PIANO RISK MANAGEMENT EMERGENZA COVID 19

Anno 2021

Indice

Parte Prima 3
La strategia aziendale per la gestione del rischio 4
Il sistema aziendale di Risk Management 5
Obiettivi e metodi per l'anno 2021 7
Analisi del contesto 8
Contesto esterno 8
Contesto interno 8
Contesto Interno – Analisi SWOT 9
Punti di forza 9
Punti di debolezza 9
Data-base sinistri 10
Incident Reporting 11
Caduta Pazienti 16
Progetti di gestione del rischio 17
Progetto n.1: Trigger SP 17
Progetto n.2: Tolleranza zero quater 18
Parte Seconda 19
Gestione dell'emergenza da SARS COV-2 (COVID-19) 20
Struttura per la pianificazione e processi decisionali 22
Sviluppo del piano di risk management, gestione COVID-19 25
Elementi del piano di risk management e gestione COVID-19 26
Aspetti generali 26
Comunicazione 28
Materiali di consumo e attrezzature e forniture mediche durevoli 30
Identificazione e gestione dei pazienti 33
Accessi consentiti all'interno della struttura 36
Operatori sanitari 38
Istruzione e formazione 40
Servizi sanitari e piano di crisi 43
Recapiti aziendali della UOC Qualità e Risk Management 48

Parte Prima

La strategia aziendale per la gestione del rischio

Il presente documento definisce le linee strategiche dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale in merito alla gestione del rischio per l'anno 2021.

Sono riconosciute le seguenti linee principali:

1. Consolidamento e sviluppo delle iniziative intraprese nel corso degli anni precedenti, specificate nelle relazioni di fine anno dal 2006 ad oggi.
2. Mantenimento e sviluppo dei metodi Incident Reporting e analisi di processo (HFMEA), presso il maggior numero di unità operative dell'Azienda.
3. Progettazione e realizzazione di eventi di formazione del personale sanitario in merito alla gestione del rischio in ospedale e all'uso dei metodi proattivi e reattivi.
4. Implementazione e sviluppo dei metodi di analisi reattiva degli eventi avversi, con riferimento alla Root Cause Analysis, agli Audit Clinici secondo il metodo SEA e alle revisioni cliniche dei casi associati a eventi avversi (Morbidity and Mortality Review).
5. Consolidamento dell'integrazione delle funzioni della Unità Operativa Complessa (UOC) Qualità e Risk Management e del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
6. Integrazione e coordinamento delle iniziative di gestione del rischio della UOC Qualità e Risk Management con quelle degli altri uffici di staff e delle altre unità operative direttamente o indirettamente coinvolte nelle problematiche di gestione del rischio (SITRA, CIO, SPP, Farmacia, Tecnico - patrimoniale, Ingegneria clinica, Information Technology ecc.), attraverso la condivisione degli obiettivi e nel rispetto dei differenti metodi operativi.
7. Mantenimento e sviluppo dell'attività di mediazione trasformativa dei conflitti.
8. Diffusione della cultura della sicurezza e della gestione del rischio (identificazione dei rischi e implementazione delle azioni di mitigazione) in tutti i settori dell'Azienda per mezzo d'iniziative di formazione e comunicazione rivolte agli operatori sanitari e non sanitari.

Le azioni organizzative sono basate sull'approccio sistemico che considera tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria, intesa come un sistema complesso e adattivo in cui interagiscono molti elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune.
In questo senso, sarà dato rilievo agli strumenti di gestione del rischio finalizzati al miglioramento della consapevolezza da parte degli operatori, per le situazioni di maggior rilievo legate alla sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi. Idoneo spazio sarà dedicato all'integrazione fra le diverse culture professionali, sanitarie e non sanitarie, allo scopo di condividere valori e obiettivi comuni, adeguati a presidiare in modo ottimale i temi molteplici correlati alla gestione del rischio. Le azioni organizzative fanno riferimento allo standard ISO 9001-2015 e allo standard ISO 31000.

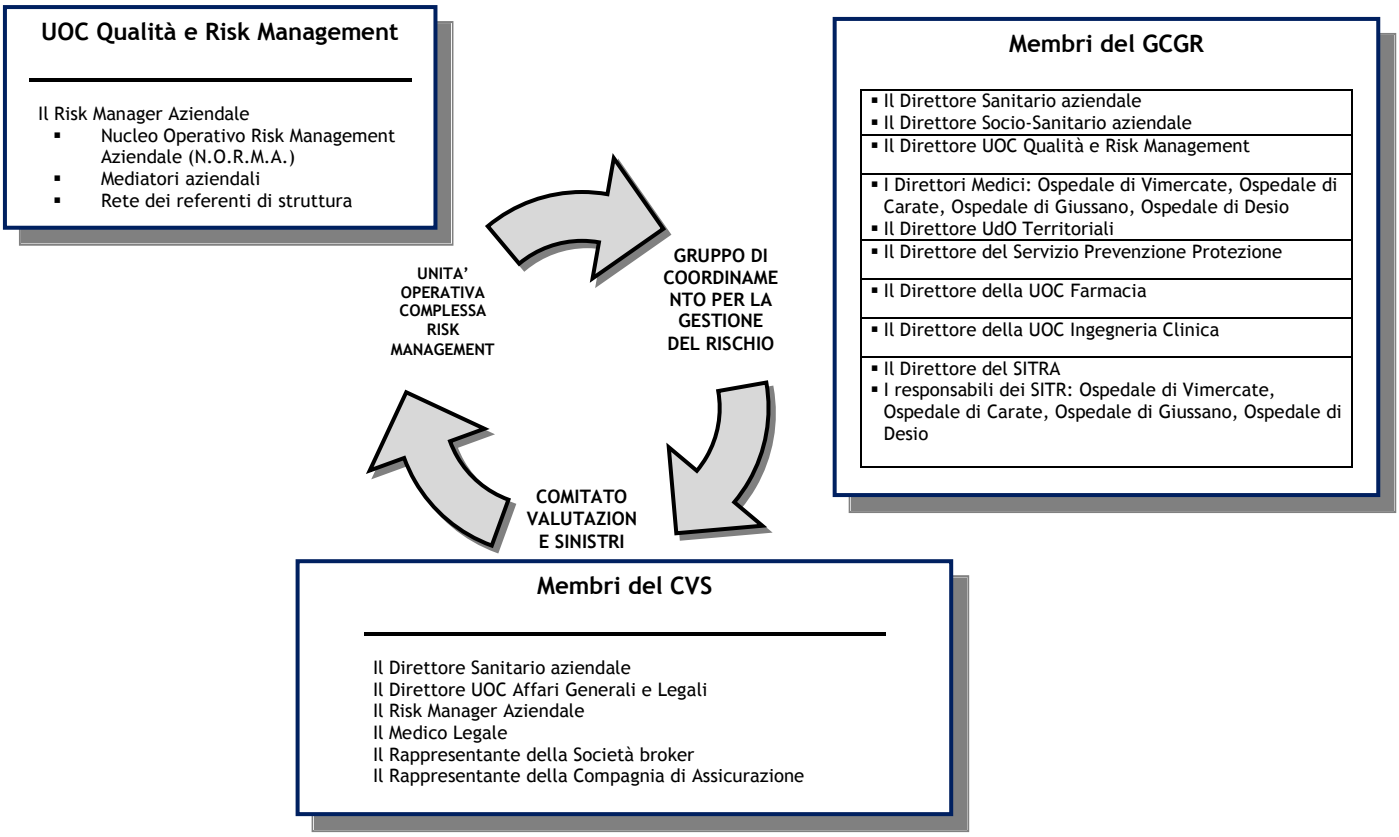
Il sistema aziendale di Risk Management

La gestione aziendale del rischio si basa sull'integrazione di presidi idonei già attivi in diversi settori. Nelle more della definizione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) della neo costituita ASST Brianza, sono coinvolti a vario titolo le seguenti unità operative, servizi ed uffici aziendali:

SETTORE	STRUTTURA / SERVIZIO	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE
Qualità e Risk Management	UOC Qualità e Risk Management	Staff DG
Processo clinico assistenziale	SITRA UOC Direzioni Mediche di Presidio	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Assistenza Socio-Sanitaria Territoriale	Ambiti Territoriali	Staff Direzione Socio - Sanitaria Aziendale
Sicurezza occupazionale	UOC Servizio di Prevenzione e Protezione	Staff DG
Processi informativi	UOC Sistemi Informativi Aziendali	Staff DG
Controllo di gestione	UOC Controllo di gestione	Staff DG
Gestione dei sistemi tecnologici	UOC Ingegneria Clinica	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Formazione del personale	Ufficio Formazione	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Gestione delle Strutture	UOC Tecnico Patrimoniale	Dipartimento Amministrativo
Gestione delle problematiche e dei costi assicurativi	UOC Affari Generali e Legali	Dipartimento Amministrativo
Gestione approvvigionamenti	UOC Approvvigionamenti	Dipartimento Amministrativo
Gestione amministrativa	UOC Economico Finanziaria	Dipartimento Amministrativo
Infezioni ospedaliere	Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO)	Direzione Sanitaria Aziendale
Documentazione sanitaria	UOC Direzioni Mediche di Presidio	Direzione Sanitaria Aziendale
Gestione del farmaco e dei presidi medico-chirurgici	UOC Farmacia; Commissione aziendale del farmaco; Farmaco-vigilanza.	Direzione Sanitaria Aziendale

UOC*: Unità Operativa Complessa;*
SITRA: Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale

L'Azienda mantiene in essere il modello di gestione integrata del rischio ospedaliero, già adottato nel 2006, in accordo con le linee guida della Direzione Generale Welfare Fattori Produttivi della Regione Lombardia. Il sistema composto dalla UOC Qualità e Risk Management, dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR) e dal Comitato Valutazione Sinistri (CVS), si è dimostrato valido dal punto di vista funzionale e in grado di assolvere in modo integrato a tutte le principali funzioni di gestione del rischio, dalla verifica, all'analisi, alla mitigazione e, infine, al trasferimento assicurativo.



