



PIANO RISK MANAGEMENT

Anno 2022



Indice

Introduzione	3
La strategia aziendale per la gestione del rischio	3
Analisi del contesto	5
Contesto esterno	5
Contesto interno	5
Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA)	6
Analisi delle criticità e pianificazione degli interventi	7
Incident Reporting, Cadute, Eventi Sentinella, Trigger Neonatali	7
➤ Incident Reporting	7
➤ Caduta Pazienti	9
➤ Eventi sentinella	9
➤ Trigger Ostetrico-neonatali	10
Check list 2.0	10
Esiti della check list di verifica sull'applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura	10
Esiti della FMECA sul Processo di gestione dei tamponi per SARS-CoV-2	10
Esiti del CVS	11
Guida per il riscontro delle indicazioni per la gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)	11
Obiettivi 2022	12
Allegati	13
Recapiti aziendali della UOC Qualità e Risk Management	13



Introduzione

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)” con gli articoli 538 e 539, fornisce specifiche indicazioni sulla gestione del rischio nelle strutture sanitarie. La norma definisce che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema Sanitario Nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente. Per la realizzazione di tale obiettivo le Regioni dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), con compiti di attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari; rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario; assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture.

L'ASST Brianza, in risposta ai dettami normativi di livello nazionale e regionale (Circolare 46/SAN del 2004 di Regione Lombardia e delle successive linee guida attuative), ha istituito all'interno dell'Azienda una struttura organizzativa deputata alla gestione del rischio inserendola nella più ampia cornice di attività finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni in cui rientra l'importante aspetto della sicurezza delle cure.

La strategia aziendale per la gestione del rischio

Le principali linee di intervento nella gestione del Risk Management 2022 si esplicano in:

- Mantenimento e sviluppo dei metodi Incident Reporting all'interno di tutta la ASST.
- Implementazione e sviluppo dei metodi di analisi reattiva degli eventi avversi, con riferimento alla Root Cause Analysis, agli Audit Clinici secondo il metodo SEA.
- Integrazione e coordinamento delle iniziative di gestione del rischio con quelle degli altri uffici di staff e delle altre unità operative direttamente o indirettamente coinvolte nelle problematiche di gestione del rischio (Direzione Sanitaria, Direzioni Mediche di Presidio, SITRA, CIO, SPP, Farmacia, Tecnico - patrimoniale, Ingegneria clinica, Internal Auditing), attraverso la condivisione degli obiettivi e nel rispetto dei differenti metodi operativi.
- Consolidamento dell'integrazione delle funzioni del Risk Management e del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
- Analisi proattiva dei processi attraverso la metodologia FMECA.
- Progettazione e realizzazione di eventi di formazione del personale sanitario in merito alla gestione del rischio e all'uso dei metodi proattivi e reattivi.
- 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 funzioni con cui il Risk Manager si interfaccia e collabora per il raggiungimento degli obiettivi sono le strutture aziendali che gestiscono i principali processi trasversali:



Struttura	Processo	Afferenza
Qualità e Risk management	Gestione del rischio e qualità dei processi e delle cure	Direzione Generale
Servizio di Prevenzione e Protezione Medicina del Lavoro	Sicurezza degli Operatori	Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale
Servizi Informativi	Processi Informativi Aziendali	Direzione Generale
Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	Direzione Generale
Formazione	Formazione del personale	Direzione Generale
Ufficio Relazioni con il Pubblico	Relazioni con l'utenza	Direzione Generale
Gestione Operativa	Sale operatorie	Direzione Generale
SITRA e Direzioni Mediche Ospedaliere e Territoriali	Processi Clinico Assistenziali	Direzione Sanitaria Aziendale Direzione Socio - Sanitaria Aziendale
Direzioni Mediche Direzioni Mediche Ospedaliere e Territoriali	Documentazione sanitaria	Direzione Sanitaria Aziendale
Ingegneria Clinica	Gestione dispositivi e apparecchiature sanitarie	Direzione Sanitaria Aziendale
Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO)	Controllo Infezioni ospedaliere	Direzione Sanitaria Aziendale
Farmacia	Gestione del farmaco e dei presidi medico-chirurgici	Direzione Sanitaria Aziendale
Tecnico Patrimoniale	Gestione delle Strutture	Dipartimento Amministrativo
Affari Generali e Legali	Gestione delle problematiche legali e dei sinistri	Dipartimento Amministrativo
Approvvigionamenti	Approvvigionamento presidi e dispositivi	Dipartimento Amministrativo
Economico Finanziaria	Gestione amministrativa	Dipartimento Amministrativo
Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Dipartimento Amministrativo

