

VERBALE DI DELIBERAZIONE N.

Direzione Medica dei Presidi

Il Responsabile del procedimento: Maria Lidia Sinatra

**VERBALE DI DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE**

Il giorno _____ presso la sede legale, il Direttore Generale nella persona del Dott. Germano Maria Uberto Pellegata ha adottato la seguente deliberazione.

OGGETTO: PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2021

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Maurizia Ficarelli

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Roberto Sfogliarini

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Dott. Pier Mauro Sala

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

La LR 30.12. 2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";

La DGR n. X/4496 del 10.12.2015 con la quale è stata disposta la costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema;

La DGR n. XI/1081 del 17.12.2018 di nomina del Dr. Germano Pellegata quale Direttore Generale della ASST di Crema;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

RICHIAMATI i provvedimenti con i quali la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha definito la strategia, le modalità operative e le linee di intervento finalizzate ad implementare la funzione di Risk Management nelle aziende sanitarie lombarde (Circolare n. 46/SAN/2004, *Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario*, e successivi aggiornamenti), ed in particolare le Linee Operative Risk Management in Sanità anno 2021, di cui alla nota prot. G1.2021.0002680 del 19/01/2021, relative alla programmazione delle attività da sviluppare per l'anno 2021;

RICHIAMATA la Delibera della Corte dei Conti n. 18/SEZAUT/2020/INPR del 7/10/2020 concernente le Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19;

VISTA la DGR n. XI/4508 del 01/04/2021 inerente le determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021;

RICHIAMATA la Legge n. 24/2017 inerente le disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

DATO ATTO che le Linee Operative regionali per l'anno 2021 prevedono, tra i vari adempimenti, la definizione, approvazione ed adozione del Piano annuale di Risk Management aziendale, con individuazione di specifici progetti operativi, entro il termine del 30/04/2021;

VISTO il Piano di Risk Management 2021 predisposto dal Risk Manager, in cui, avendo considerato il profilo di rischio aziendale sulla base del quadro pandemico attuale, e sulla base della valutazione integrata di dati e informazioni derivanti da essa, da eventi, segnalazioni, reclami, contenziosi e dati degli indicatori, vengono declinate le attività pianificate per l'anno 2021 per lo sviluppo e mantenimento di un sistema di gestione del rischio;

RITENUTO di approvare ed adottare il Piano Annuale di Risk Management dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema per l'anno 2021, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Responsabile della UO Risk Management che ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento;

DATO ATTO altresì che il presente provvedimento non comporta oneri per l'Azienda;

ACQUISITA l'attestazione da parte del Responsabile dell'UOC Programmazione Bilancio e Contabilità;

ACQUISITO il parere del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per quanto di competenza così come previsto dall'art.3 del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni;

DELIBERA

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1. di approvare e adottare il Piano Annuale di Risk Management 2021, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;

2. di prendere atto che il Piano Annuale di Risk Management 2021 è stato sviluppato in conformità alle Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2021, di cui alla nota prot. G1.2021.0002680 del 19/01/2021, esplicitando:

- la strategia che l'Azienda intende perseguire, con evidenza della relazione tra l'andamento del rischio e della sinistrosità dell'ultimo triennio e le linee di intervento individuate;

- gli obiettivi strategici, le azioni di miglioramento e i risultati attesi;

- i progetti operativi da attuare in corso d'anno, con relativi step metodologici, cronoprogramma ed output attesi;

- gli eventi formativi aziendali programmati in tema di risk management e sicurezza;

3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per l'Azienda;

4. di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e alle Unità Operative e Servizi aziendali interessati.

Parere favorevole:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

F.to Dott. Maurizia Ficarelli

IL DIRETTORE SANITARIO

F.to Dott. Roberto Sfogliarini

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

F.to Dott. Pier Mauro Sala

IL DIRETTORE GENERALE

F.to Dott. Germano Maria Uberto Pellegata

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

P.A.R.M. 2021

Piano Annuale di Settore del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione PIMO
DGR n°XI/2700 del 23/12/2019 "Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020-2022"

Documento elaborato da:
Risk Manager Maria Lidia Sinatra
Ufficio Qualità

Aprile 2021

Validato da:
Direttore Sanitario
Quality Manager e Responsabile
Aziendale PIMO
Roberto Sfogliarini