Modello di gestione aziendale integrata del rischio in ambito sanitario.

La UOC Qualità e Risk Management si avvale di un network aziendale di referenti per la gestione del rischio clinico, organizzata su due livelli di complessità. Il primo è costituito dalla rete dei referenti di presidio per ogni ospedale (Vimercate, Carate-Giussano-Seregno, Desio) e per gli Ambiti Territoriali (Vimercate, Carate e Seregno, Desio) che sono i membri del N.O.R.M.A. Il secondo livello è costituito dalla rete dei referenti di linea per ogni struttura. Per quanto riguarda le azioni di governo, le politiche aziendali di risk management seguono il modello dipartimentale stabilito nel POAS. A questo scopo ogni dipartimento identifica due referenti di dipartimento, uno per la dirigenza e uno per il comparto, corrispondenti rispettivamente al Direttore del Dipartimento (DDD) e al Referente assistenziale del Dipartimento (RAD).

Il framework sopra riportato potrà essere modificato e aggiornato sulla base delle disposizioni contenute nel nuovo POAS e degli orientamenti del nuovo responsabile dell'unità operativa.

Obiettivi e metodi per l'anno 2021

Le azioni aziendali di gestione del rischio saranno orientate verso gli obiettivi sotto riportati, in coerenza con quanto indicato dalle "*Linee operative Risk Management in sanità – Anno 2021*" (Protocollo G1.2021.0002680 del 19/01/2021, Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia). In particolare sarà considerata la Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19), sulla base delle indicazioni contenute nella nota Protocollo G1.2020.0018792 del 30/04/2020.
Le attività di risk management saranno orientate a supportare le Direzioni aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi, anche con azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "*infection control*" mirati alla diffusione delle buone pratiche in tal senso.

Saranno inoltre attuate iniziative volte al recepimento, implementazione e aggiornamento delle Raccomandazioni sotto riportate, emanate dal Ministero della Salute:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0;
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look - alike / sound – alike" LASA;
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici;
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso;
16. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita;
17. Riconciliazione della terapia farmacologica;
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;
19. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

Le azioni saranno basate sull'applicazione delle seguenti metodologie e strumenti di gestione del rischio:

1. Revisione di procedure e protocolli già disponibili finalizzati alla riduzione di rischi noti;
2. Redazione e implementazione di nuove procedure e protocolli aziendali;
3. Scheda di segnalazione (Incident Reporting) informatizzata per il rischio farmaco e per le aggressioni;
4. Analisi reattiva degli eventi avversi (Root Cause Analysis);
5. Analisi proattiva e riprogettazione dei processi a maggior rischiosità (HFMEA);
6. Checklist per il rischio anestesiologico;

7. Checklist per la sicurezza in sala operatoria;
8. Checklist 2.0 per la sicurezza in sala operatoria;
9. Checklist per la documentazione sanitaria (ricovero ordinario, DH e ambulatorio);
10. Checklist per tecnologie e strutture di area critica;
11. Checklist per la valutazione multidimensionale del rischio di caduta dei pazienti in ospedale;
12. Scheda di segnalazione degli eventi di caduta paziente informatizzata;
13. Scheda di segnalazione delle aggressioni agli operatori, informatizzata;
14. Checklist per il trasferimento dei pazienti fra ospedali;
15. Checklist per la prevenzione delle infezioni nosocomiali;
16. Rilevazione e monitoraggio delle infezioni nosocomiali (CIO);
17. Scheda per la ricognizione farmacologica;
18. Scheda MEOWS;
19. Formazione in aula e formazione sul campo;
20. Rilevazione degli eventi sentinella secondo direttive MINSAN (SIMES);
21. Rilevazione e monitoraggio degli indicatori di risultato, specifici delle iniziative aziendali di gestione del rischio;
22. Significant Event Analysis (SEA).

Gli strumenti sopra riportati saranno impiegati nell'ambito delle attività consolidate della UOC Qualità e Risk Management. Altri obiettivi e metodi potranno essere aggiunti nel corso dell'anno in risposta a situazioni contingenti e/o a direttive regionali – ministeriali, in coerenza con le risorse disponibili. Il presente Piano recepisce gli standard ISO 9001-2015. L'Azienda aderisce alle iniziative regionali e nazionali in tema di sicurezza e di gestione del rischio.

Analisi del contesto

Contesto esterno

Il contesto esterno presenta alcune opportunità di sviluppo della sicurezza delle cure legato in particolare alle Linee di indirizzo predisposte, come ogni anno, dalla Regione Lombardia nonché dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute, aggiornate al 2021.
Sul versante delle minacce presenti nel contesto esterno all'azienda, si deve considerare il clima sociale di litigiosità fra cittadini e operatori del servizio sanitario, con particolare riferimento ai comportamenti aggressivi che possono occasionalmente tradursi in vere e proprie lesioni personali ai professionisti, sia dal punto di vista psichico che fisico. Tali lesioni possono tradursi in ricadute organizzative che aumentano il rischio di eventi avversi a danno dei pazienti.
La presenza dell'epidemia da COVID-19 è esplicitata successivamente nel paragrafo dedicato alla gestione dell'emergenza SARS-COV-2 (COVID-19).

Contesto interno

Nel corso degli anni, si è diffusa una discreta cultura del rischio in ambito clinico e assistenziale grazie ai numerosi interventi formativi e operativi attuati dalla UOC Qualità e Risk Management. Le fonti informative utili per la valutazione del rischio clinico sono molteplici. Appaiono particolarmente significative le informazioni derivanti dalla analisi dei sinistri e delle segnalazioni di Incident Reporting.
L'afferimento dell'Ospedale di Desio e delle relative unità di offerta territoriale nella nuova Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Brianza, aumenta la complessità aziendale e richiede un aggiornamento del framework aziendale anche alla luce dell'imminente pensionamento dello scrivente Direttore della UOC Qualità e Risk Management.

Contesto Interno – Analisi SWOT

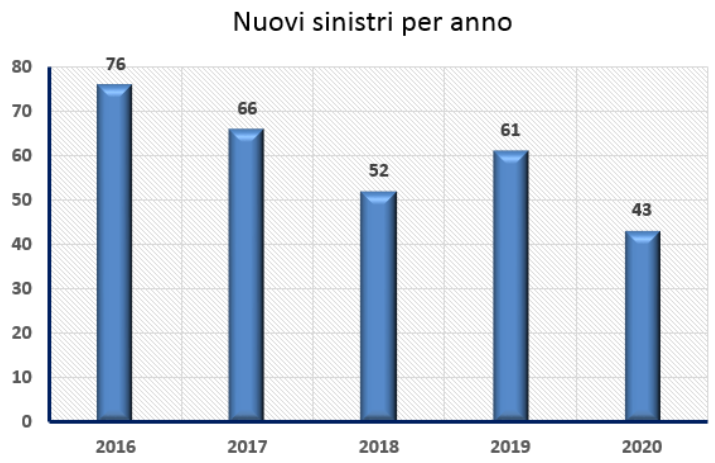
Punti di forza	Punti di debolezza
Discreta diffusione della cultura del rischio in tutte le articolazioni aziendali, con prevalenza nel settore ospedaliero.	Incompleta diffusione della cultura del rischio nei settori territoriali aziendali. Persistenza della cultura della colpa e della autoreferenzialità dei professionisti sanitari.
Presenza di un sistema informatizzato per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss, ormai ben conosciuto e utilizzato dal personale.	Scarsità di personale dedicato alla UOC Qualità e Risk Management.
Presenza del N.O.R.M.A. con funzione di gestione delle segnalazioni di Incident Reporting.	Personale con differenti livelli culturali in tema di risk management, dovuta alla nuova composizione del N.O.R.M.A. secondaria alla riorganizzazione aziendale.
Presenza di un gruppo di dipendenti con certificazione ISO come auditor clinici.	Resistenza alla cultura del rischio in alcune aree specialistiche aziendali.
Presenza di un gruppo di dipendenti con certificazione aziendale come facilitatori dell'analisi di eventi significativi (SEA).	Area del Pronto Soccorso e delle chirurgie a maggior impatto nella genesi dei sinistri.
Ottimi rapporti di collaborazione con la UOC Affari Legali per la gestione dei sinistri attraverso il CVS.	Presenza di azioni legate alla medicina difensiva, prevalenti nelle aree di emergenza e urgenza e in area di ostetricia.

L'analisi del contesto interno evidenzia una situazione generale nella quale il peso dei punti di forza sembra prevalere sugli aspetti critici legati ai punti di debolezza.
Tuttavia, l'approccio sistemico favorisce una prospettiva di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni di mitigazione del rischio già intraprese e un aggiornamento del personale coinvolto.

