteriori funzioni/articolazioni attivate, anche in via transitoria, nell'ambito dell'emergenza COVID-19, in accordo con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia;
- la collaborazione con 9 Dipartimenti di Medicina TrASFusionale ed Ematologia, inseriti nelle ASST e negli IRCCS regionali.

Nel rispetto dei valori indicati nell'ambito del POAS, AREU persegue l'efficacia e l'efficienza dei processi nell'ambito delle funzioni assegnate, attraverso:

- la focalizzazione sulla risposta ai bisogni dei cittadini/utenti, in ottemperanza dei principi di appropriatezza e sicurezza;
- la promozione di uno stile di lavoro flessibile, dinamico e orientato al raggiungimento degli obiettivi;
- la progressiva enfaticizzazione delle attività di attuazione della programmazione regionale e di controllo;
- la collaborazione con gli attori che operano nel sistema e gli stakeholder, anche attraverso specifici progetti e l'attivazione di sistemi di "ascolto" e di comunicazione;
- la valorizzazione delle risorse umane mediante l'attuazione di strategie finalizzate alla formazione e allo sviluppo professionale, alla tutela della sicurezza, alla promozione delle pari opportunità e al miglioramento del benessere organizzativo;
- l'ottimizzazione dell'infrastruttura tecnologica, in modo che la stessa sia in grado di rispondere in modo flessibile e tempestivo alla mutabilità delle esigenze;
- l'attuazione di processi decisionali e prassi operative basati sull'utilizzo sistematico e integrato dei dati e ispirati a principi etici e a criteri di trasparenza.

b) Il sistema qualità e rischio

Gli obiettivi

AREU si impegna a consolidare il sistema integrato di gestione della qualità e del rischio implementato e ad accrescerne continuamente l'efficacia, anche adeguando lo stesso ai mutamenti del contesto e alle strategie dell'Agenzia, al fine di perseguire i seguenti obiettivi:

- supportare l'esecuzione delle attività istituzionali, nel rispetto delle strategie definite dalla Direzione dell'Agenzia;
- favorire, attraverso l'utilizzo di un metodo di lavoro condiviso, l'efficace interazione e la collaborazione tra le Strutture/articolazioni dell'Agenzia;
- supportare, anche attraverso la documentazione prescrittiva, l'omogeneizzazione dei comportamenti organizzativi delle Centrali/Sale operative dell'Agenzia, nel rispetto delle attività e delle competenze specifiche, in una logica di sistema;
- mantenere un sistema di rilevazione tempestiva e di monitoraggio degli elementi critici e degli eventi significativi del sistema, attraverso l'attività di risk management e di internal auditing;
- promuovere percorsi di ascolto e mediazione trasformativa;
- assicurare la conformità del sistema ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015;
- promuovere la cultura della qualità e della sicurezza e la tensione al miglioramento continuo.

Gli attori

Nucleo Qualità e Gestione del Rischio (NQeGR)

Il Nucleo Qualità e Gestione del Rischio definisce, attraverso la condivisione dei contenuti del Piano qualità e risk management elaborato dalla S.S. Qualità, risk management e internal auditing, la pianificazione annuale delle attività inerenti la qualità e la gestione del rischio (risk management), sulla base dei seguenti elementi:

- indicazioni ministeriali e regionali in tema di qualità e risk management;
- obiettivi e strategie dell'Agenzia;
- riesame delle iniziative effettuate in tema di qualità e gestione del rischio relative all'anno solare precedente;
- dati inerenti gli eventi significativi, le segnalazioni degli utenti e degli altri attori del sistema.

Effettua, inoltre, il monitoraggio dell'attività svolta nel corso dell'anno; favorisce il raccordo tra gli obiettivi indicati nel Piano e gli obiettivi assegnati alle Strutture/articolazioni dell'Agenzia.

Gruppo di lavoro "Metodo e Sinergie"

Gruppo di lavoro finalizzato a promuovere e facilitare l'efficace interfaccia e la collaborazione tra le Strutture della Direzione e le articolazioni AREU (AAT, SOREU, CUR NUE 112, NEA 116117) e tra le stesse, in relazione alle attività e ai percorsi di gestione della qualità e del rischio.