Approvato da:
Direzione Generale

Indice

1. PREMESSA	3
1.1 ANALISI DI CONTESTO	3
1.2 ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT 2021	4
PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2.....	4
PARTE II – ATTIVITA' ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT	5
Strategia	5
2. LINEE DI INTERVENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE AREE A RISCHIO.....	6
Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche.	6
Trend degli eventi avversi e near miss.....	6
Trend segnalazioni delle Cadute.....	9
3. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI: STATO DI AVANZAMENTO	13
4. LINEE DI INTERVENTO AVVIATE NEGLI ANNI PRECEDENTI.....	13
5. IL PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE	14
6. SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE QUALITA'E SICUREZZA	14
7. ATTIVITÀ COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)	14
8. PROMOZIONE PROCESSO ASCOLTO E MEDIAZIONE DEI CONFLITTI.....	15
9. EVENTI FORMATIVI	15
10. RIFERIMENTI NORMATIVI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO	15
ALLEGATI.....	16

1. PREMESSA

1.1 ANALISI DI CONTESTO

L'emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus SARS CoV-2 ha profondamente ridisegnato le attività dell'ASST di Crema sia in termini organizzativi che assistenziali.

La prima fase della pandemia è stata caratterizzata dall'adozione di immediate misure organizzative idonee a potenziare l'offerta sanitaria di posti letto per pazienti con polmonite da SARS CoV-2 e l'attuazione di misure contenitive volte a contrastare la diffusione del virus.

Al fine di far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID-19, la nostra Azienda ha disposto la sospensione di tutte le attività chirurgiche e ambulatoriali specialistiche non urgenti.

Con l'emissione del DPCM 26 aprile 2020, vista l'evoluzione del quadro epidemiologico, l'Azienda ha definito un Piano complessivo di riavvio delle attività per il graduale recupero delle attività posticipate con particolare riferimento all'attività chirurgica.

A tal proposito, sono state emesse IO e Protocolli conformi agli indirizzi normativi nazionali e regionali permettendo lo svolgimento in sicurezza delle attività sanitarie stesse e la prevenzione della diffusione del Coronavirus.

La distribuzione mensile degli Interventi chirurgici per l'anno 2020 evidenzia una drastica riduzione dell'attività programmata per i mesi marzo – aprile e ed una ripresa graduale di tutte le attività in coerenza alle disposizioni regionali a partire dal mese di giugno con un incremento nei mesi di settembre – ottobre.

Anche l'attività ambulatoriale ha subito una riduzione della produzione rispetto all'anno 2019, evidente nel mese di febbraio del 2020 ed una graduale ripresa dal mese di maggio con massimo incremento nei mesi di settembre – ottobre.

Nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2020 si è assistito ad un progressivo aumento dei casi Covid e quindi ad una recrudescenza dell'epidemia di Coronavirus SARS-COV-2 mantenendo, comunque, l'attività sanitaria urgente improcrastinabile.

A sostegno dell'incremento dei casi si riscontra nel mese di novembre una percentuale di pazienti Covid sul totale pari al 24,4% (mese di ottobre 2,7%).

La gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in questa fase, caratterizzata anche dalla diffusione della varianti del virus, ha imposto la necessità di modificare gli assetti organizzativi dell'ospedale e la contemporanea adozione urgente di misure di contenimento per la prevenzione/mitigazione del rischio infettivo.

Inoltre, l'ASST di Crema il 27 dicembre 2020 ha avviato la campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 seguendo le modalità previste da Regione; la prima fase della campagna è stata riservata agli operatori sanitari, al personale di soccorso dell'Emergenza Urgenza, agli operatori sanitari e sociosanitari delle RSA e ai loro ospiti e la seconda fase, iniziata il 15 febbraio 2021, per i cittadini del territorio che hanno più di 80 anni. A tutt'oggi, l'attività vaccinale è attiva anche ai soggetti dai 65 ai 79 anni e soggetti con elevata fragilità e grave disabilità.

Pertanto sinteticamente, l'Azienda è attualmente impegnata su due fronti:

1. la gestione della 3° ondata dell'emergenza epidemiologica da SARS CoV-2, che ha comportato l'attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 3264 del 16/6/2020 "Piano di riordino della rete ospedaliera:attuazione dell'Art.2 del D.L.34/2020", passando progressivamente da un assetto organizzativo di livello 1 ai livelli superiori 4 con un forte impegno ospedaliero nel garantire le migliori cure a disposizione a tutti i pazienti;
2. l'attività vaccinale anti SARS CoV-2 (pazienti fragili e non autosufficienti e la somministrazione del vaccino a domicilio).