Data-base sinistri

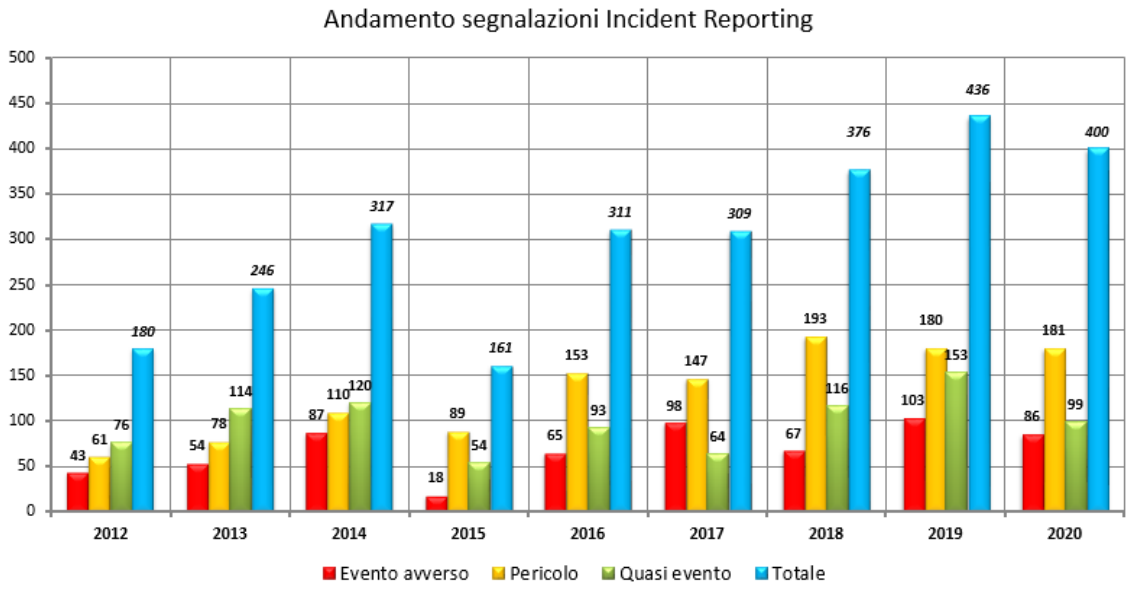
L'azienda dispone di un data-base dei sinistri che comprende pratiche attivate sin dal 1991 per eventi che si sono verificati a partire dal 1961. Le aree specialistiche che più frequentemente sono coinvolte nelle richieste di risarcimento rispecchiano i dati di tipo regionale e sono rappresentate nella seguente tabella. Si può notare che il Pronto Soccorso, l'Ortopedia, l'Ostetricia-ginecologia e la Chirurgia generale costituiscono le aree più rappresentate, accanto all'area dell'Odontoiatria che raggiunge il valore complessivo più alto.
Si deve notare che il numero totale dei sinistri è in diminuzione nel periodo 2016 – 2020 scendendo da **76** a **43** nuovi sinistri all'anno.

Unità Operativa / area	2016	2017	2018	2019	2020
Odontoiatria	10	17	15	5	17
P.S.	15	16	4	13	7
Cadute	11	7	2	6	1
Ortopedia	4	5	9	10	1
Ostetricia	4	8	4	4	2
Oculistica	8	2		3	1
Chirurgia	3	3	1	4	6
Radiologia	3	3	1	1	1
Cardiologia	3	2	1	1	2
ORL	3		5	6	2
Sala Operatoria	2	1	1		
Endoscopia	1		2		
CEIMA (Risonanza Magnetica)	1		1		
Centro prelievi	1		1		
Psichiatria	1		1	1	
Arcore ambulatorio oculistica	2				1
Anestesia	1		1		
Neurologia	1	1			
Tulipano giallo	1	1			
Urologia	1		1	2	
Ambulatorio Ortopedia			2		
Caduta albero, danneggiamento cancello, altri . . .				1	
Pneumologia				2	
Medicina				1	1
Nefrologia					1
Camera Mortuaria				1	
Totale complessivo	**76**	**66**	**52**	**61**	**43**



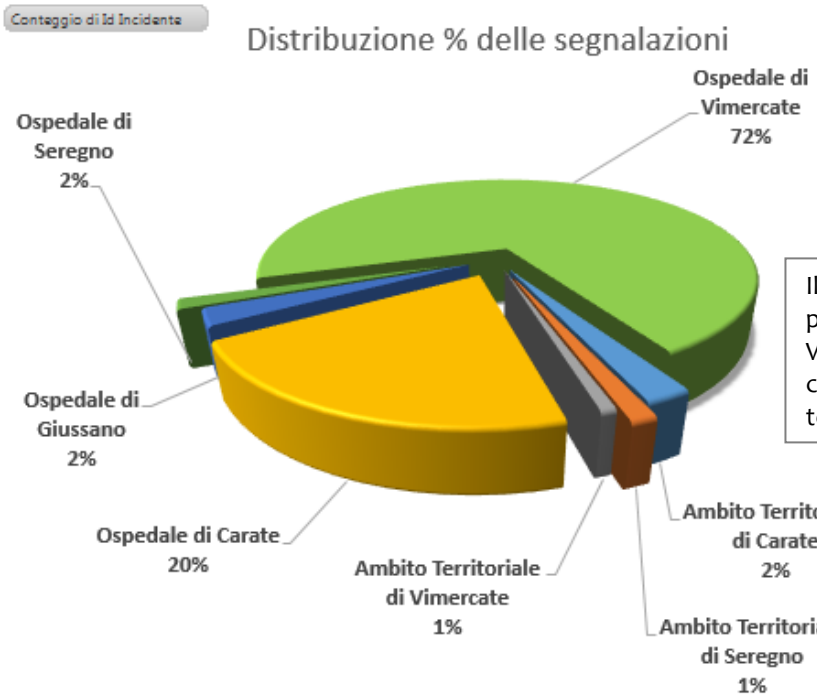
Incident Reporting

L'Azienda ha implementato un sistema di segnalazioni spontanee nel 2004 a partire da alcune unità operative pilota, in particolare dalle unità di Ostetricia-Ginecologia e di Pronto Soccorso. Dal 2012 tutto il personale dell'azienda utilizza un sistema di segnalazione informatizzato che consente di ottenere informazioni significative sugli eventi avversi, sui near miss e sulle situazioni di pericolo.
Le criticità più frequenti che emergono da questa fonte informativa sono legate alla errata identificazione del paziente, errore che si colloca nella fase di assistenza in regime di ricovero e che viene intercettato nell'88% dei casi e che è correlato a problemi di comunicazione fra gli operatori sanitari.
Si riportano di seguito alcuni grafici esemplificativi dell'analisi dei dati riferiti al periodo 2012 - 2020.



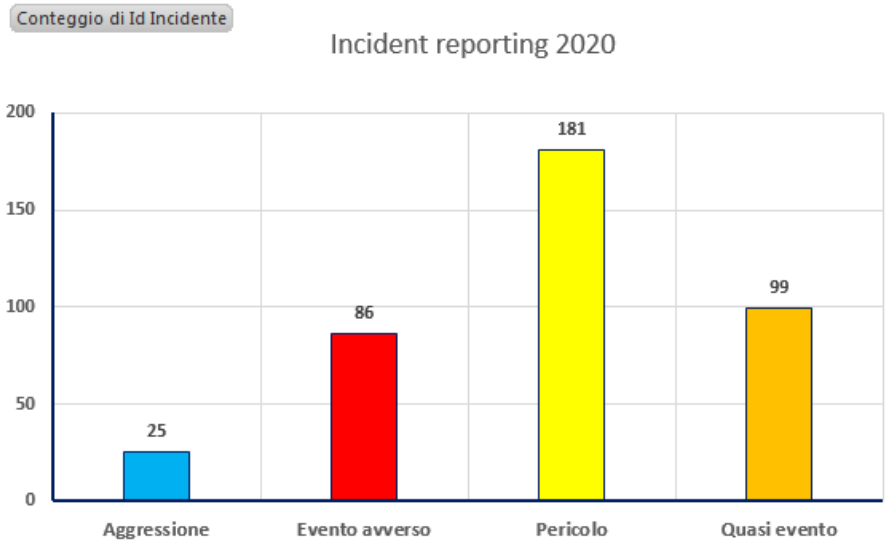
Si nota un aumento progressivo del numero totale delle segnalazioni nel periodo 2012 – 2014, al quale è seguito un calo delle segnalazioni registrato nel 2015. Tale diminuzione va messa in relazione con la sospensione del corso di formazione rivolto agli operatori (riguardante proprio la scheda di segnalazione degli eventi avversi) e all'introduzione di una nuova versione del software.

Il corso di formazione è stato ripristinato a partire dal 2016 e, come si può notare, il numero totale delle segnalazioni è aumentato progressivamente sino a raggiungere il valore di **400** nel 2020.
Si deve notare, inoltre, che a partire dal 2016, l'Azienda ha perduto il contributo dell'Ospedale di Desio, passato alla ASST di Monza, senza tuttavia registrare una significativa diminuzione delle segnalazioni.



Il 92% delle segnalazioni del 2020 proviene dai due ospedali principali: Vimercate e Carate Brianza. Si nota, comunque, la presenza dei tre ambiti territoriali.