Inoltre è imprescindibile l'interazione e il coinvolgimento di tutte le strutture cliniche aziendali affinché la gestione e la cultura del rischio siano capillarmente diffuse.

La ASST mantiene in essere il modello di gestione integrata del rischio, già adottato negli anni passati inteso come un sistema composto dalla UOC Qualità e Risk Management, dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR) e dal Comitato Valutazione Sinistri (CVS), che 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.

Al GCGR è composto dai responsabili delle aree già individuate nella Circolare 46 San 2006: Servizio Prevenzione Protezione, Ufficio Legale, Tecnico Patrimoniale, Qualità, Direzione Sanitaria, Direzione Infermieristica, Comunicazione con i cittadini, Farmacia, Ingegneria clinica.

La sua attuale composizione deve essere rivista e formalizzata.



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 2019.

Sul versante delle minacce presenti nel contesto esterno all'azienda, si deve considerare un crescente clima sociale di litigiosità dei cittadini nei confronti degli 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 pandemia da Covid-19 ha richiesto, in questi due anni, un estremo impegno di risorse, soprattutto di personale ed in termini organizzativi, impegno che ha avuto un impatto sulle altre attività della ASST.

Contesto interno

La Legge Regionale n. 23 del 30.12.2019 ha modificato gli ambiti territoriali, comprensivi delle relative strutture sanitarie e sociosanitarie, dell'ASST San Gerardo di Monza e dell'ASST di Vimercate prevedendo:

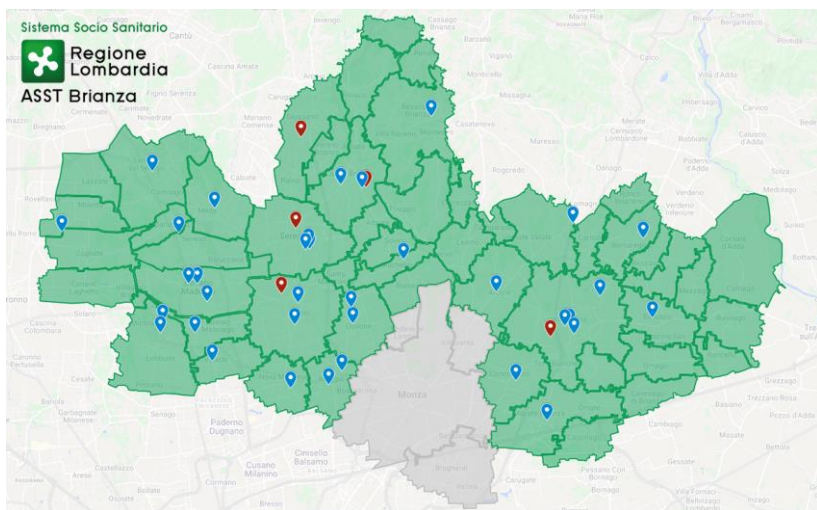
- l'istituzione della nuova ASST della Brianza, in sostituzione dell'ASST di Vimercate;
- l'affermamento, dalla ASST di Monza alla nuova ASST della Brianza, dell'ambito distrettuale di Desio che si aggiunge agli ambiti già di competenza della predetta ASST Vimercate.