Per far fronte alle contingenti esigenze del territorio regionale e considerato il perdurare dell'emergenza epidemiologica dovuto all'incremento sostanziale del numero e della percentuale di casi variante di SARS-CoV-2 e la necessità di completare

la campagna di vaccinazione anti SARS CoV-2, risulta indispensabile e necessario il mantenimento del consolidato modello organizzativo aziendale di tipo flessibile per la gestione di tutti i processi ospedalieri in sicurezza.

1.2 ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT 2021

Visto il contesto epidemiologico in continua evoluzione e la complessità dell'assetto organizzativo conseguente, si è reso necessario mantenere orientato il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure ad un livello strategico di responsabilità con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

L'emergenza pandemica da SARS-COV-2 ha condizionato in maniera sostanziale l'attività del Risk Management che, come già descritto nel "PIANO DI RISK MANAGEMENT 2020 - Relazione Conclusiva Annuale", num. prot. 0002392 del 29/01/2021, è stata orientata a supportare la Direzione Strategica nella gestione della Pandemia da Covid-19 attivando misure efficaci di prevenzione e protezione con l'obiettivo primario di garantire le condizioni di sicurezza ai pazienti e a tutti gli operatori, indipendentemente dall'ambito professionale, il setting assistenziale.

Le attività di Risk Management, governate e coordinate dalla Direzione Strategica Aziendale con il supporto tecnico dell'Unità di Crisi, mantenendo una logica di valutazione del rischio e di sviluppo di una metodologia a supporto dei processi decisionali, saranno indirizzate anche per l'anno 2021, su progetti legati alla sicurezza delle cure ospedaliere, che tengano conto di un'analisi specifica del rischio derivante attuale contesto pandemico, nonché della gestione sicura del processo vaccinale in ottemperanza al Piano Regionale vaccini per la prevenzione delle Infezioni da SARS-COV 2.

Il presente Piano di gestione di Risk Management è stato redatto tenendo conto delle indicazioni operative di Regione Lombardia, "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2021" (nota protocollo G1.2021.0002680 del 19/01/2021) e sulla base di quanto già indicato nella nota Protocollo G1.2020.0018792 del 30/04/2020 di Regione Lombardia.

E' strutturato in due parti:

- PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2, attività di gestione del rischio clinico in ambito di tematica di lotta al contrasto al COVID-19;
- PARTE II – ATTIVITA'ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT.

Si fa presente, che l'attività del Piano di Risk Management terrà conto anche di quanto indicato nella Delibera del 7 ottobre 2020 della Corte dei conti "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19" (Delibera n. 18/SEZAUT/2020/INPR) pubblicata in GU n.280 del 10-11-2020, con particolare riferimento al capitolo 2.5.3 del documento medesimo, ovvero sulla gestione del rischio sanitario in conseguenza del COVID-19.

Per la rendicontazione proseguirà inoltre l'utilizzo della check list, "Guida per il riscontro delle Indicazioni per la gestione della emergenza COVID-19" (check list ALL.3 Linee Operative di Regione Lombardia), accompagnata da un Rapporto finale che includa gli items oggetto di monitoraggio ed i progetti correlati (ALL. TI 1 e 2 del presente Piano).

PARTE I – GESTIONE EMERGENZA SARS-COV-2

In considerazione dell'emergenza pandemica da SARS COV-2 ancora in atto e in conformità alle indicazioni regionali contenute nelle Linee Operative Risk Management in Sanità – anno 2021, maggiore attenzione verrà posta ai seguenti ambiti di attività di contrasto al COVID-19 all'interno della ASST :

1. soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro) ;
2. riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti ;

3. 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 ;
4. 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 ;
5. interventi strutturali messi in atto ;
6. approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI e gel antisettico per mani ,
7. gestione delle riaperture dei servizi rivolti a pazienti non COVID e mantenimento nel tempo dei servizi di emergenza ;
8. percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (triage differenziati, e suddivisione reparti COVID e non COVID, aree filtro per la vestizione e svestizione, ecc...) e loro monitoraggio e piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici ;
9. analisi dell'andamento nel tempo dei casi COVID positivi, analisi dei ricoveri e delle dimissioni e dei posti messi a disposizione per l'emergenza;
10. gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19 rivolti al personale e agli utenti ;
11. progettualità formativa per il personale sanitario e di supporto ;
12. la sorveglianza sanitaria del personale e dei DPI;
13. il supporto relazionale psicologico degli operatori e dei pazienti.