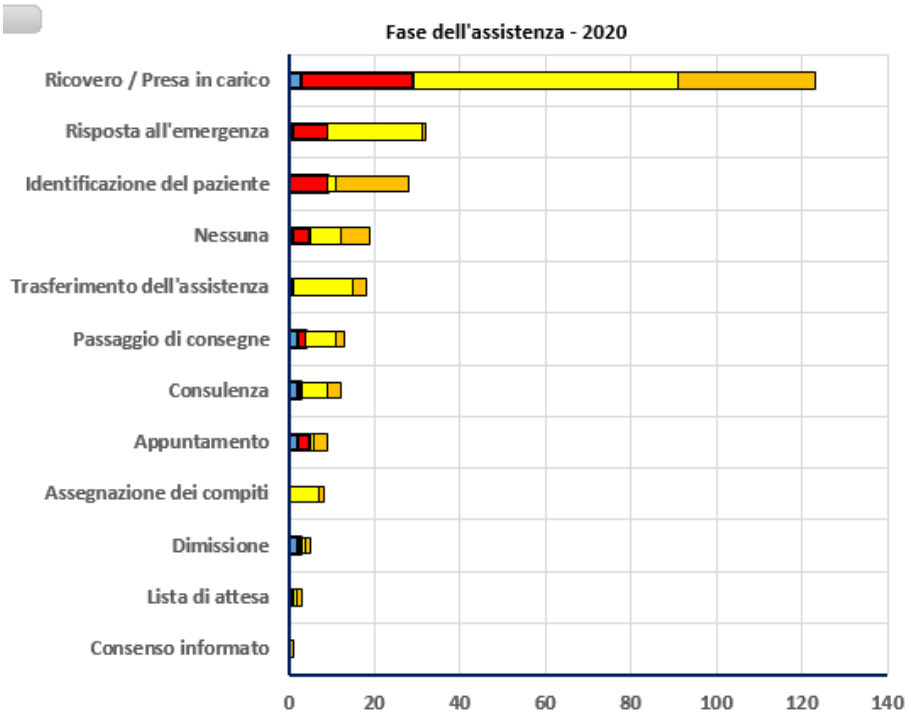
Escludendo le 25 segnalazioni di aggressioni, si evidenzia che il 22% delle segnalazioni di rischio clinico riguardano eventi avversi (86 su 391).
Il dato è sovrapponibile a quello del 2019.



Fase dell'assistenza

Il grafico seguente mostra che le due situazioni più frequenti associate alle schede di Incident Reporting segnalate nel 2020 sono il "*Ricovero / Presa in carico del paziente*" e il "*Risposta all'emergenza*".

- La fase dell'assistenza riguardante il "*Ricovero / Presa in carico del paziente*" si riferisce a criticità legate alla comunicazione fra gli operatori nel passaggio delle informazioni al momento del ricovero, così come le criticità legate alla "*Risposta all'emergenza*" e alla "*Identificazione del paziente*". Quest'ultimo aspetto costituisce un problema ancora relativamente diffuso nonostante l'intensa azione di sensibilizzazione attuata a livello aziendale e l'implementazione del braccialetto identificativo.

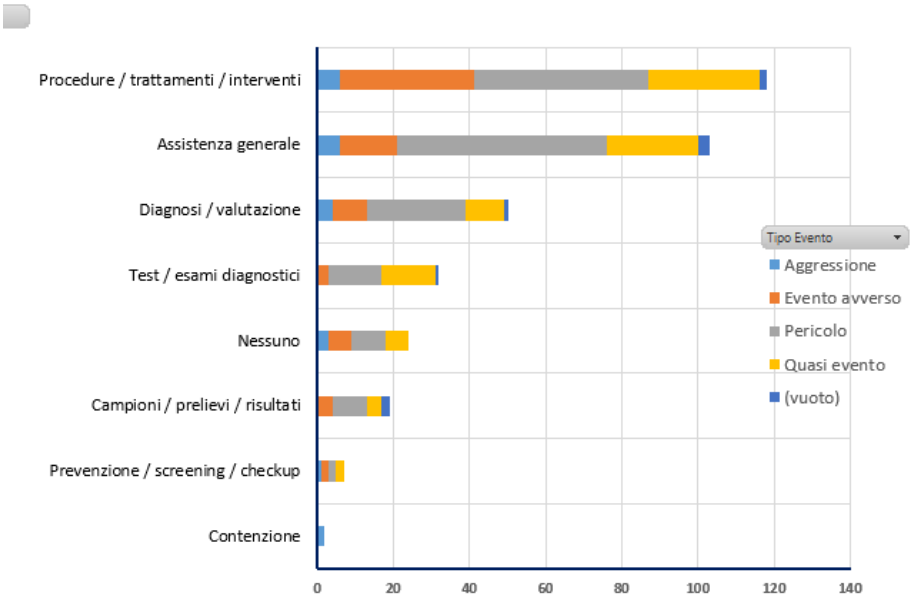


Distribuzione delle criticità legate alla fase dell'assistenza

L'errata identificazione del paziente è segnalata nel 7,0% delle segnalazioni (28 su 400) ed è in diminuzione rispetto agli anni precedenti. In questa categoria sono compresi gli errori di identificazione dei campioni biologici, delle immagini (Radiografie, ecografie, eccetera). Il 67% di tali segnalazioni riguarda situazioni di pericolo o near miss, senza danno al paziente.

Processo clinico

"*Procedure/Trattamenti/Interventi*", "*Assistenza generale*" e "*Diagnosi / Valutazione*" sono i primi tre processi clinici segnalati, come evidenziato dal grafico seguente.

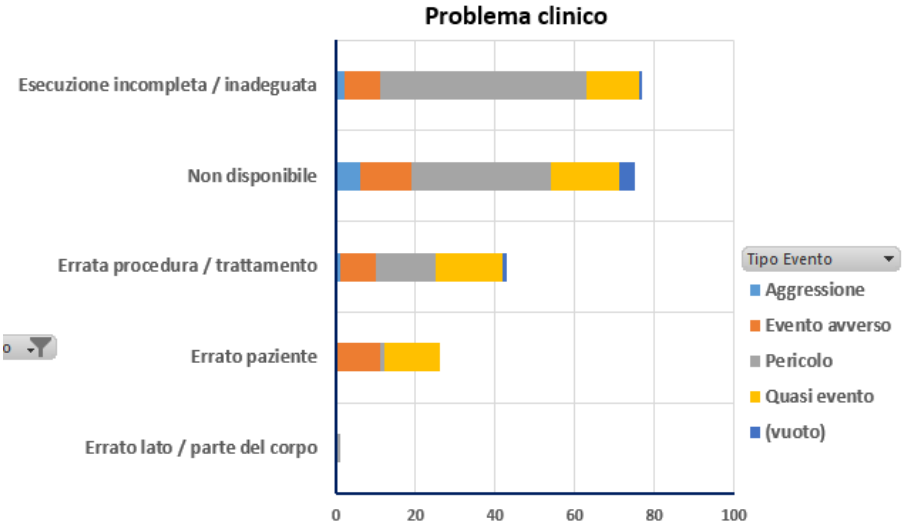


Distribuzione delle criticità legate al processo clinico

Le errate "*Procedure / trattamenti / interventi*" sono segnalate nel 33,2% dei casi (118 su 355) e riguardano prevalentemente segnalazioni di pericolo e di near miss. Il dato mostra una notevole riduzione rispetto al 2019. Gli eventi avversi legati alle procedure / trattamenti / interventi rappresentano il 10,5% di tutte le segnalazioni (40 su 375).

Problema clinico

"*Esecuzione incompleta/Inadeguata*" e "*Non disponibile*" sono le prime due situazioni riguardanti il problema clinico rilevato dagli operatori.
Anche in questo caso, i dati concordano con quanto evidenziato nei grafici precedenti. Le criticità legate al ricovero (presa in carico) e alla identificazione del paziente, sono associate a processi clinici di procedure / trattamenti / diagnosi che generano problemi di esecuzione incompleta o inadeguata.
La criticità "*Errato paziente*" risulta pari al 7,7% delle segnalazioni, in lieve aumento rispetto agli anni precedenti.



Distribuzione delle criticità legate al problema clinico

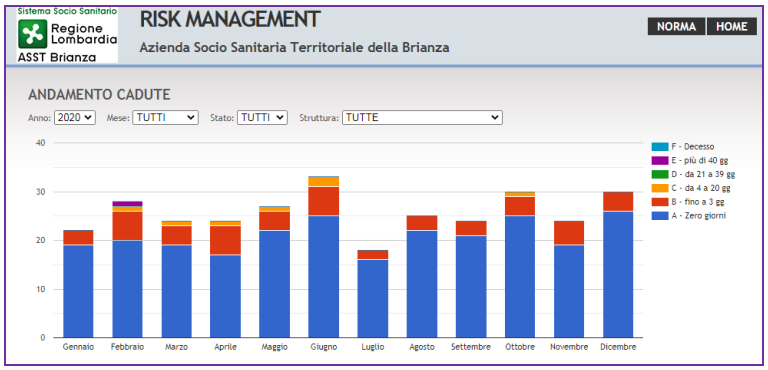
Le segnalazioni di "*Esecuzione incompleta / inadeguata*" sono presenti nel 34% dei casi (106 su 310) e sono attribuite, in prevalenza, a situazioni di pericolo.

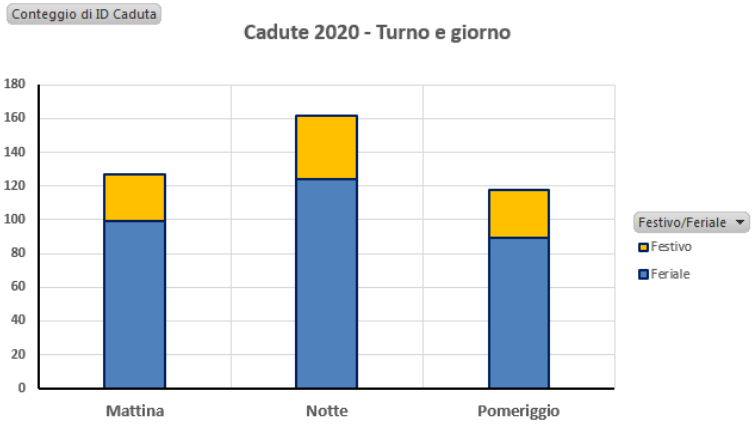
Eventi sentinella

L'azienda inserisce gli eventi sentinella nel sito internet SIMES del Ministero della Salute. Dal 2009 ad oggi sono stati registrati **12** eventi sentinella. Per ogni evento sentinella la UOC Qualità e Risk Management attua l'analisi intensiva delle cause (Root Cause Analysis – RCA) secondo la metodica descritta dal Manuale del Ministero della Salute. Le azioni correttive identificate al termine dell'analisi sono oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica e vengono successivamente implementate secondo una pianificazione ad hoc che comprende anche il monitoraggio degli indicatori di processo ed esito. Nel corso del 2020 non si sono verificati eventi sentinella.