Con l'approvazione della D.R.G. nr. XI/3952 del 30.11.2020, la nuova ASST Brianza è stata costituita a far data dall'1 gennaio 2021.

La nuova ASST della Brianza vede, in aggiunta ai comuni afferenti alla ex ASST di Vimercate, l'aggregazione dei comuni di Desio, Limbiate, Cesano Maderno, Bovisio Masciago, Varedo, Nova Milanese e Muggiò.

La neocostituita ASST della Brianza risulta costituita da un territorio molto esteso e articolato in numerose strutture.

L'affermamento dell'ambito territoriale di Desio ha richiesto una importante integrazione organizzativa e tecnologica.





La ASST Brianza eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti principali strutture:

- Nuovo Ospedale di Vimercate
- Ospedale Civile Vittorio Emanuele III - Carate Brianza
- Ospedale Trabattoni Ronzoni – Seregno
- Presidio Ospedaliero territoriale e Hospice: Ospedale Carlo Borella – Giussano
- Ospedale Pio XI di Desio
- Presidio Corberi di Limbiate
- RSD Beato Papa Giovanni XXIII di Limbiate
- N. 12 Ambulatori territoriali
- N. 16 Consultori Familiari
- N. 4 C.A.L.
- N. 4 C.P.S.
- N. 2 Ambulatori psichiatrici
- N. 5 Centri Diurni
- N. 8 Comunità Protette
- N. 2 Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza
- N. 10 U.O.N.P.I.A.
- N. 1 U.O.N.P.I.A. - Centro Diurno di Lissone
- N. 1 U.O.N.P.I.A. - Centro Diurno Adolescenti di Besana in Brianza
- N. 1 U.O.N.P.I.A. - Centro Residenziale Adolescenti di Besana in Brianza
- N. 2 NOA
- N. 1 SERT
- N. 1 SERD
- N. 1 Centro Diurno Disabili di Usmate Velate.

Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA)

Il NORMA è costituito da professionisti che collaborano con la funzione di Risk Management per il raggiungimento degli obiettivi. La strategia adottata nella ASST Brianza segue il modello inglese, ispirato a quello del National Health System (NHS), che prevede:

Ciclo operativo zero: presa in carico delle segnalazioni nel più breve tempo; il NORMA ha il compito di monitorare il data-base per verificare l'inserimento di nuove segnalazioni e inserire la notifica di presa in carico della segnalazione affinché il segnalante abbia consapevolezza che la propria segnalazione è andata a buon fine.

Ciclo operativo uno: verifica del contenuto delle nuove segnalazioni e indagine su quanto accaduto attraverso la raccolta di informazioni. Questa attività è attuata dal personale NORMA, in piena autonomia operativa, grazie alle competenze acquisite con le quali sono in grado di gestire le criticità rilevate dalle segnalazioni. Gli eventi di maggior gravità o che fanno emergere elementi di criticità vengono approfonditi con gli strumenti di Risk Assessment.

Ciclo operativo due: analisi i dati aggregati delle segnalazioni dai quali possono scaturire criticità di sistema che sono simili nei differenti contesti e quindi si possono identificare azioni correttive di sistema.



Ciclo operativo tre: implementazione di strumenti e metodi di gestione del rischio che hanno valenza prescrittiva in quanto suggeriti da organismi sovra aziendali quali, ad esempio, la Regione, il Ministero della Salute o altre organizzazioni scientifiche internazionali (OMS, JCI, NICE, CDC eccetera). In questo caso l'implementazione di tali strumenti rientra nella parte pro-attiva di gestione del rischio.

La nuova ASST della Brianza ha inoltre reso necessario un adeguamento del software per la segnalazione degli incident reporting

Analisi delle criticità e pianificazione degli interventi

Il biennio appena concluso ha visto un rallentamento delle attività di Risk Management per la necessità di gestire l'emergenza sanitaria da Covid-19. Inoltre il collocamento a riposo del precedente Risk Manager, nonché Direttore della UOC Qualità e Risk Management, ha visto un avvicendamento con un nuovo Direttore della UOC ad interim designato a luglio e un nuovo Risk Manager designato ad ottobre.