I componenti del gruppo collaborano:

- all'elaborazione/aggiornamento della documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative ...) regionale;
- all'attivazione, allo sviluppo e al consolidamento di progetti trasversali e nell'ambito delle singole articolazioni;
- all'esecuzione degli audit interni (con riferimento ai componenti in possesso della qualifica di auditor interno, così come previsto dalla specifica procedura);

- alla sensibilizzazione del personale operante presso le articolazioni AREU in relazione alle attività relative alla qualità e al risk management;
- alla raccolta e all'analisi, in sinergia con i relativi Responsabili, degli eventi significativi;
- all'identificazione, in sinergia con i relativi Responsabili, di soluzioni operative a problematiche emergenti.

GAE (Gruppi locali di Analisi degli Eventi)

I GAE, gruppi di lavoro locali, operanti nell'ambito delle singole articolazioni AREU, collaborano con i Responsabili delle stesse nell'esecuzione delle seguenti attività:

- sensibilizzazione del personale in relazione alle attività relative alla qualità e al risk management;
- analisi degli eventi significativi;
- promozione e supporto alle azioni di miglioramento.

c) Linee di intervento e obiettivi 2025

Si riportano di seguito gli ambiti di intervento individuati dal Nucleo Qualità e Gestione del Rischio, sulla base:

- delle indicazioni riportate dalle Linee operative regionali 2025 in tema di risk management, dell'analisi degli eventi significativi e dell'andamento del contenzioso;
- delle strategie dell'Agenzia;
- dei rilievi emersi dall'attività di audit di prima e terza parte.

• **Eventi significativi e "non conformità":**

- raccolta degli eventi, attraverso l'utilizzo di diversi strumenti, al fine di rilevare il più precocemente possibile criticità impattanti sull'operatività dell'Agenzia e sull'erogazione delle attività istituzionali (con conseguente attivazione delle opportune misure di prevenzione/mitigazione) ed elementi/condizioni che potrebbero generare a situazioni di contenzioso;
- consolidamento delle attività di condivisione degli eventi tra il personale, sia a livello di articolazioni territoriali sia a livello trasversale regionale;
- implementazione dell'applicativo informatico regionale di incident reporting HERMLomb, con l'indispensabile supporto e collaborazione di ARIA e correlato aggiornamento della documentazione prescrittiva;
- attivazione di iniziative informative/formative inerenti gli eventi sentinella (in continuità rispetto a quanto effettuato nel 2024 a seguito dell'emissione del Protocollo ministeriale aggiornato).

• **Localizzazione degli eventi**, da parte del NUE 112.

• **Atti di violenza nei confronti degli operatori**: ulteriore sviluppo/consolidamento delle azioni già poste in essere e applicazione della D.G.R. n. 3672 del 16 dicembre 2024 (per quanto applicabile alle attività istituzionali dell'Agenzia).

• **Monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN**, in relazione a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396/2019)****.

• **Continuità operativa delle Centrali/Sale operative** dell'Agenzia e interazione/raccordo tra le stesse.

• **Analisi e valutazione dei rischi dell'Agenzia**: implementazione del modello HERM ad ulteriori 3 processi dell'Agenzia ****.

• **"Pazienti speciali"**, ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza****.

• **Efficacia della comunicazione**: apprendimento/miglioramento delle strategie di comunicazione mirate a ridurre bias ed errori (percorso formativo).

• **Documentazione sanitaria** (compilazione, gestione/flussi informativi, rilascio).

**** Progetto di risk management 2025

Di seguito il dettaglio degli obiettivi e degli indicatori associati, discendenti dagli ambiti di intervento sopra elencati.