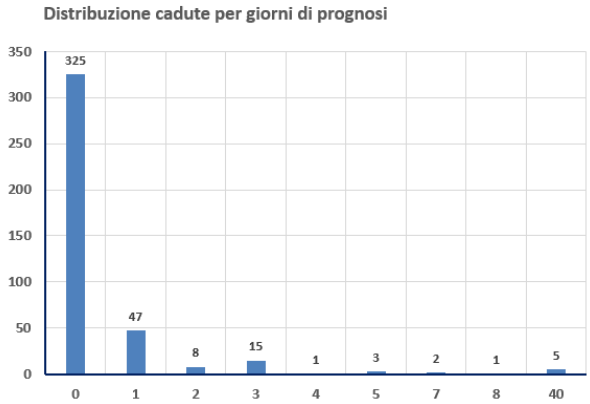
Caduta Pazienti

L'Azienda ha implementato un sistema informatizzato di segnalazioni delle cadute dei pazienti.
Nel 2020 sono state effettuate **407** segnalazioni di caduta dei pazienti. Di seguito si riportano i dati aggregati.





Distribuzione delle cadute per tipo di giorno e per tipo di turno.



Distribuzione delle cadute per giorni di prognosi

Il 79% delle segnalazioni di caduta riporta una prognosi definitiva di zero giorni (325 su 407).

Progetti di gestione del rischio

Compatibilmente con le risorse disponibili, è oggetto di interesse l'approfondimento di due tematiche di gestione del rischio che sono già state affrontate nel corso degli ultimi anni. Si tratta del rischio clinico nell'area travaglio / parto e del rischio di aggressioni da parte dei pazienti nei confronti degli operatori.
Si delineano, pertanto, i seguenti due progetti.

Progetto numero 1: Trigger SP

La sicurezza della donna e del nascituro sono elementi di rilevanza sanitaria e sociale che devono confrontarsi con la possibile interferenza di condizioni patologiche materne e fetali che possono trasformarsi in eventi avversi.
Tali condizioni sono note e descritte nella letteratura scientifica specialistica sia in termini di gravità che di frequenza di accadimento, accanto alle misure cliniche e assistenziali idonee per il loro trattamento. Il riconoscimento e la puntuale registrazione di tali condizioni è obbligo deontologico finalizzato al riconoscimento di situazioni ricorrenti che richiedono la messa in atto di interventi sanitari appropriati e tempestivi.
Il personale ostetrico della ASST registra tali eventi occasionali (Trigger) nel portale CEDAP al fine di far emergere criticità organizzative che meritano un aggiornamento sul piano della comunicazione, della gestione delle risorse oltre che dell'aggiornamento scientifico.
Il progetto si propone di verificare la corretta e tempestiva registrazione dei Trigger materni e fetali e di promuovere la revisione periodica di tali eventi in ognuno dei tre punti nascita aziendali.

	Argomento / attività
A	Registrazione dei Trigger nel CEDAP
B	Riunione quadrimestrale per discutere dei Trigger in ogni punto nascita aziendale (con verbale)
C	Riunione annuale dei referenti rischio di ogni punto nascita aziendale con il referente della UO Qualità e Risk Management

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management.

Indicatori:

- Esistenza dei verbali delle riunioni (3 riunioni per ogni punto nascita più una riunione aziendale)
- Valutazione della distribuzione percentuale dei trigger materni e fetali
- Revisione o validazione delle procedure aziendali per la gestione delle situazioni di emergenza in ambito ostetrico e neonatale (relazione finale da parte della UOC Qualità e Risk Management)

Stakeholder coinvolti nel progetto:

UOC Qualità e Risk Management, SITR Polo ospedaliero e territoriale, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Emergenza Urgenza, Sistemi Informativi, Ingegneria Clinica.

Progetto numero 2: Tolleranza zero quater

Continua il progetto dell'anno 2018 per l'implementazione della Raccomandazione n. 8 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, attraverso l'adozione di misure che consentano di ridurre il rischio.

Il progetto prevede cinque fasi (come descritto nel crono programma):

	Argomento / attività
A	Ricostituzione del GDL
B	Sensibilizzazione generale alla segnalazione
C	Implementazione delle scheda informatizzata su Risk Buster
D	Raccolta dati sulle aggressioni (Ospedale e territorio)
E	Supporto al personale nella gestione delle aggressioni

Indicatori:

- Ricostituzione del GDL aziendale
- Valutazione del rischio aziendale percepito dagli operatori
- Corso di formazione (da realizzare in FAD se permane divieto corsi in presenza)
- Sezione specifica IR per aggressioni agli operatori nel software aziendale
- Redazione istruzione operativa sulla prevenzione della violenza a danno degli operatori

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management al gruppo di lavoro aziendale.

Stakeholder coinvolti nel progetto:

UOC Qualità e Risk Management, Dipartimento Salute Mentale, SITRA, Direzioni Mediche, UOC Affari Legali, CUG, Servizio Prevenzione e Protezione, Direzione Unità di Offerta territoriali.

Parte Seconda

Gestione dell'emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)

In conseguenza dell'epidemia da COVID-19, la Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia ha disposto la sospensione del Piano Annuale di Risk Management per quanto riguarda la presentazione entro il 30 aprile e i relativi allegati, secondo le modalità sino ad oggi conosciute.

La Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia ha altresì disposto che le attività di gestione del rischio clinico dovranno essere focalizzate alla predisposizione di un piano di risk management che non dovrà essere inviato entro la scadenza indicata nel precedente provvedimento, ma rendicontato in un rapporto finale in cui siano esplicitate le iniziative intraprese all'interno del proprio Ente nell'ambito della gestione COVID-19 e alle iniziative svolte nella fase post COVID.

Al fine di gestire l'emergenza COVID-19, si riportano di seguito le iniziative principali, identificate dalla Regione Lombardia, che costituiscono gli elementi guida del presente paragrafo e del rapporto finale da produrre entro il 31 gennaio 2021.

- disponibilità e gestione delle apparecchiature biomedicali, in particolare per la ventilazione, e tempi di utilizzo in relazione all'afflusso dei pazienti nelle aree COVID-19;
- interventi strutturali messi in atto;
- disponibilità e formazione del personale sanitario e di supporto in relazione alla tipologia di intensità clinica ed assistenziale e loro organizzazione nel tempo;
- supporto relazionale degli operatori e dei pazienti;
- analisi dei tassi di mortalità e di letalità, analisi dell'andamento nel tempo dei casi COVID positivi, analisi dei ricoveri e delle dimissioni e dei posti messi a disposizione per l'emergenza;
- percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (triage differenziati, e suddivisone reparti COVID e non COVID, aree filtro per la vestizione e svestizione, ecc…) e loro monitoraggio;
- soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro);
- informazione ai pazienti sui rischi da COVID ed informazioni dei caregiver ed ai cittadini;
- sorveglianza territoriale dei pazienti positivi in isolamento domiciliare e dei loro contatti anche attraverso attivazione di modalità organizzative specifiche (USCA, Degenza di Sorveglianza, attività di diagnostica a domicilio, rete de MMG, ecc …);
- interventi di integrazione con gli enti locali per soggetti con disagio sociale;
- piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici;
- approvvigionamento e disponibilità nel tempo di gel antisettico per mani e DPI;
- riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti;
- sorveglianza sanitaria del personale e gestione dei DPI;
- soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID e analisi del rischio sulle patologie non COVID che non sono state erogate per effetto dell'emergenza;
- gestione dei trasporti primari e secondari;
- gestione delle riaperture dei servizi rivolti a pazienti non COVID e mantenimento nel tempo dei servizi di emergenza.

Al fine di gestire efficacemente l'emergenza da SARS COV-2, sarà utilizzato lo schema di seguito riportato, previsto da Regione Lombardia, basato sulle indicazioni reperibili dal sito Internet del *Center for Disease Control and Prevention* (CDC): https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.

La pianificazione di una risposta adatta ad affrontare un focolaio di malattia di Coronavirus 2019 (COVID-19) è fondamentale per mantenere i servizi sanitari e orientarli alla sicurezza dei pazienti e degli operatori. Queste indicazioni guida possono essere utilizzate anche come lista di controllo, strumenti di redazione o di valutazione dei piani attuali nonché per lo sviluppo di un piano per la gestione di una epidemia da COVID-19 in un'ottica di gestione del rischio. Il piano di gestione del COVID-19 dovrà utilizzare le informazioni provenienti dalle istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regioni) in conformità alle normative statali e regionali. La pianificazione completa per gestire una pandemia COVID-19 può anche aiutare le strutture ad affrontare altre situazioni di emergenza. I piani per la gestione della emergenza COVID devono avere come obiettivo quello di:

- Prevenire la diffusione di COVID-19 all'interno della struttura;
- Identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19 e informare il personale della struttura e le autorità sanitarie competenti;
- Garantire l'assistenza per un numero limitato di pazienti con COVID-19 confermato o sospetto nell'ambito delle operazioni di routine;
- Prendersi cura potenzialmente di un numero maggiore di pazienti nel contesto di un focolaio crescente, pur mantenendo cure adeguate per gli altri pazienti;
- Monitorare e gestire il personale sanitario che potrebbe essere esposto a COVID-19;
- Comunicare efficacemente all'interno della struttura e pianificare un'adeguata comunicazione esterna relativa a COVID-19.