L'attività del NORMA è stata fortemente penalizzata dall'insorgenza dell'epidemia virale che ha richiamato tutti i membri del NORMA alle attività di propria competenza, sottraendo tempo e risorse alla gestione del rischio. Molti membri del NORMA hanno lasciato questa attività per collocamento a riposo o altre attività; inoltre le strutture afferite (Desio e territorio) non hanno ancora un referente NORMA.

Obiettivo 2022 è anche quello di rinforzare il gruppo NORMA attraverso l'identificazione di almeno due professionisti per dipartimento che entrino a fra parte del gruppo.

Per la definizione degli obiettivi 2022 è stata fatta una analisi dei dati disponibili, in particolare:

- Incident Reporting, Cadute, Eventi Sentinella, Trigger Neonatali
- Esiti della check list 2.0 effettuata nel 2019 in tutti i tre presidi ospedalieri;
- Esiti della check list di verifica sull'applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura;
- Esiti della FMECA sul Processo di gestione dei tamponi per SARS-CoV-2;
- Esiti del CVS.

Incident Reporting, Cadute, Eventi Sentinella, Trigger Neonatali

➤ Incident Reporting

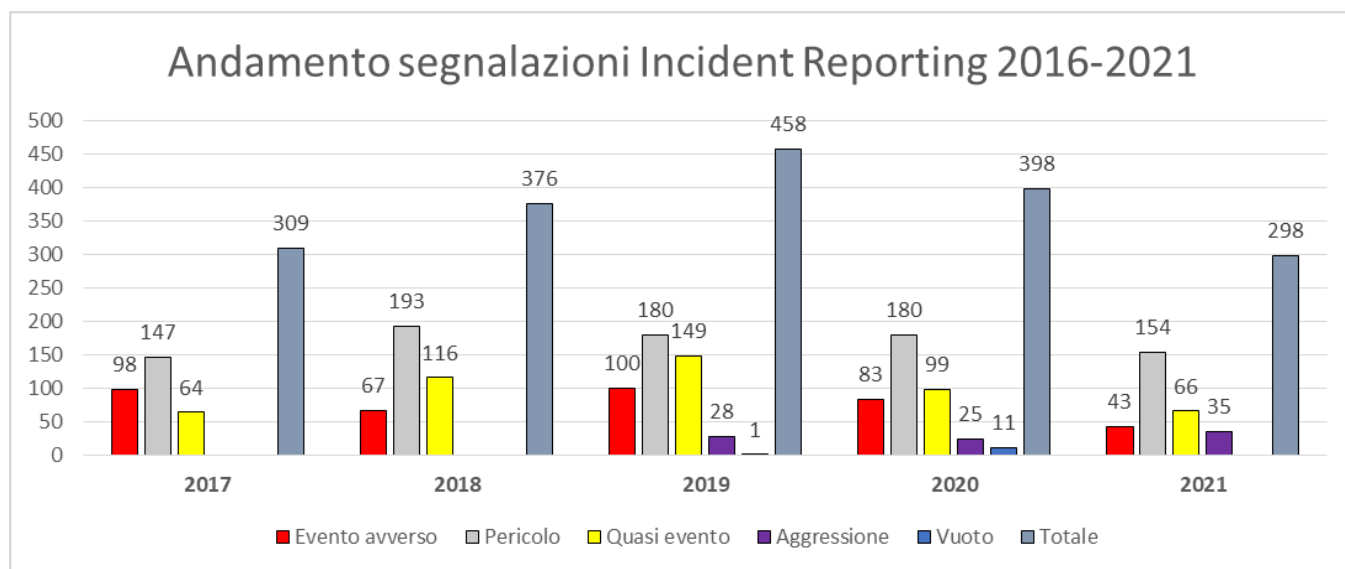
L'incident Reporting (IR) è un sistema strutturato di segnalazione anonima che può essere effettuata da qualsiasi operatore della ASST Brianza, attraverso un applicativo informatico dedicato. L'andamento delle segnalazioni può variare, non necessariamente perché vi è un aumento degli IR, ma è anche legato alla maggiore o minore cultura sulla sicurezza dell'organizzazione; pertanto un incremento degli IR non è necessariamente sintomo di un aumento degli stessi.