Obiettivo n. 1/2025

Qualità**Descrizione**

Il presente obiettivo si concretizza nelle seguenti principali attività:

- predisposizione/aggiornamento di documentazione prescrittiva:
 - al fine di regolamentare i processi e gli ambiti identificati da AREU come strategici, significativi e/o critici;
 - quale azione di miglioramento a fronte di criticità rilevate o potenziali;
 - in attuazione delle Raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute;
 - su indicazione della Direzione Strategica, in attuazione delle strategie dell'Agenzia;
- mantenimento dei percorsi di certificazione ISO 9000 (attività formativa, NUE 112, SOREU, Centrale NEA 116117, acquisti di beni e servizi) in un'ottica di sistema;
- monitoraggio delle richieste di accesso alla documentazione sanitaria e del NUE 112 e delle segnalazioni degli utenti; supporto alle articolazioni organizzative dell'Agenzia, in relazione alle istanze e alle segnalazioni atipiche e/o di particolare complessità, con valutazione dell'opportunità di attivare percorsi di ascolto e mediazione trasformativa.

Risultati attesi e indicatori

	Risultato atteso	Indicatore
1	Predisposizione/aggiornamento di almeno 40 elementi della documentazione prescrittiva AREU.	Numero elementi della documentazione prescrittiva predisposti/aggiornati nel corso del 2025.
2	Esecuzione, con esito positivo, degli audit di terza parte (audit dell'Organismo di certificazione) finalizzati al mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2015 in relazione ai processi certificati.	Esecuzione dell'attività entro il 31 dicembre 2025.
3	Monitoraggio delle richieste di accesso alla documentazione sanitaria e del NUE 112 e delle segnalazioni degli utenti. Supporto alle articolazioni organizzative dell'Agenzia, in relazione alle istanze e alle segnalazioni atipiche e/o di particolare complessità.	a) Numero richieste di documentazione/segnalazioni pervenute alle articolazioni organizzative dell'Agenzia. b) Numero richieste di documentazione/segnalazioni in relazione alle quali la S.S. Qualità, risk management e internal auditing ha fornito supporto alle articolazioni organizzative dell'Agenzia per la formulazione del riscontro.

Obiettivo n. 2/2025

Risk management**Descrizione**

Il presente obiettivo si concretizza nelle seguenti principali attività:

- consolidamento dell'attività dei gruppi di lavoro afferenti alle articolazioni organizzative dell' Agenzia (GAE) e dei flussi informativi verso la S.S. Qualità, risk management e internal auditing inerenti l'attività svolta dagli stessi;
- implementazione dell'applicativo informatico regionale di incident reporting HERMLomb, come da indicazioni regionali (con l'indispensabile supporto e collaborazione di ARIA S.p.a.) e correlato aggiornamento della documentazione prescrittiva;
- attivazione di iniziative informative/formative inerenti gli eventi sentinella;
- applicazione del modello HERM ai seguenti macro-processi:
 - sistemi informativi;
 - percorsi STAM e STEN;
 - gestione dei mezzi AREU (automediche, mezzi dedicati al trasporto organi, mezzi di servizio ...); così come previsto dal Decreto della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 20638 del 21 dicembre 2023 e dalle Linee operative regionali 2025 (progetto di risk management n. 1 - 2025);
- realizzazione di attività/iniziative di prevenzione/gestione del rischio relazione ai seguenti ambiti:
 - localizzazione degli eventi;
 - atti di violenza nei confronti degli operatori;
 - percorsi STAM e STEN;
 - continuità operativa delle Centrali/Sale operative dell' Agenzia;
 - gestione dei "pazienti speciali" nell'ambito del sistema di soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza;
 - gestione della documentazione sanitaria;
- conclusione del percorso formativo di durata biennale avente ad oggetto l'apprendimento/miglioramento delle strategie di comunicazione finalizzate a ridurre bias ed errori (evento formativo residenziale in 3 edizioni da 35 ore ciascuna, rivolto a 90 operatori);
- continuità operativa del CVS.

	Risultato atteso	Indicatore
1	Svolgimento di incontri di analisi e condivisione degli eventi significativi con il coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative dell' Agenzia. Eventi analizzati/condivisi a livello regionale > 30; eventi analizzati/condivisi a livello di singola articolazione ≥ 3 (il medesimo evento può essere condiviso anche in entrambi i livelli).	Numero eventi analizzati/condivisi nel corso del 2025 (a livello regionale e di singola articolazione).