Si riportano di seguito i tre ambiti principali di interesse e il crono programma previsto per lo svolgimento delle attività connesse.

1. Struttura per la pianificazione e processi decisionali nel piano di risk management ed emergenza COVID 19;
2. Sviluppo del piano di risk management, gestione COVID-19;
3. Elementi del piano di risk management e gestione COVID-19.

Cronoprogramma

	2021												2022
Ambito	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio
1													
2													
3													
Rapporto Finale													

Struttura per la pianificazione e processi decisionali

1	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
1.1	La pianificazione per la gestione del COVID-19 è stata incorporata nel piano di risk management e di emergenza COVID-19		NE	Risk Manager	
1.2	E' stato individuato un team multidisciplinare (unità di crisi, ecc…) specificatamente per la pianificazione e gestione di una epidemia da COVID-19 con atto formale	Delibera 161 del 04/03/2020		Direzione Strategica	
1.3	I componenti dell'Unità di crisi o del team multidisciplinare sono stati individuati per coordinare le attività per la gestione del piano, con un coordinatore identificato e con ruoli esplicitati nell'organizzazione			Coordinatore Unità di Crisi	

1	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
1.4	L'unità è composta da almeno 10-15 membri, rappresentativi di queste aree: • Direzione strategica • Affari legali • Risk management • CIO / epidemiologia • Coordinatore disaster (se presente) • Comunicazione /URP • Staff clinico (infettivologi, intensivisti, emergenza ed urgenza, pneumologi, internisti, ecc..) • Servizi delle professioni sanitarie • Direzioni Mediche • Risorse umane • Rappresentanza sindacale • Medico competente • Ingegneria clinica • Struttura tecnico patrimoniale • SPP Possono essere inoltre coinvolti: • Fisioterapia e terapia respiratoria • Radiologi • Assistenti sanitarie anche per la gestione della dimissione e sorveglianza territoriale • Formazione • Centrale di sterilizzazione • Dietisti • Farmacia • Sistemi informatici • Responsabile acquisti • Laboratori • Consulenti esperti in etica,salute mentale,etc • Altri membri come servizi di volontariato, medico legale, clero • Altri da specificare	Delibera 161 del 04/03/2020		Direzione Strategica	

1	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
1.5	Il coordinatore dell'Unità COVID-19 (anche per il tramite delle direzioni strategiche) ha contattato le istituzioni locali e regionali per avere informazioni sul coordinamento pianificato con le altre strutture			Coordinatore Unità di Crisi	
1.6	Tutti i componenti individuati hanno preso visione dei documenti disponibili via posta ufficiale o sul sito di ISS, Regione, Ministero e dei siti istituzionali			Coordinatore Unità di Crisi	

Sviluppo del piano di risk management, gestione COVID-19

2	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
2.1	Una copia del piano di risk management e gestione dell'emergenza COVID-19 e' disponibile ed accessibile allo staff anche attraverso bollettini o strumenti di condivisione delle decisioni.		NE	Risk Manager	
2.2	Il piano include gli elementi individuati al capitolo 3		NE	Risk Manager	
2.3	Il piano identifica le persone autorizzate ad implementare il piano e la tecnostruttura organizzativa, inclusa la individuazione di chi è responsabile della effettuazione del piano		NE	Risk Manager	
2.4	Nel piano sono rispettate e stratificate le azioni coerenti con gli indirizzi delle istituzioni, nazionali e regionali (citare le fonti)		NE	Risk Manager	
2.5	Sono state descritte le responsabilità del personale e di tutti gli operatori all'interno della struttura nell'esecuzione del piano		NE	Risk Manager	
2.6	Il personale che sarà di supporto per il piano, per i ruoli chiave e' stato identificato ed e' formato e competente, relativamente agli obiettivi, priorità e politica		NE	Risk Manager	

Elementi del piano di risk management e gestione COVID-19.

Aspetti generali

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.1.1	Il piano si pone l'obiettivo di proteggere i pazienti, gli operatori, i visitatori e si indirizza ad elementi ben esplicitati		NE	Risk Manager	
3.1.2	E' stato individuato un responsabile per coordinarsi con le diverse istituzioni e mantenere gli aggiornamenti con i diversi coordinatori dei piani COVID-19 e dei membri dei diversi comitati locale di pianificazione COVID-19, con particolare attenzione alla propria area geografica. Questa persona deve anche monitorare gli sviluppi che potrebbero comportare l'impossibilità per il personale di essere presenti al lavoro, come ad esempio la chiusura delle scuole.		NE	Coordinatore Unità di Crisi	
3.1.3	E' stato sviluppato un protocollo per identificare, monitorare e informare relativamente ai pazienti ricoverati e gli operatori affetti da COVID-19 (con frequenza stabilita)		NE	Ufficio Comunicazione	
3.1.4	E' stato sviluppato un piano per monitorare e tracciare le assenze del personale affetto da COVID-19		NE	Risorse Umane	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.1.5	E' stato sviluppato uno più protocolli (o linee di indirizzo) per la valutazione, la diagnosi e il trattamento dei pazienti ricoverati e degli operatori con sintomi da COVID-19. Le informazioni sono disponibili attraverso canali di distribuzione aziendale controllati.		NE	Coordinatore Unità di Crisi	
3.1.6	E' stato sviluppato un protocollo per la gestione dei casi sospetti COVID-19 che sono stati contattati e valutati, nei dipartimenti di emergenza, nei reparti, o trasferite da altre strutture o a domicilio per i quali viene richiesta un isolamento fiduciario. Il protocollo include i criteri per l'individuazione di caso, il percorso diagnostico, le misure preventive da attuare per il controllo dell'infezione, il trattamento a supporto, e come notificare il caso alle autorità		NE	Coordinatore Unità di Crisi	
3.1.7	E' in atto un sistema per monitorare e valutare le trasmissioni associate a COVID-19 fra i pazienti e il personale della struttura. Le informazioni derivanti da questo sistema di monitoraggio vengono utilizzate per attuare interventi di prevenzione (ad. es. isolamento, coorte, percorsi COVID, ecc…)		NE	Coordinatore Unità di Crisi	

Comunicazione

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.2.1	**COMUNICAZIONE INTERNA :** E' stata individuata una persona per la comunicazione con lo staff, i pazienti e le loro famiglie relativa alla situazione nella struttura in merito a COVID-19, per avere informazioni accurate e tempestive.		NE	Ufficio Comunicazione Bollettino periodico	
3.2.2	Le strategie di comunicazione definiscono le modalità che vengono utilizzate per informare lo staff, le famiglie, i visitatori e tutti coloro che a vario titolo accedono alla struttura (servizi in outsourcing, fornitori,ecc...) sulla situazione nella struttura rispetto al COVID-19		NE	Ufficio Comunicazione Bollettino periodico	
3.2.3	E' stato realizzato del materiale informativo sul COVID-19 e le politiche locali, ad es la sospensione delle visite, dove e come ottenere informazioni per le famiglie ed i pazienti. Il materiale e' redatto con linguaggio e modalità appropriate e viene distribuito ed aggiornato rispetto alla evoluzione della pandemia		NE	Ufficio Comunicazione Avvisi / Poster	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.2.4	**COMUNICAZIONE ESTERNA:** E' stata individuata una persona per comunicare con le istituzioni durante la pandemia COVID-19		NE	Ufficio Comunicazione Portavoce	
3.2.5	Sono stati identificati i principali punti di contatto delle istituzioni principali per la comunicazione durante il focolaio di COVID-19		NE	Ufficio Comunicazione Portavoce	
3.2.6	E' stata creata ed e' disponibile una lista delle strutture ed organizzazioni con i diversi contatti con cui e' necessario mantenere la comunicazione durante la pandemia (residenze per anziani, ospedali e strutture della rete per patologia, rete dell'emergenza,..)		NE	Ufficio Comunicazione Portavoce	
3.2.7	Un rappresentante dell'ospedale e' stato coinvolto nella discussione dei piani locali per la comunicazione fra le strutture durante la pandemia; l'ospedale e' stato rappresentato nelle discussioni con le diverse organizzazioni rispetto ai piani locali e la condivisione delle strategie fra le strutture (ad es. possibile condivisione e / o coordinamento delle risorse) durante un focolaio di COVID-19		NE	Ufficio Comunicazione Portavoce	