Gli IR sono rappresentati da:

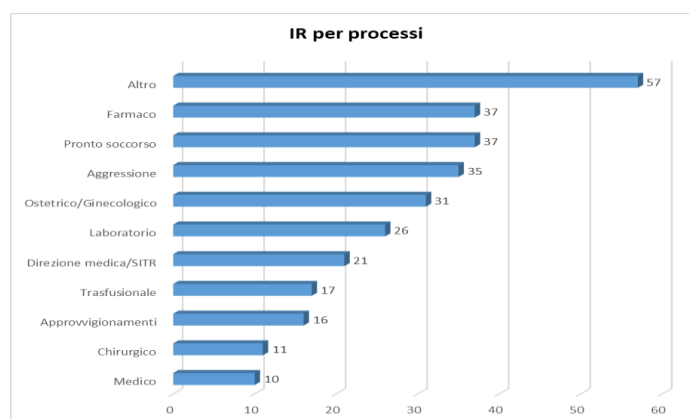
- Eventi Avversi, cioè eventi che hanno provocato un danno al paziente (da lieve a grave), Eventi Sentinella, se il danno è molto grave o ha portato a decesso;
- Quasi Eventi se vi è stato un errore intercettato e pertanto non si è verificato (Near Miss) o che non ha provocato nessun danno;
- Pericolo da intendersi come situazioni generiche che potrebbero svilupparsi e portare ad un Evento Avverso oppure Non Conformità relative ad aspetti amministrativi o tecnici.



L'andamento degli Incident Reporting ha registrato un calo nel 2021, nonostante vi sia stato l'affermamento dell'Ospedale di Desio e del territorio ad esso annesso. Le cause sono da ricercare nell'inserimento di un numero consistente di personale neoassunto di diverse professionalità che non è ancora stato formato sulla modalità e l'importanza della segnalazione degli Incident Reporting; inoltre il personale stabile ha risentito della stanchezza conseguente all'impegno estremamente intenso del periodo pandemico. Il feedback non sempre solerte da parte dei NORMA, impegnati su altri fronti, hanno contribuito alla riduzione delle segnalazioni.



L'analisi degli IR 2021 ha consentito di raggruppare le segnalazioni per processi aziendali identificati come sotto rappresentato.



Il processo maggiormente segnalato è relativo alla gestione del farmaco (37 segnalazioni) di cui il 59% sono quasi eventi, il 30% pericoli e l'11% (4 IR) sono eventi avversi.

Gli errori di somministrazione sono quelli più rappresentati (57%), seguiti da problemi di approvvigionamento (19%), di preparazione (11%) e prescrizione (11%).

Nella maggior parte dei casi gli eventi sono stati intercettati o non hanno causato esiti sui pazienti.



La complessità che caratterizza il Pronto Soccorso lo rende un processo suscettibile di IR.

In particolare i pericoli segnalati sono quelli relativi ai percorsi per i quali sono stati rivisti e adeguati i percorsi Covid/Covid free. I quasi eventi riguardano prevalentemente il trasferimento dei pazienti in caso di ricovero.

Le aggressioni verso gli operatori sono aumentate rispetto all'anno precedente; pur non essendo un processo sono state segnalate e identificate come una criticità.

La prevenzione delle aggressioni agli operatori è stata oggetto di un progetto di Risk Management che ha portato alla redazione di una scheda ad hoc per la segnalazione, in fase di implementazione, la distribuzione di poster in tutta la ASST, la redazione di una istruzione operativa e la strutturazione di un corso FAD (formazione a distanza) a supporto del personale e la somministrazione di un questionario agli operatori.