Come da Linee guida Regionali e tenendo conto anche della DGR 4508/2021 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021", si ritiene opportuno proporre nuovi progetti operativi sulle seguenti tematiche:

- *gestione delle vaccinazioni anti COVID-19 (organizzazione delle sedute vaccinali, rilevazione ed analisi delle reazioni vaccinali, gestione della catena del freddo, formazione del personale, ecc...);*
- *"gestione dei cluster epidemici in aree non Covid", attinente alla sicurezza nella gestione della Pandemia in contesto ospedaliero".*

Lo sviluppo dei nuovi Progetti verrà presentato nelle schede allegate, che costituiscono parte integrante del presente Piano. Per la rendicontazione proseguirà inoltre l'utilizzo della check list, allegata alle Linee Guida Regionali 2021 "Guida per il riscontro delle indicazioni per la gestione dell'emergenza Covid-19" (check list ALL.4), accompagnata da un Rapporto finale che includa gli items oggetto di monitoraggio e i progetti correlati (ALL.TI 1 e 2).

PARTE II – ATTIVITA' ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT

Strategia

La ASST di CREMA persegue da anni l'obiettivo del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure e dei processi, sviluppando politiche in tema di risk management e realizzando i Piani annuali predisposti. Ne danno evidenza le rendicontazioni annuali prodotte nel tempo.

Il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato designato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo, per *"favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, ... sintetizzando le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione"* (DGR n. IX/1185 del 20.12.2013).

Con deliberazione del DG n.187 del 11.05.2018 è stato approvato il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) per il triennio 2018-2020.

Ai sensi della DGR n° XI/ 2700 del 23/12/2019 "Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020 – 2022", nell'anno 2021 si proseguirà alla pianificazione e la realizzazione delle attività previste.

La ASST di Crema è da tempo strutturata verso questo percorso di gestione del miglioramento, anche mediante uno step di valutazione intermedio, rappresentato dal Quality Report, finalizzato a monitorare lo stato di avanzamento del PIMO; nel Quality Report sono quindi disponibili informazioni utili che evidenziano i risultati ottenuti dalla Struttura, come elementi di valutazione in ingresso, ai fini della predisposizione del Piano di Risk Management 2021.

In linea con i requisiti previsti nel DM n. 70 del 2 aprile 2015 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* l’ASST di Crema concorre a garantire gli obiettivi assistenziali secondo i principi della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza, di centralità del paziente e umanizzazione delle cure e dispone di consolidate procedure generali e organizzative, tra le quali:

- sistema di segnalazione degli eventi avversi e near miss (Incident Reporting);
- gestione del Rischio Clinico; trattamento delle non conformità; gestione del miglioramento mediante azioni correttive e preventive;
- prevenzione degli errori di: identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (Check-list di sala operatoria) e scheda unica di terapia e di riconciliazione della terapia farmacologica;
- prevenzione delle infezioni mediante sistemi di segnalazione delle infezioni correlate all’assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l’adeguatezza e l’efficienza dell’attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani.

2. LINEE DI INTERVENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE AREE A RISCHIO.

Di seguito si esplicita il percorso metodologico adottato per elaborare il presente PARM.

Dall’analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche.

Per la elaborazione del Piano di Risk Management sono stati analizzati i risultati provenienti dalle diverse fonti informative presenti in Azienda:

- segnalazioni spontanee (Incident Reporting),
- sinistri,
- reclami,
- customer satisfaction ,
- check list di autovalutazione regionale ,
- fonti esterne regionali e del Ministero della Salute.

FLUSSI, SEGNALAZIONI E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI

Trend degli eventi avversi e near miss

Nella **tabella n. 1** sono a confronto le segnalazioni spontanee e i near miss dell’ultimo triennio (2018/2019/2020), nella **n. 1a** suddivise per categorie di evento o macroaree individuate in coerenza con gli esempi disponibili in letteratura e con il *“Protocollo Monitoraggio Eventi Sentinella, Ministero della Salute anno 2009”*, raccolti nel documento interno *“Lista eventi sentinella e categorie eventi per incident reporting”* Rev. 04 del 20.5.2010.

Da Gennaio 2018 il data-base degli incident reporting della nostra Azienda è stato riformulato con ulteriori categorie di evento, oltre agli eventi sentinella già presenti; tali categorie di evento sono state suddivise per Macroaree al fine di semplificare il sistema di aggregazione dei dati; ad ogni Macroarea sono correlate le possibili *“causazioni”* dell’evento mediante un codice identificativo ed un sistema di classificazione dettagliato in conformità con le indicazioni Ministeriali [*Ministero della Salute – dipartimento della Qualità. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione tecnica sul rischio clinico (DM 5 marzo 2003)*]. Tale sistema di classificazione è omogeneo rispetto alla tassonomia utilizzata dal Broker

Regionale AON e aderente alle raccomandazioni riportate nel rapporto dei "Sistemi di segnalazione e analisi degli incidenti in materia di sicurezza dei pazienti in tutta Europa".