Materiali di consumo e attrezzature e forniture mediche durevoli

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.3.1	E' stata valutata una stima dei quantitativi dei presidi essenziali e del materiale (es. pompe ev, ventilatori, farmaci) e dispositivi di protezione del personale (maschere, respiratori, camici, guanti, protezione per gli occhi e prodotti per l'igiene delle mani, ecc...) e la valutazione di tempi di approvvigionamento in relazione alle necessità		NE	Ingegneria Clinica Farmacia Approvvigionamenti	
3.3.2	Questa valutazione stimata e' stata condivisa con i responsabili locali, regionali per pianificare lo stoccaggio del materiale		NE	Ingegneria Clinica Farmacia Approvvigionamenti	
3.3.3	È stato elaborato un piano per affrontare le probabili carenze di approvvigionamento (ad esempio dispositivi di protezione individuale), comprese le strategie per l'utilizzo di canali normali e alternativi per l'approvvigionamento delle risorse necessarie e le strategie per la conservazione dei DPI		NE	Approvvigionamenti	
3.3.4	È stata sviluppata una strategia per stabilire le priorità in caso di necessità per l'assegnazione delle attrezzature limitate per l'assistenza ai pazienti, prodotti farmaceutici e altre risorse.		NE	Rianimazione (Linee guida Società Italiana Anestesia e Rianimazione)	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.3.5	È stato messo in atto un processo per tracciare e segnalare le quantità disponibili di forniture mediche di consumo, incluso il monitoraggio delle forniture di maschere facciali, respiratori (se disponibili per l'assistenza ai pazienti COVID-19), abiti, guanti e protezione per gli occhi (ad es. maschera per il viso o occhiali).		NE	Ingegneria Clinica Farmacia Approvvigionamenti	
3.3.6	È stato messo in atto un processo per garantire che la struttura fornisca i presidi e i materiali necessari per aderire alle pratiche raccomandate di prevenzione e controllo delle infezioni, tra cui: • Igienizzante per mani a base di alcool per l'igiene delle mani è disponibile in ogni stanza del paziente (idealmente sia all'interno che all'esterno della stanza) e in altre aree di cura del paziente e spazi comuni. • I lavelli sono ben forniti di sapone e asciugamani di carta per il lavaggio delle mani. • Sono disponibili manifesti immediatamente al di fuori delle stanze dei pazienti che indicano le precauzioni appropriate e necessarie per la prevenzione delle ICA e quali dispositivi di protezione • Dispositivi e maschere per le persone con sintomi respiratori da utilizzare vicino agli ingressi e nelle aree comuni, con recipienti per lo smaltimento.		NE	Approvvigionamenti Ufficio Comunicazione	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.3.6 segue	• I DPI sono disponibili immediatamente al di fuori della stanza del paziente e in altre aree in cui viene fornita l'assistenza al paziente. • I recipienti per lo smaltimento dei rifiuti sono posizionati vicino all'uscita all'interno di ogni stanza per facilitare al personale lo smaltimento dei DPI, dopo la svestizione, prima di uscire dalla stanza o prima di assistere un altro paziente nella stessa stanza • Disinfettanti omologati per utilizzo a livello ospedaliero per consentire una pulizia frequente delle superfici e attrezzature condivise per la cura del paziente. Si consiglia l'uso di prodotti efficaci per agenti patogeni virali emergenti approvati ,contro COVID-19. Se non ci sono prodotti registrati disponibili che dichiarano efficacia verso COVID-19, devono essere usati prodotti con indicazioni certificate nei confronti dei coronavirus umani secondo le istruzioni		NE	Farmacia Approvvigionamenti	
3.3.7	La struttura ha un piano di emergenza, che include il coinvolgimento dei tutti gli altri attori istituzionali in caso di carenza di approvvigionamento (o di previsione). Le informazioni dei contatti per l'approvvigionamento sono disponibili.		NE	Farmacia Approvvigionamenti	

Identificazione e gestione dei pazienti

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.4.1	Al personale sanitario appositamente addestrato è stata assegnata la responsabilità di supervisionare il processo di triage.		NE	Dipartimento Emergenza Urgenza	
3.4.2	L'ospedale ha un processo per il triage (ad esempio, la valutazione iniziale del paziente) e l'ammissione dei pazienti durante la pandemia di COVID-19 che include quanto segue: • Piani per informare con cartelli, poster, videomessaggi ,agli ingressi e in luoghi strategici ,che forniscono istruzioni sull'igiene delle mani, sull'igiene respiratoria e gestione della tosse che sia comprensibile e anche disponibile per persone con disabilità visive, uditive o di altro tipo) • Sono resi disponibili materiali di consumo (fazzoletti, contenitori per rifiuti , disinfettante per le mani a base di alcol). • Le mascherine idonee sono disponibili al triage per i pazienti • E' stata pianificata la creazione di un'area per separare i pazienti sospetti. I pazienti rispettano i criteri di distanza e di separazione • L'addestramento del personale con adeguati processi per identificare rapidamente ed isolare i pazienti COVID 19 (domande da porre e azioni da intraprendere)		NE	Dipartimento Emergenza Urgenza Ufficio Comunicazione Approvvigionamenti Tecnico Patrimoniale	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.4.3	È stata definita una area designata, separata da altre aree di valutazione e triage cliniche (utilizzando i principi del distanziamento sociale) per l'ammissione di pazienti con possibile COVID-19. In assenza di uno spazio designato, viene fornito un sistema che consente ai pazienti di attendere ad es. all'esterno della struttura (se appropriato dal punto di vista medico) e di essere avvisati telefonicamente o con altri metodi remoti quando è il loro turno di essere valutati.		NE	Dipartimento Emergenza Urgenza	
3.4.5	Sono state individuate alternative al triage faccia a faccia. Un sistema di triage telefonico per stabilire idoneo percorso e l'ordine di priorità dei pazienti che richiedono una valutazione medica (vale a dire quei pazienti la cui gravità dei sintomi o il rischio di complicanze richiede di essere valutati da un operatore)		NE	Dipartimento Emergenza Urgenza	
3.4.6	Sono stati definiti dei criteri per dare priorità di accesso ai pazienti più critici		NE	Dipartimento Emergenza Urgenza	
3.4.7	È in atto un processo per garantire che, se il paziente viene trasportato all'interno della struttura, gli operatori sanitari nell'area ricevente siano informati in anticipo e per il coordinamento con i servizi medici di emergenza locali		NE	Dipartimento Emergenza Urgenza Direzioni Mediche	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.4.8	È in atto un processo a seguito dell'identificazione di un caso sospetto COVID-19 per includere: • Notifica immediata della direzione della struttura / controllo delle infezioni.(Mainf etcc) • Notifica al dipartimento di prevenzione subito dopo l'arrivo. • Un metodo per tracciare specificamente i ricoveri e le dimissioni di pazienti con COVID-19. • Un sistema di sorveglianza dei contatti dei casi indice			Coordinatore Unità di Crisi	

Accessi consentiti all'interno della struttura

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.5.1	I percorsi di accesso e circolazione dei visitatori all'interno della struttura sono stati rivisti e aggiornati negli ultimi 12 mesi		NE	Direzioni Mediche	
3.5.2	L'ospedale ha sviluppato piani e manifesti informativi agli ingressi della struttura che indicano ai visitatori di non entrare se hanno febbre o sintomi correlabili al COVID, e sono stati messi in atto dei sistemi di controllo della temperatura negli accessi ai servizi sanitari		NE	Ufficio Comunicazione	
3.5.3	L'ospedale ha definito criteri e protocolli per i visitatori, se permessi nella struttura o nelle stanze dei pazienti con sospetto o confermato COVID-19.		NE	Direzioni Mediche	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.5.4	Nel caso in cui vengano implementate restrizioni per i visitatori, l'ospedale ha un processo per consentire la comunicazione remota tra il paziente e il visitatore (ad es. Applicazioni di videochiamata su telefoni cellulari o tablet) e ha politiche che affrontano quando le restrizioni per i visitatori saranno revocate.		NE	Direzioni Mediche SITR	
3.5.5	Se i visitatori sono autorizzati ad entrare nella stanza di un paziente COVID-19 confermato o sospetto, la struttura dovrà: • Attuare una politica che definisca quali DPI devono essere utilizzati dai visitatori. • Fornire istruzioni ai visitatori prima che entrino nella stanza del paziente, sull'igiene delle mani, limitare i contatti con le superfici e sull'uso dei DPI secondo la politica attuale della struttura. • Mantenere un registro (ad es. Un registro con le informazioni di contatto) di tutti i visitatori che entrano ed escono dalla stanza. • Garantire che i visitatori limitino i loro movimenti all'interno della struttura (ad es. Evitare la mensa).		NE	Direzioni Mediche SITR	

Operatori sanitari

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.6.1	La struttura attua quanto previsto dalla normativa in merito al congedo per malattia dei dipendenti coerenti con le politiche di sanità pubblica che consentono al personale sanitario malato di rimanere a casa.			Risorse Umane	
3.6.2	La struttura segue le politiche e le procedure per il monitoraggio e la gestione degli operatori sanitari con potenziale esposizione a COVID-19,.			Prevenzione Protezione	
3.6.3	La struttura istruisce tutto il personale, inclusi fornitori , volontari e studenti, a monitorare regolarmente se stessi per la febbre e i sintomi di COVID-19, come parte della pratica di routine.			Prevenzione Protezione	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.6.4	La struttura ha istituito un processo /filtro per condurre controlli di sintomi e della temperatura prima dell'inizio del turno di operatori sanitari esposti asintomatici che non sono soggetti a restrizioni di lavoro	C		Direzioni Mediche SITR	
3.6.5	La struttura ha un processo per identificare e gestire gli operatori con febbre e sintomi da COVID-19.			Direzioni Mediche SITR	
3.6.6	La struttura ha un piano per monitorare l'assegnazione delle restrizioni al lavoro per gli operatori sanitari malati ed esposti			Direzioni Mediche SITR	
3.6.7	L'ospedale ha un processo per l'auditing dell'aderenza all'uso raccomandato dei DPI da parte degli operatori.		NE	Sistema Gestione Qualità	