	Risultato atteso	Indicatore
2	Aggiornamento della PRO 03 <i>Gestione degli eventi significativi</i> .	Aggiornamento della PRO 03 entro il 30 giugno 2025.
3	Esecuzione delle attività previste nell'ambito del progetto di risk management 1-2025 (Applicazione del modello HERM a 3 macro-processi).	Esecuzione dell'attività prevista entro il 31 dicembre 2025.
4	Esecuzione delle attività previste nell'ambito del progetto di risk management 2-2025 (Monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN, in relazione a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396/2019)).	Esecuzione dell'attività prevista entro il 31 dicembre 2025.
5	Esecuzione delle attività previste nell'ambito del progetto di risk management 3-2025 (Definizione e sviluppo di un processo di gestione delle segnalazioni dei "pazienti speciali" (pazienti con specifiche necessità assistenziali) ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza).	Esecuzione dell'attività prevista per il 2025 entro il 31 dicembre 2025 (progetto biennale).
6	Realizzazione di almeno una attività/iniziativa per ogni ambito indicato alla pagina precedente (localizzazione degli eventi, atti di violenza nei confronti degli operatori, etc.).	Numero e tipologia di attività/iniziativa realizzate entro il 31 dicembre 2025.
7	Continuità operativa del CVS: svolgimento di ≥ 6 incontri nel corso del 2025.	Numero incontri del CVS effettuati nel 2025.

Obiettivo n. 3/2025

Formazione

Descrizione

Il presente obiettivo si concretizza nello svolgimento di iniziative formative e gruppi di lavoro inerenti l'attività di risk management, con progettazione ed erogazione e/o coordinamento a cura della S.S. Qualità, risk management e internal auditing.

Si riporta alla pagina seguente un prospetto sintetico recante l'elenco delle iniziative pianificate; ad integrazione, la S.S. Qualità, risk management e internal auditing assicura il contributo nell'ambito dei percorsi di inserimento del personale di nuova acquisizione e di ogni altro evento formativo in relazione al quale sia ravvisata l'utilità di un confronto sull'ambito di competenza.

Ulteriori iniziative formative inerenti le tematiche specificate a pag. 11 del presente documento sono ricomprese nel Piano Formazione dell'Agenda 2025.

Risultati attesi e indicatori

	Risultato atteso	Indicatore
1	Svolgimento degli eventi formativi e prosecuzione dell'attività dei gruppi di miglioramento, così come previsto nel prospetto riportato alla pagina seguente.	Esecuzione dell'attività entro il 31 dicembre 2025.

Titolo iniziativa formativa	Tematiche affrontate/Obiettivi	Nr. Partecipanti per edizione	Nr. edizioni	Durata (ore) per edizione	Accreditam. ECM
Eventi significativi: modalità di analisi e confronto (Evento formativo residenziale)	Il corso, rivolto al personale operante presso le Strutture della Direzione e le articolazioni territoriali, si propone di fornire al personale strumenti e spunti per l'analisi degli eventi significativi.	20	1	15	sì
Gestione degli audit interni (Evento formativo residenziale)	Il corso è finalizzato ad aggiornare gli auditor interni operativi nell'ambito dell'Agenzia.	15	1	16	Da valutare
ASO e TSO nell'ambito del percorso extraospedaliero di emergenza urgenza: approfondimenti e confronto (Evento formativo residenziale)	Il corso si propone di: <ul style="list-style-type: none"> - illustrare ai partecipanti, attraverso la disamina e la condivisione di eventi significativi, i principali concetti inerenti l'ASO e il TSO e di analizzare le possibili criticità associate alla gestione di tali situazioni (sia dal punto di vista delle équipes di soccorso in posto, sia dal punto di vista della SOREU); - richiamare la documentazione prescrittiva AREU inerente la tematica; - condividere esperienze operative e confrontarsi con il medico legale in relazione agli aspetti ritenuti maggiormente significativi. 	30	3	4	sì
La comunicazione quale strumento per la prevenzione degli errori (Evento formativo residenziale)	Apprendimento/miglioramento delle strategie di comunicazione finalizzate a ridurre bias ed errori.	30	3	35	sì