L'analisi dell'evento è necessaria per identificare i fattori causali e/o contribuenti ed è utile ad individuare le azioni a tutela della salute pubblica e a garanzia della sicurezza del sistema sanitario.

Si riassumono di seguito i risultati delle principali fonti disponibili:

SEGNALAZIONI SPONTANEE – tabella n. 1

Categorie delle segnalazioni spontanee (eventi e "near miss")	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
TOTALE SEGNALAZIONI	378	363	232
CADUTE	193	174	136
EVENTI NEAR MISS	4	1	16
EVENTI	181	188	80
TOTALE EVENTI (escluso cadute)	185	189	96

tabella n. 1a

categoria di evento	anno 2020	
	n°	%
CADUTE	136	35,98%
ERRORE DI PROCEDURA / PDTA	33	8,73%
ERRORE DI PREVENZIONE	19	5,03%
ERRORE NELLA COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	10	2,65%
ERRORI NELLA TEMPISTICA	8	2,12%
ERRORE DIAGNOSTICO	6	1,59%
MATERIALE DIFETTOSO - ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	4	1,06%
ERRORE TERAPEUTICO	4	1,06%
FUGA DI PAZIENTE	3	0,80%
DANNEGGIAMENTO PERSONE	3	0,79%
AGGRESSIONE	2	0,53%
NON IDENTIFICATO - ALTRO	2	0,53%
PERDITE ECONOMICHE	1	0,27%
EVENTO SENTINELLA	1	0,26%

LE CAUSE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI QUASI EVENTI (ESCLUSE LE CADUTE)

L'analisi eseguita sulla casistica di eventi avversi e quasi eventi segnalati, escluse le cadute, ha portato alla definizione delle cause che li ha generati (causazioni). Nella tabella n. 2 sono rappresentate in ordine di frequenza le aree (categorie eventi) e i processi coinvolti nelle cause delle segnalazioni spontanee.

Tabella n. 2

CATEGORIE EVENTI	N° tot	%	Causazione	n° x causazione
ERRORE PROCEDURA / PDTA	33	34,38%	Errore nella esecuzione della procedura/PDTA	29
			Errore nella scelta della procedura/PDTA	4
ERRORE DI PREVENZIONE	19	19,79%	Mancate verifiche/mancata comunicazione rischi procedura pre-procedura o terapia	6
			Inadeguata/Mancata identificazione paziente	5
			Scambio paziente/materiale/provette/refereti per inadeguata identificazione	4
			Mancata/ritardata procedura/profilassi chirurgica o terapeutica	2
			Mancato accudimento (minori, anziani) con conseguente abbandono del reparto	1
			Mancata supervisione paziente	1
ERRORI DI COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	10	10,42%	Inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario	3
			Documentazione assente	2
			Mancato o inadeguato raccordo anamnestico	2
			Documentazione insufficiente	1
			Mancata compilazione dell'informativa relativa al consenso	1
			Scambio paziente/materiale/provette/refereti per inadeguata identificazione	1
ERRORI NELLA TEMPISTICA	8	8,33%	Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici	5
			Ritardo nel trattamento farmacologico	2
			Ritardata diagnosi/trattamento/indicazione	1
ERRORE DIAGNOSTICO	6	6,25%	Ritardata diagnosi	2
			Procedure terapeutiche invasive	1
			Errata diagnosi	1
			Attività diagnostica non eseguita	1
			Attività diagnostica programmata ma non eseguite	1
MATERIALE DIFETTOSO	4	4,17%	Uso in condizioni non appropriate	2
ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE			Inadeguatezza del supporto tecnologico	2
ERRORE TERAPEUTICO	4	4,17%	Errore nelle fasi di prescrizione, trascrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione	2
			Errore nella performance della procedura terapeutica	2
FUGA DI PAZIENTE	3	3,13%	Mancata supervisione del pz psichiatrico	2
			Mancata supervisione del pz psichiatrico	2
DANNEGGIAMENTO A PERSONE	3	3,13%	Non adeguata manutenzione-segnalazione	3
AGGRESSIONE	2	2,08%	Azione volontaria (paziente non psichiatrico)	1
			Azione volontaria di altra utenza	1
NON IDENTIFICATO -ALTRO	2	2,08%	Altro	2
PERDITE ECONOMICHE	1	1,04%		1
EVENUTO SENTINELLA	1	1,04%	Suicidio o tentato suicidio di pz in ospedaleO	1