Istruzione e formazione

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.7.1	L'ospedale ha in programma di fornire istruzione e formazione a operatori sanitari, pazienti e familiari dei pazienti per aiutarli a comprendere le implicazioni e le misure di prevenzione e controllo di base per COVID-19. Tutto il personale dovrebbe essere incluso nelle attività di istruzione e formazione.		NE	Ufficio Formazione	
3.7.2	Una persona o un team è stato designato con la responsabilità di coordinare l'istruzione e la formazione su COVID-19 (ad esempio, identifica e facilita l'accesso ai programmi disponibili, mantiene un registro delle presenze del personale).		NE	Ufficio Formazione	
3.7.3	Sono stati identificati materiali appropriati per integrare e supportare programmi di istruzione e formazione per operatori sanitari, pazienti e familiari di pazienti (ad esempio, attraverso le istituzioni o organizzazioni professionali),		NE	Ufficio Formazione	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.7.4	La struttura ha sviluppato piani e materiali per l'istruzione e la formazione specifica per l'operatore sanitario che includono informazioni sulle misure raccomandate di controllo delle infezioni per prevenire la diffusione di COVID-19, tra cui: • Segni e sintomi di COVID-19. • Come monitorare i pazienti per segni e sintomi di COVID-19. • Come proteggere i pazienti, i visitatori e gli operatori sanitari utilizzando le corrette pratiche di controllo delle infezioni, tra cui l'igiene delle mani, la selezione e l'uso dei DPI, inclusa la formazione "just in time" sulla selezione e l'uso corretto dei DPI (incluso vestizione e svestizione), con una dimostrazione obbligatoria di competenza. • Come pulire e disinfettare adeguatamente le superfici e le attrezzature ambientali • Stare a casa quando è malato. • Azioni consigliate per esposizioni non protette (ad es., Non utilizzando DPI raccomandati, un contatto infettivo non riconosciuto del paziente).		NE	Ufficio Formazione	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.7.5	La struttura ha un processo di audit per la valutazione della aderenza alle pratiche di igiene delle mani raccomandate, da parte del personale sanitario		NE	Sistema Gestione Qualità	
3.7.6	La struttura ha un piano per formare o certificare la formazione di operatori sanitari che provengono da altre sedi per fornire assistenza ai pazienti COVID 19 quando la struttura raggiunge una crisi di personale.		NE	Ufficio Formazione	

Servizi sanitari e piano di crisi

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.8.1	Il piano include strategie per mantenere la mission dell'ospedale e continuare a prendersi cura dei pazienti con malattie croniche (ad es. Emodialisi e servizi di infusione), donne che partoriscono, servizi di emergenza e altri tipi di cure non COVID-19 richieste.		NE	Direzione Sanitaria	
3.8.2	Il piano include strategie per aumentare la capacità di posti letto d'ospedale.		NE	Direzione Sanitaria	
3.8.3	Il piano comprende strategie per massimizzare il numero di personale disponibile per l'assistenza diretta al paziente.		NE	Direzione Sanitaria	
3.8.4	Il piano di *crisi* comprende strategie da utilizzare nei reparti di emergenza per mitigare le ondate e accogliere ulteriori pazienti. Strategie come triage alternativi, uso della telemedicina e call centre, possono essere considerati per diminuire il picco della struttura.		NE	Direzione Sanitaria	
3.8.5	Sono stati stabiliti accordi firmati con ospedali di area /rete e strutture di assistenza a lungo termine per accettare o ricevere pazienti non COVID-19 appropriati che necessitano di cure ospedaliere continue per ottimizzare l'utilizzo delle risorse di assistenza acuta per i pazienti gravemente malati.		NE	Direzione Sanitaria	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.8.6	È stato identificato uno spazio nella struttura o delle arre ben delimitate da aree non COVID che potrebbero essere adattate secondo le indicazioni normative per ampliare il numero di posti letto di degenza e queste informazioni sono state condivise con le istituzioni.		NE	Tecnico Patrimoniale	
3.8.7	Sono in atto piani seguendo criteri di gestione del rischio per aumentare la capacità di posti letto fisico (letti con personale), comprese le attrezzature, il personale addestrato e i prodotti farmaceutici necessari per trattare un paziente con COVID-19 (ad es. Ventilatori, ossigeno).		NE	Direzione Sanitaria	
3.8.8	Il supporto logistico è stato discusso con le istituzioni locali, e regionale per determinare il ruolo dell'ospedale nell'assetto di crisi , nell'organico e nella fornitura di presidi e nel funzionamento delle strutture di assistenza nella rete		NE	Direzione Strategica	
3.8.9	Sono stati sviluppati criteri per determinare quando annullare I ricoveri e gli interventi chirurgici e sono stati avviati percorsi di ripresa delle prestazioni secondo logiche di priorità e di valutazione di rischi mantenendo il livello di guardia per i letti destinati a pazienti COVID 19		NE	Direzione Sanitaria	
3.8.1.1	Sono stati discussi piani per spostare/modificare alcuni servizi sanitari e trasferendo pazienti al di fuori dall'ospedale, (ad es. l'assistenza domiciliare, degenze di sorveglianza, ecc...)		NE	Direzione Sanitaria Direzione Socio Sanitaria	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.8.1.2	Piani per l'avvio e l'espansione dell'uso di call center e telemedicina per essere in grado di rispondere ai pazienti senza contatto faccia a faccia. Questi piani includono la comunicazione con i pazienti su come accedere alla linea telefonica o ai servizi di telemedicina.		NE	Direzione Sanitaria Direzione Socio Sanitaria	
3.8.1.3	Sono state discusse questioni etiche riguardanti il modo in cui verranno prese le decisioni in caso di priorità e assegnazione dei servizi sanitari (ad es. Decisioni basate sulla probabilità di sopravvivenza).		NE	Rianimazione (Linee guida Società Italiana Anestesia e Rianimazione)	
3.8.1.4	È stata sviluppata una procedura per comunicare i cambiamenti nello stato dell'ospedale alle autorità sanitarie e al pubblico.		NE	Ufficio Comunicazione Bollettino periodico	
3.8.1.5	E' Stato predisposto un piano aggiornato nel tempo di individuazione delle aree non COVID per il mantenimento delle prestazioni di urgenza ed emergenza e per le prestazioni indicate da Regione, degli HUB interaziendali, dei servizi territoriali e degli ambulatori o punti prelievo necessari con indicazioni precise e relative precauzioni per utenti e operatori		NE	Direzione Sanitaria Direzione Socio Sanitaria	
3.8.1.6	Sono stati predisposti percorsi per aree a rischio con interventi anche strutturali		NE	Direzione Sanitaria Direzione Socio Sanitaria	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.8.1.7	**PERSONALE** è stato elaborato un piano di emergenza che identifica le esigenze minime di personale e dà la priorità ai servizi critici e non essenziali in base allo stato di salute dei pazienti, alle limitazioni funzionali, alle disabilità e alle operazioni essenziali della struttura.		NE	Direzione Sanitaria SITR	
3.8.1.8	A figure apicali è stata assegnata la responsabilità di condurre una valutazione giornaliera dello stato del personale e delle esigenze durante un focolaio di COVID-19.		NE	Direzioni Mediche SITR	
3.8.1.9	La determinazione dello stato di crisi del personale e' condivisa dalle istituzioni e congrua con la normativa valutando anche lo standard di risorse messe in campo nei servizi		NE	Risorse Umane	
3.8.1.10	Il piano di assunzione del personale nello stato di crisi e' coerente con normative e comprende strategie per far fronte alla diffusa carenza di personale sanitario e le indicazioni regionali e nazionali		NE	Risorse Umane	
3.8.1.11	E' stato approntato un sistema di supporto relazionale e/o psicologico rivolto al personale sanitario coinvolto nell'emergenza		NE	Psicologia Clinica	

3	Item / Obiettivo	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Responsabile	Scadenza
3.8.1.12	**PAZIENTI COVID 19:** è stato elaborato un piano di emergenza per gestire una crescente necessità di valutazioni post-mortem e spazi a disposizione dei pazienti deceduti.		NE	Anatomia Patologica Direzioni Mediche	
3.8.1.13	E' stata identificata una area nella struttura che potrebbe essere usata come camere mortuaria accessoria		NE	Tecnico Patrimoniale	
3.8.1.14	La camera mortuaria accessoria o gli spazi individuati sono condivisi con le istituzioni competenti.		NE	Coordinatore Unità di Crisi	
3.8.1.15	Viene condotto un audit clinico o analisi di casi rivolti ai decessi per COVID 19 e la valutazione dell'applicazione dei protocolli o indicazioni ad oggi disponibili		NE	Sistema Gestione Qualità	
3.8.1.16	E' stata messa in atto una strategia di supporto psicologico e /o relazionale ai familiari ed ai pazienti COVID facilitando la comunicazione dello stato di salute e delle prestazioni effettuate con particolare riguardo a quanti non avevano la possibilità di muoversi		NE	Psicologia Clinica	
3.8.1.17	I pazienti in trattamento erano informati della situazione emergenziale in atto e delle cure prestate in emergenza		NE	Direzioni Mediche	

Recapiti aziendali della UOC Qualità e Risk Management

Indirizzo postale:
Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
Direzione Generale
Unità Operativa Complessa Qualità e Risk Management
Via Santi Cosma e Damiano, 10 – 20871 Vimercate (MI)

Telefono: 039.6654618 ufficio
Telefono: 039.6654088 segreteria
Fax: 039.6654365
Sito internet: http://www.asst-brianza.it
E-mail aziendale: risk.management@asst-brianza.it

Il Risk Manager Aziendale
Dott. Roberto Agosti