Titolo iniziativa formativa	Tematiche affrontate/Obiettivi	Nr. Partecipanti per edizione	Nr. edizioni	Durata (ore) per edizione	Accreditam. ECM
Gestione della documentazione sanitaria e risk management (Evento formativo residenziale)	Il corso si propone di illustrare e approfondire le seguenti tematiche: - documentazione sanitaria dell'emergenza urgenza extraospedaliera: tipologia di documentazione in uso, caratteristiche, principi di compilazione/utilizzo, principali errori nella compilazione/utilizzo; - risk management: il rischio clinico, tipologie di eventi e modalità di segnalazione, modalità di gestione del rischio in AREU, la documentazione prescrittiva e la documentazione sanitaria quali strumenti di risk management.	25	3	4	sì
Eventi sentinella (FAD/Webinar)	Segnalazione degli eventi sentinella, anche alla luce del Protocollo ministeriale aggiornato a luglio 2024.	30	3	~ 2	no
Metodo e Sinergie (Gruppo di lavoro)	Il gruppo di lavoro, attraverso riflessioni e proposte operative, costituirà il punto di riferimento in relazione alle tematiche della qualità e del rischio nell'ambito di AREU (rif. pag. 8 e 9 del presente documento).	20	≥ 5 incontri	3	no
Gestione delle richieste di documentazione sanitaria e delle segnalazioni degli utenti (Gruppo di lavoro)	Richieste di documentazione sanitaria e segnalazioni degli utenti (incontri rivolti al personale operante presso le AAT regionali che gestiscono le richieste di documentazione sanitaria del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza e le segnalazioni degli utenti).	Personale delle articolazioni organizzative dell'Agenzia	≥ 2 incontri	~ 2	no

Prospetto 8 – Attività formativa pianificata per l'anno 2025

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025

ASST/IRCCS/ATS	AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza)
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	
Risk Manager aziendale	Stefania Favetti
1. Titolo del Progetto	Applicazione del modello HERM
2. Motivazione della scelta	Indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare (DGW) di Regione Lombardia (Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente) attraverso la D.G.R. n. 3720 del 30 dicembre 2024 <i>Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del S.S.R. per l'anno 2025</i> e le Linee operative Risk Management in Sanità anno 2025 nonché attraverso il Decreto n. 20638 del 21 dicembre 2023 <i>Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di healthcare enterprise risk management – Gestione integrata del rischio nel sistema socio – sanitario di Regione Lombardia</i> .
3. Area di RISCHIO	HERM
se ALTRO, specificare:	
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	3 macro-processi (attività dei Sistemi informativi, percorsi STAM e STEN, gestione dei mezzi* dell'Agenzia), coinvolgenti le seguenti Strutture dell'Agenzia: S.C. Sistemi informativi, S.C. SOREU, S.C. Direzione medico - organizzativa, S.S. Trasporto organi, tessuti ed équipe, S.C. Elisoccorso, S.S.D. Logistica, magazzino e unità mobili) * Mezzi su gomma la cui gestione è direttamente in capo all'Agenzia, quali: automediche, ambulanze, mezzi di trasporto organi, mezzi di servizio
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione
6. Durata Progetto	1 anno
7. Obiettivo	Analisi dei processi, al fine di individuarne punti di forza e fragilità (in una visione univoca e prioritizzata) consentendo conseguentemente l'identificazione degli obiettivi strategici e operativi atti al loro miglioramento.
8. Realizzazione/Prodotto Finale	a) Implementazione del modello HERM ai 3 macro-processi identificati. b) Relazione recante la descrizione delle attività svolte al 31 dicembre 2025.
9. Strumenti e metodi	Strumenti: Decreto n. 20638 del 21 dicembre 2023, Linee operative Risk Management in Sanità anno 2025, materiale relativo alle attività formative/informative realizzate dal Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente, strumenti di analisi dei processi. Metodi: coinvolgimento delle Strutture/articolazioni dell'Agenzia interessate, organizzazione di iniziative formative/informative rivolte alle stesse, organizzazione di incontri per l'analisi dei processi (anche in collaborazione con il broker AREU).