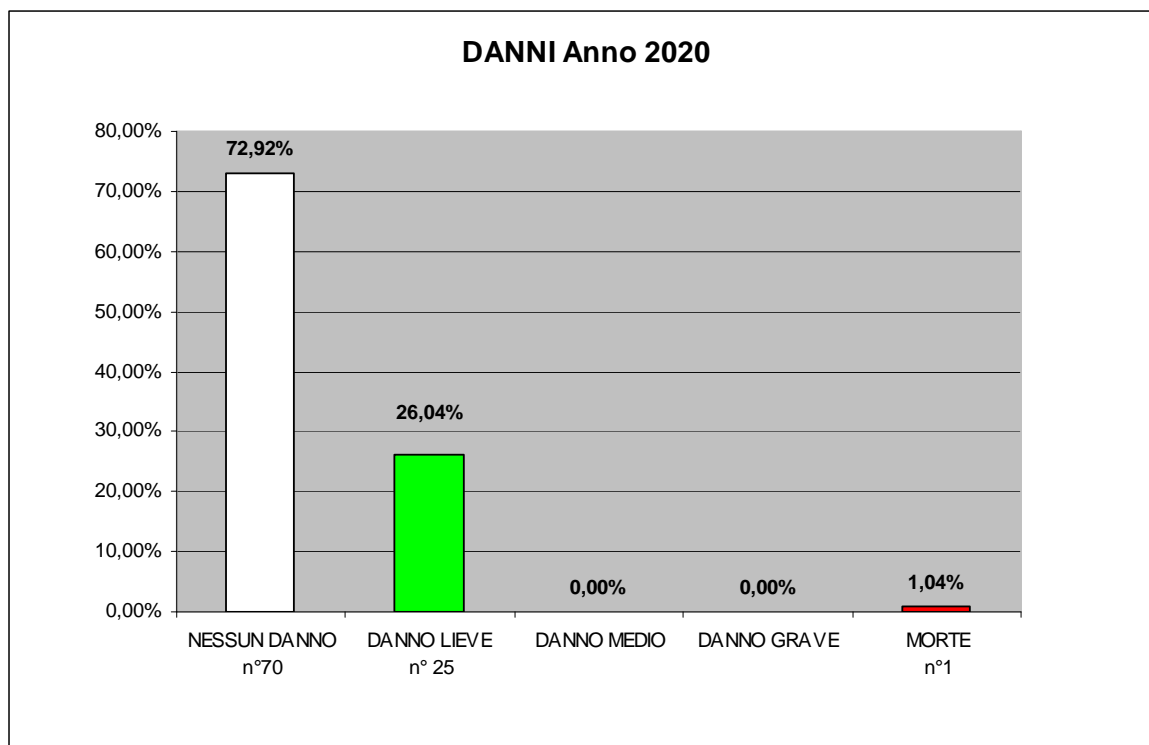
L'analisi della casistica delle segnalazioni spontanee dell'ultimo anno evidenzia **tre aree di maggiore rischio in ordine di prevalenza:**

- **ERRORI DI PREVENZIONE (24,86%)** ed in particolare: mancate verifiche/mancata comunicazione rischi procedura pre-procedura o terapia; mancata/ritardata procedura/profilassi chirurgica o terapeutica.
- **ERRORI DI COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (22,70%)**, prevalentemente caratterizzata da: inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario; documentazione assente.
- **ERRORI NELLA TEMPISTICA (14,05%):** ritardata diagnosi/trattamento/indicazione; altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici.

Si rileva che tra il numero totale degli eventi dell'anno 2020 (n. 96 escluso le CADUTE), in n.70 casi non si è determinato alcun danno per il paziente, mentre in n.25 casi si è verificato un danno di grado LIEVE.

Nel'anno 2020 è verificato n.1 EVENTO ENTINELLA "SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE" che ha comportato la MORTE.

Grafico 1 Danni riportati dagli eventi "non cadute"



Coerenti azioni

Sulla base di tali dati presentati, per il 2021 si confermano gli elementi del piano di risk management e gestione COVID-19 perseguiti nel 2020 con l'obiettivo primario di garantire le condizioni di sicurezza ai pazienti e a tutti gli operatori, indipendentemente dall'ambito professionale, il setting assistenziale, trasmettendo indicazioni chiare e puntuali di prevenzione e protezione.