I fenomeni di aggressione sono sotto segnalati, come emerge dal questionario somministrato al personale. Il personale maggiormente oggetto di aggressione opera nelle Aree Psichiatriche e nei Pronto Soccorsi; il sesso femminile è quello maggiormente colpito, in accordo a quanto rilevato in letteratura.

L'area ostetrico-ginecologica ha segnalato nel sistema di IR anche 21 Trigger che hanno un loro sistema di segnalazione; pertanto gli IR reali sono 10.

Di questi i 5 eventi avverso hanno riguardato casi di iperpiressia post partum o intervento chirurgico; pur non essendo stata evidenziata una correlazione tra la febbre e l'igiene degli ambienti, sono state messe in atto azioni di miglioramento dei percorsi e igienizzazione dell'area di sala parto.

➤ Caduta Pazienti

Nel 2021 sono state effettuate 587 segnalazioni di caduta dei pazienti, distribuite negli Ospedali e nell'ambito territoriale della ASST Brianza.

Il 73% delle segnalazioni di caduta riporta una prognosi definitiva inferiore ai 3 giorni; di queste 366 sono di zero giorni (62% sul totale). È presente una elevata percentuale (25%) di cadute che non hanno una prognosi definitiva (in attesa di accertamenti) o non è stata inserita (vuoto), segno di un mancato aggiornamento della prognosi o dell'inserimento della stessa da parte dei segnalatori. Inoltre nella prognosi 0 c'è una quota di segnalazioni che richiedono un aggiornamento della prognosi poiché sono in attesa di accertamento pur avendo inserito una prognosi 0.

Dalla fine dell'anno è stato messo in atto un sistema di verifica mensile affinché venga sollecitato il segnalante alla chiusura delle prognosi e pertanto si auspica nel 2022 di avere dati più precisi.

Anche nei primi mesi dell'anno le cadute rappresentano l'IR più segnalato e in alcuni casi con esiti per i pazienti.

➤ Eventi sentinella

Nel corso del 2021 si è verificato un evento sentinella legato ad una caduta. Dall'esito dell'audit è emersa la necessità di ricostituire il GAD cadute con lo scopo di revisionare la procedura di prevenzione e gestione cadute ed ampliare il campo di applicazione a tutta la ASST della Brianza, e reintrodurre tutte le strategie di prevenzione delle cadute che all'oggi non sono più adottate (Check list ambientale, informativa a pazienti e familiari/accompagnatori, poster, formazione).

Un secondo Evento Sentinella avvenuto nel 2021 ma segnalato ed analizzato nel 2022 ha portato alla definizione di azioni di mitigazione del rischio specifiche per l'area ginecologica, in particolare la revisione del documento sulla prevenzione del rischio tromboembolico nell'area ginecologica e l'introduzione del monitoraggio dei liquidi negli interventi di resettoscopia.



➤ Trigger Ostetrico-neonatali

I trigger sono eventi avversi che necessitano approccio assistenziale avanzato e che potenzialmente mettono in pericolo la salute della madre o del bambino. Come per gli altri eventi critici possono dare alcun esito alla mamma o al bambino o possono essere trattati precocemente per evitare esiti avversi.

Sono stati registrati nel sistema CEDAP i trigger materno fetali secondo le tempistiche definite da Regione Lombardia.

L'analisi è stata semestrale per ogni punto nascita e annuale per tutta la ASST.

I risultati sono in linea con i dati di letteratura e i dati regionali.

I trigger che si sono maggiormente presentati sono stati oggetto di analisi dettagliata ed individuazione di azioni di mitigazione del rischio; in particolare le emorragie > 1500 ml, lacerazioni di 3° grado e la distocia di spalla sono state oggetto di formazione che verrà ripetuta nel 2022 al fine di consentire la partecipazione di tutto il personale.

I neonati non malformati ricoverati in Terapia Intensiva neonatale sono stati tutti presi in carico e trasferiti presso l'Hub di riferimento (Monza) con il sistema di trasporto protetto.