10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della misurazione a fine anno
	Implementazione del modello HERM ai 3 macro-processi identificati.	a) Organizzazione di iniziative formative/informative " <i>per lo sviluppo delle competenze HERM</i> " rivolte alle Strutture/articolazioni dell'Agenzia interessate dal progetto entro il 31 dicembre 2025. b) Predisposizione del materiale recante l'analisi dei 3 macro-processi identificati entro il 31 dicembre 2025. c) Predisposizione di una relazione recante la descrizione delle attività svolte al 31 dicembre 2025.	

SCHEMA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza)

Risk Manager Stefania Favetti

Titolo del Progetto Applicazione del modello HERM

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Organizzazione di iniziative formative/informative "per lo sviluppo delle competenze HERM" rivolte a tutte le Strutture/articolazioni dell'Agenzia interessate dal progetto.	Decreto n. 20638 del 21 dicembre 2023, materiale predisposto dalla S.S. Qualità, risk management e internal auditing, anche sulla base dell'attività svolta nel 2024.	S.S. Qualità, risk management e internal auditing (supportata dalla Direzione Strategica), Strutture/articolazioni dell'Agenzia coinvolte nel progetto (Risk owner).												
Analisi dei 3 macro-processi e predisposizione del relativo materiale.	Dati di attività, documentazione prescrittiva in uso, normativa. Incontri per l'analisi dei 3 macro-processi con le Strutture/articolazioni interessate; collaborazione con il Broker dell'Agenzia.	S.S. Qualità, risk management e internal auditing (supportata dalla Direzione Strategica), Strutture/articolazioni dell'Agenzia coinvolte nel progetto (Risk owner).												

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025

ASST/IRCCS/ATS	AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza)
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	
Risk Manager aziendale	Stefania Favetti
1. Titolo del Progetto	Monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN, in relazione a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396/2019)
2. Motivazione della scelta	Indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare (DGW) di Regione Lombardia (Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente) attraverso la D.G.R. n. 3720 del 30 dicembre 2024 <i>Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del S.S.R. per l'anno 2025</i> e le Linee operative Risk Management in Sanità anno 2025. Opportunità di riesaminare e analizzare il processo attraverso l'applicazione del modello HERM, anche ai fini dell'aggiornamento della documentazione prescrittiva interna inerente la gestione dei percorsi STAM e STEN, con eventuale formulazione di proposta di aggiornamento degli allegati tecnici della D.G.R. n. 2396/2019 alla DGW di Regione Lombardia.
3. Area di RISCHIO	Sistema dei trasporti
se ALTRO, specificare:	Area travaglio/parto
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Direzione dell'Agenzia, attraverso le seguenti Strutture: S.C. SOREU, S.C. Direzione medico - organizzativa, S.S. Trasporto organi, tessuti ed équipe, S.C. Sistemi informativi, S.C. Elisoccorso, S.S. Qualità, risk management e internal auditing. Consolle Regionale Trasporto Organi (CReTO), con sede presso la SOREU Metropolitana, che coordina i trasporti STAM e STEN a livello regionale, SOREU.
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo
6. Durata Progetto	1 anno
7. Obiettivo	a) Riesame e analisi del processo attraverso l'applicazione del modello HERM, con individuazione dei punti di forza e delle fragilità b) Aggiornamento della documentazione prescrittiva interna inerente la gestione dei percorsi STAM e STEN entro il 31 dicembre 2025 con rafforzamento di strumenti e misure per la prevenzione/mitigazione dei rischi c) Definizione delle modalità di monitoraggio dei percorsi STAM e STEN, con individuazione di specifici indicatori entro il 31 dicembre 2025.
8. Realizzazione/Prodotto Finale	a) Implementazione del modello HERM ai percorsi STAM e STEN b) Aggiornamento della documentazione prescrittiva interna inerente la gestione dei percorsi STAM e STEN c) Individuazione di specifici indicatori, finalizzati al monitoraggio dei percorsi STAM e STEN.