Elementi cardine per prevenire il rischio di diffusione del virus SARS-CoV-2:

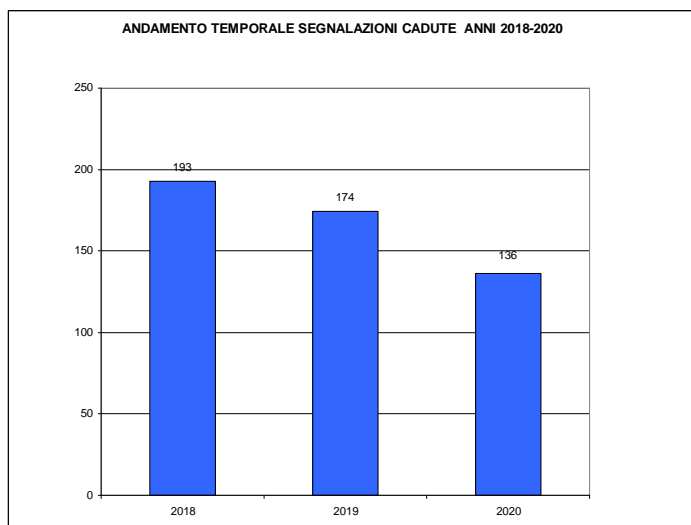
1. misure di Prevenzione generali;
2. definizione dei percorsi interni ed esterni;
3. controllo dei flussi e regolamentazione degli accessi.

Trend segnalazioni delle Cadute

Per quanto riguarda l'evento "cadute" oltre a proseguire la verifica della presenza della scheda di valutazione e rivalutazione del rischio all'interno delle cartelle cliniche, è stata attuata una attenta valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto a seguito della valutazione del rischio caduta, in particolare in quelle UU.OO. dove l'evento aveva un'alta frequenza o un elevato rischio di danno grave per il paziente. Di pari passo è stato mantenuto attivo il processo di pianificazione delle manutenzioni delle strutture (posizionamento ausili alla deambulazione, superamento di barriere, ecc.).

Le segnalazioni di cadute sono in leggera riduzione rispetto all'andamento dell'anno precedente (Grafico 2).

GRAFICO 2 – Andamento delle segnalazione di cadute negli anni 2018/2019/2020



Il tasso annuo aziendale delle cadute è in linea rispetto all'anno 2019.

Tabella n. 3

	tasso UO 2018	tasso UO 2019	tasso UO 2020	outlook anno 2020 rispetto anno 2019	outlook UO anno 2020 rispetto azienda 2020
Ch. Generale e Vascolare	0,06	0,09	0,05	positivo	positivo
Cardiologia	0,19	0,12	0,20	negativo	negativo
Gastroenterologia	0,16	0,11	0,12	negativo	pari
Centro Cure sub Acute Soncino	0,18	0,16	0,15	positivo	negativo
MAU	0,14	0,15	0,07	positivo	positivo
Medicina Generale	0,15	0,17	0,16	positivo	negativo
Neurologia-Nefrologia	0,22	0,17	0,24	negativo	negativo
Oncologia	0,15	0,23	0,22	positivo	negativo
Ortopedia	0,16	0,13	0,09	positivo	positivo
Orl/Oft	0,04	0,08	0,11	negativo	positivo
Ostetricia-Ginecologia	0,04	0,05	0,00	positivo	positivo
Pnl+UTIR	0,13	0,26	0,18	positivo	negativo
Pronto Soccorso	0,00	0,003	0,00	positivo	positivo
Psichiatria/CRA	0,03	0,03	0,15	negativo	negativo
Rianimazione	0,00	0,00	0,00	positivo	positivo
Urologia	0,00	0,03	0,04	negativo	positivo
Pediatria	0,21	0,03	0,00	positivo	positivo
Riab delle Dipendenze	0,06	0,02	0,02	stabile	positivo
Riab Cardiologica	0,29	0,09	0,16	negativo	negativo
Riab Respiratoria	0,19	0,09	0,09	stabile	positivo
Riab Neuromotoria	0,10	0,20	0,10	positivo	positivo
TASSO AZIENDA	0,15	0,13	0,12		

Nella Tabella 4 (anno 2020) e tabella 5 (anno 2019) sono descritte le caratteristiche dei pazienti caduti, ed in particolare si da evidenza del danno subito. Nell'anno 2018 non vi sono stati **danni gravi**.