È in corso l'introduzione di un sistema di segnalazione dei Trigger neonatali tra le sale parto e le neonatologie dei tre presidi affinché venga mitigato il rischio di una mancata segnalazione degli stessi, dato emerso durante l'analisi dei dati.

Check list 2.0

La check list è stata utilizzata nel 2019 in tutti i tre presidi ospedalieri; presso il presidio di Desio è stata effettuata quando ancora faceva parte della ASST di Monza. I risultati in sintesi sono allegati al PARM.

Dall'analisi emergono alcune criticità sintetizzabili in:

Mancata applicazione del Time Out in sala emodinamica

Assenza procedura Dress Code in sala operatoria

Assenza procedura Marcatura del sito chirurgico a Vimercate-Carate (redatta nel 2020)

Non attivato il percorso Patient Blood Management

La procedura sulla profilassi antibiotica è molto datata (2013), parzialmente applicata a Desio.

Esiti della check list di verifica sull'applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura

La check list somministrata lo scorso anno ha messo in risalto ambiti di miglioramento che potranno essere implementati in modo graduale, previa definizione, diffusione e adozione della procedura sulla contenzione in tutta la ASST della Brianza.

Pertanto l'obiettivo prioritario è quello di definire una modalità appropriata di utilizzo e gestione della contenzione nel paziente psichiatrico, con l'intento di ridurre al minimo il suo utilizzo, garantire una valutazione costante del paziente ed una rimozione tempestiva della stessa.

Esiti della FMECA sul Processo di gestione dei tamponi per SARS-CoV-2

L'analisi del processo ha consentito di definire per la maggior parte delle attività individuate un "Rischio accettabile" poiché l'indice di rischio è risultato sotto 10. Alcune attività della fase analitica sono risultate a "Rischio basso"; per queste attività sono state individuate alcune azioni di mitigazione del rischio risultate non applicabili poiché richiedono una modifica del software, pertanto verrà messo in atto un monitoraggio costante.



L'analisi del processo ha consentito inoltre di mettere in luce alcune differenze tra i presidi in lacune fasi del processo. In particolare è emersa la disomogeneità nell'esecuzione dei tamponi rinofaringei, nel confezionamento e trasporto, nella prescrizione in caso di intervento chirurgico, nella prescrizione degli screening, nella visualizzazione del referto a garanzia di una tempestiva comunicazione di casi positivi, nella segnalazione sul sistema MAINF dei casi positivi e della gestione dei cluster.

Pertanto si ritiene auspicabile redigere un documento generale che definisca in maniera chiara ed univoca gli aspetti citati e che venga applicato in tutta la ASST; inoltre attraverso il supporto del sistema informativo, rendere più efficace ed efficiente la visione dei referti dei tamponi ed il tracciamento dei contatti in caso di cluster nei reparti di degenza.

Esiti del CVS

Alcuni sinistri discussi all'interno del CVS hanno fatto emergere la carenza di procedure in particolare riguardo la gestione dei beni dei pazienti, per cui le richieste di risarcimento sono in aumento.

Guida per il riscontro delle indicazioni per la gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)

Già nel 2020 e 2021 è stata utilizzata la guida per tracciare le attività messe in atto per fronteggiare l'emergenza pandemica da Covid-19.

Alla redazione hanno partecipato i responsabili delle strutture coinvolte affinché fosse puntuale la analisi e la rendicontazione di quanto messo in atto.

Gli obiettivi rimangono quelli definiti anche in questo momento storico di riduzione del fenomeno, pur essendo ancora presente, ed in particolare la gestione dei cluster diventa un imperativo per evitare o limitare la diffusione dell'infezione all'interno degli ospedali.

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.

Il piano per la gestione della emergenza COVID deve 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.