9. Strumenti e metodi	<p>Strumenti: Decreto n. 20638 del 21 dicembre 2023, Linee operative Risk Management in Sanità anno 2025, D.G.R. n. 2396/2019, dati di attività, applicativo informatico di SOREU, documentazione sanitaria, documentazione prescrittiva, indicatori.</p> <p>Metodi: coinvolgimento delle Strutture/articolazioni dell'Agenzia interessate, organizzazione di iniziative formative/informative rivolte alle stesse, analisi dei dati e della documentazione sanitaria e prescrittiva inerente i percorsi STAM e STEN, organizzazione di incontri per l'analisi dei processi, l'aggiornamento della documentazione prescrittiva interna e l'individuazione di indicatori.</p>		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della misurazione a fine anno
	a) Implementazione del modello HERM ai percorsi STAM e STEN	a) Predisposizione del materiale recante l'analisi dei percorsi STAM e STEN entro il 31 dicembre 2025	
	b) Aggiornamento della documentazione prescrittiva interna inerente la gestione dei percorsi STAM e STEN	b) Aggiornamento della documentazione prescrittiva interna ed emissione entro il 31 dicembre 2025	
c) Individuazione di specifici indicatori, finalizzati al monitoraggio dei percorsi STAM e STEN	c) Individuazione di almeno 3 indicatori entro il 31 dicembre 2025		

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza)

Risk Manager Stefania Favetti

Titolo del Progetto **Monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN, in relazione a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396/2019)**

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
a) Riesame e analisi del processo attraverso l'applicazione del modello HERM, con individuazione dei punti di forza e delle fragilità.	Decreto n. 20638 del 21 dicembre 2023, D.G.R. n. 2396/2019, dati di attività, applicativo informatico di SOREU, documentazione sanitaria, documentazione prescrittiva in uso. Incontri per l'analisi dei 3 macro-processi con le Strutture/articolazioni interessate, collaborazione con il Broker dell'Agenzia.	S.C. SOREU, S.C. Direzione medico - organizzativa, S.S. Trasporto organi, tessuti ed équipe, S.C. Sistemi informativi, S.C. Elisoccorso, S.S. Qualità, risk management e internal auditing (supportata dalla Direzione Strategica).												
b) Aggiornamento della documentazione prescrittiva interna inerente la gestione dei percorsi STAM e STEN, con rafforzamento di strumenti e misure per la prevenzione/mitigazione dei rischi.	Materiale recante l'analisi dei percorsi STAM e STEN, D.G.R. n. 2396/2019, applicativo informatico di SOREU, documentazione prescrittiva in uso. Collaborazione con le Strutture/articolazioni interessate.													
c) Definizione delle modalità di monitoraggio dei percorsi STAM e STEN, con individuazione di specifici indicatori.	Materiale recante l'analisi dei percorsi STAM e STEN, D.G.R. n. 2396/2019, applicativo informatico di SOREU, documentazione prescrittiva aggiornata. Collaborazione con le le Strutture/articolazioni interessate.													