Obiettivi 2022

Sulla base delle Linee Operative di Risk Management in Sanità – Anno 2022, Protocollo G1.2022.0002966 del 13/01/2022, delle criticità riscontrate, dell'analisi dei dati sopradescritti, tenendo conto delle risorse attualmente disponibili e delle priorità concordate con la Direzione Aziendale e all'interno del GCGR, sono stati definiti gli obiettivi per la mitigazione del rischio che costituiscono il Piano Risk Management e gli obiettivi da assegnare alle strutture.

Inoltre come già previsto nelle linee operative Risk Management 2019, si intende proseguire con la strutturazione di progetti interaziendali con ATS Brianza, ASST Monza e ASST Lecco, che con atto formale, Delibera 654 del 25/9/2019, hanno costituito la Rete dei Risk Manager della ATS Brianza.

L'emergenza sanitaria ha reso difficoltosa la concretizzazione dei progetti, pertanto nel 2021 si intende dare seguito al progetto interaziendale "Implementazione Risk Buster" con lo scopo di condividere lo stesso strumento di segnalazione degli Incident Reporting, Cadute, Agiti aggressivi e Rischio Farmaci.

Tre obiettivi saranno presi in carico dal Risk Management come obiettivi specifici del PARM e declinati secondo le tabelle di dettaglio allegate (Allegati 1-1, 1-2, 1-3).

Obiettivo 2022	Origine
Prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero e territoriale ASST Brianza (PARM allegato 1-1)	Evento sentinella
Progetto interaziendale RISK BUSTER (PARM allegato 1-2)	Rete interaziendale RM ATS Brianza
Implementazione Raccomandazione 19 (PARM allegato 1-3)	Raccomandazione ministeriale
Compilazione Check list Processi decisionali per la Gestione dell'emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)	Linee operative RM
FMECA Processo tamponi per SARS-CoV-2-Aggiornamento	Linee Operative RM
Redazione procedura contenzione	Regione Lombardia
Redazione procedura gestione farmacologica del paziente con agitazione psicomotoria/delirium	Evento sentinella
Revisione procedura contenzione strutture NON psichiatriche e informatizzazione modulo di prescrizione/sorveglianza (2022-2023)	Evento sentinella
Implementazione procedura gestione dei beni dei pazienti	Sinistri/CVS
Aggiornamento doc profilassi antibiotica (doc 2013)	Esiti Check list 2.0
Redazione procedura profilassi antitrombotica	Manca documento aziendale/ Evento Sentinella
Audit a campione sul processo trasfusionale (bed side)	Evento sentinella 2019
FMECA su procreazione medicalmente assistita	Incident reporting
Revisione procedura raccolta, conservazione e invio del campione biologico	Procedura datata/da uniformare tra i presidi
Revisione procedura comunicazione valori critici	Procedura datata/da uniformare tra i presidi
Audit 20 cartelle sepsi	Linee operative RM

Obiettivo 2022	Origine
Conclusione procedura gestione Cluster da Covid-19	Regione Lombardia 2021
Redazione procedura gestione tamponi Covid	Esiti FMECA tamponi Covid-19
Aggiornamento procedura Triage	Regione Lombardia
Aggiornamento procedure MET (Medical Emergency Team)	Incident reporting Procedura datata
Gestione emergenze sanitarie strutture territoriali	Mancanza procedura
Procedura gestione paziente pediatrico in emergenza	Incident reporting
Time out procedure invasive	Esiti Check list 2.0
Introduzione monitoraggio liquidi e revisione cartella inf. sala operatoria	Evento sentinella

Allegati

Allegato 1-1: Progetto Prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero e territoriale ASST Brianza

Allegato 1-2: Progetto Interaziendale Risk Buster

Allegato 1-3: Progetto Implementazione Raccomandazione 19

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 (MB)

Telefono: 039.6654088 ufficio

Telefono: 039.6654382 segreteria

Sito internet: <http://www.asst-brianza.it>

E-mail aziendale: risk.management@asst-brianza.it

Il Risk Manager Aziendale
Dott.ssa Laura Monguzzi