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025	
ASST/IRCCS/ATS	AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza)
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	
Risk Manager aziendale	Stefania Favetti
1. Titolo del Progetto	Definizione e sviluppo di un processo di gestione delle segnalazioni dei "pazienti speciali" (pazienti con specifiche necessità assistenziali, quali ad esempio: pazienti portatori di VAD, pazienti pediatrici con condizioni cronico-complesse non guaribili) ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza
2. Motivazione della scelta	Necessità, per le SOREU, di avere disponibilità di dati/informazioni, fruibili e aggiornati, inerenti i "pazienti speciali", ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza.
3. Area di RISCHIO	Sistema dei trasporti
se ALTRO, specificare:	
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Direzione dell'Agenzia, attraverso le seguenti Strutture/articolazioni: S.C. SOREU e SOREU, S.C. AAT, S.C. Sistemi informativi, S.C. Affari generali e legali, S.C. Formazione, S.S. Qualità, risk management e internal auditing.
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo
6. Durata Progetto	2 anni
7. Obiettivo	<p>a) Definizione di "paziente speciale" entro il 31 dicembre 2025</p> <p>b) Approfondimento delle implicazioni giuridiche, tecniche e tecnologiche per l'acquisizione e il trattamento delle informazioni relative ai "pazienti speciali" entro il 31 dicembre 2025</p> <p>c) Progettazione e sviluppo delle modalità di trasferimento di dati/informazioni relativi ai pazienti speciali alle SOREU, in modo che le stesse siano disponibili per la gestione dei soccorsi di emergenza urgenza entro il 31 dicembre 2026</p> <p>d) Descrizione del percorso di cui sopra attraverso documentazione prescrittiva rivolta al personale di SOREU e formazione dello stesso entro il 31 dicembre 2026.</p>
8. Realizzazione/Prodotto Finale	<p>a) Predisposizione di un documento recante la definizione di "paziente speciale" e la descrizione delle implicazioni giuridiche, tecniche e tecnologiche per l'acquisizione e il trattamento delle relative informazioni.</p> <p>b) Attivazione operativa di strumenti e modalità di trasferimento di dati/informazioni relativi ai pazienti speciali alle SOREU (previa predisposizione di documentazione prescrittiva e attivazione di iniziative formative rivolte al personale).</p>

<p>9. Strumenti e metodi</p>	<p>Strumenti: normativa, applicativo informatico di SOREU, documentazione prescrittiva, eventi formativi rivolti al personale di SOREU, documentazione relativa alla progettazione e allo sviluppo di nuovi strumenti e modalità operative. Metodi: coinvolgimento delle Strutture/articolazioni dell'Agenzia interessate, definizione di "paziente speciale", analisi delle necessità informative relative ai "pazienti speciali", approfondimento normativo e tecnico inerente l'acquisizione e il trattamento di tali informazioni, definizione dei requisiti degli strumenti in grado di soddisfare tale necessità, sviluppo degli strumenti e delle modalità di trasferimento delle informazioni, predisposizione di documentazione prescrittiva, formazione del personale, attivazione operativa degli strumenti/modalità.</p>		
<p>10. Risultati e indicatori</p>	<p>Risultato atteso</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Dati della misurazione a fine anno</p>
	<p>a) Definizione di "paziente speciale"; approfondimento delle implicazioni giuridiche, tecniche e tecnologiche per l'acquisizione e il trattamento delle informazioni relative ai "pazienti speciali".</p>	<p>a) Predisposizione di un documento recante la definizione di "paziente speciale" e la descrizione delle implicazioni giuridiche, tecniche e tecnologiche per l'acquisizione e il trattamento delle relative informazioni entro il 31 dicembre 2025</p>	
	<p>b) Attivazione operativa di strumenti e modalità di trasferimento di dati/informazioni relativi ai pazienti speciali alle SOREU (previa predisposizione di documentazione prescrittiva e attivazione di iniziative formative rivolte al personale).</p>	<p>b) Attivazione operativa di strumenti/modalità di trasferimento di dati/informazioni entro il 31 dicembre 2026</p>	
		<p>c) Predisposizione della documentazione prescrittiva entro il 31 dicembre 2026</p>	

SCHEMA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza)

Risk Manager Stefania Favetti

Titolo del Progetto **Definizione e sviluppo di un processo di gestione delle segnalazioni dei "pazienti speciali" (pazienti con specifiche necessità assistenziali, quali ad esempio: pazienti portatori di VAD, pazienti pediatrici con condizioni cronico-complesse non guaribili) ai fini della gestione del soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza (progetto biennale)**

FASI (2025)	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
a) Definizione di "paziente speciale".	Gruppo di lavoro specificamente costituito	S.C. SOREU												
b) Approfondimento delle implicazioni giuridiche, tecniche e tecnologiche per l'acquisizione e il trattamento delle informazioni relative ai "pazienti speciali"	Normativa, applicativo informatico di SOREU, ulteriori strumenti di approfondimento; gruppo di lavoro appositamente costituito	S.C. Affari generali e legali, S.C. SOREU, S.C. Sistemi informativi												