Tabella n.4

Anno 2020: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

N° CADUTE	sesso		momento della giornata			danno					età				
	femmina	maschio	mattino	pomeriggio	notte	nessuno	lieve	moderato	severo	grave	<65	65-74	75-84	>84	non nota
136	46	90	48	49	39	76	52	7	0	1	16	41	47	28	4
%	33,82%	66,18%	35,29%	36,03%	28,68%	55,88%	38,24%	5,15%	0,00%	0,74%	11,76%	30,15%	34,56%	20,59%	2,94%

Tabella n.5

Anno 2019: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

N° CADUTE	sesso		momento della giornata			danno					età				
	femmina	maschio	mattino	pomeriggio	notte	nessuno	lieve	moderato	severo	grave	<65	65-74	75-84	>84	non nota
174	64	110	80	47	47	121	49	3	1	0	27	51	71	23	2
%	36,78%	63,22%	45,98%	27,01%	27,01%	69,54%	28,16%	1,72%	0,57%	0,00%	15,52%	29,31%	40,80%	13,22%	1,15%

Si ritiene opportuno far presente che, al fine di far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID-19 ancora in corso, la nostra Azienda ha disposto la sospensione di tutte le attività chirurgiche e ambulatoriali specialistiche non urgenti.

In riferimento alla sinistrosità dell'anno 2020 si riporta di seguito la tabella relativa alla Categoria di Sinistri e al numero di casi per ogni categoria.

Categoria di Sinistri 2020 trattati nel Comitato Valutazione Sinistri

Tabella n.6

Totale sinistri	n. 28 casi
Tipologia evento denunciato	n. casi
Errore chirurgico	6
Errore terapeutico	6
Errore diagnostico	3
Caduta paziente	1
Smarrimento effetti personali	11

Tasso di incidenza dei sinistri – anno 2020

Tabella n.7

Ambito di Applicabilità	DENOMINAZIONE E RIFERIMENTO DI CALCOLO	2020
UU.OO.CHIRURGICHE	Tasso di incidenza dei sinistri Area Chirurgia per 10.000 gg di ricovero (DRG chirurgico + BOCA/BIC)	4,09
CHIRURGIA GENERALE	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di ricovero (DO+DH)	4,49
ORTOPEDIA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di ricovero (DO+DH)	11,66
ONCOLOGIA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di ricovero (DO+DH)	3,53
NEUROLOGIA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di ricovero (DO+DH)	1,87
MEDICINA DI ACCETTAZIONE E URGENZA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di ricovero	4,65
PRONTO SOCCORSO	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 accessi	0,46
GASTROENTEROLOGIA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 prestazioni ambulatoriali	1,76
NEFROLOGIA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 prestazioni ambulatoriali	0,44

La comparazione del tasso grezzo di incidenza dei sinistri per il 2020 rispetto all'anno precedente perde di significato, in quanto risulta influenzata in maniera significativa dall'emergenza epidemiologica.

Un elemento di interesse è costituito dalle denunce di smarrimento di beni personali, che nel 2020 hanno evidenziato un incremento significativo (11 casi rispetto ai 1-3 casi registrati negli anni scorsi). Nello specifico, 7 casi si sono verificati nella prima ondata dell'emergenza sanitaria caratterizzato da modifiche organizzative repentine e conseguenze sul processo di gestione ed effetti personali del paziente. Pertanto, si ritiene opportuno una revisione delle modalità di conservazione e di rilascio degli effetti personali dei pazienti ricoverati anche alla luce delle possibili evoluzioni epidemiologiche.

3. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI: STATO DI AVANZAMENTO

Per l'anno 2021, compatibilmente con le misure da mettere in atto per la gestione dell'emergenza COVID-19, verranno proseguire, le azioni aziendali per promuovere l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali con particolare riguardo a quello non ancora completamente implementate dalla ASST:

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 ABo;
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 conseguente 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 antitumorali;
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 g non correlata a malattia congenita;
17. Riconciliazione della terapia farmacologica;
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;
19. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

4. LINEE DI INTERVENTO AVVIATE NEGLI ANNI PRECEDENTI

Per quanto riguarda le aree prioritarie di rischio qui sotto elencate, si provvederà, compatibilmente con le priorità definite dalla epidemia pandemica da COVID-19, a proseguire le iniziative già avviate negli anni precedenti :

- 1) **Rischio clinico in Travaglio/Parto** (triggers materno/fetali, l'analisi dei nuovi dati sulla sorveglianza della mortalità e dei near miss materni e perinatali);
- 2) **Rischio di infezioni nelle organizzazioni sanitarie e sepsi** (PDTA, Check list Logistico-Organizzativa e audit, interfaccia con i piani del CIO)
- 3) **Gestione del rischio clinico in sala operatoria ("Check list Chirurgia Sicura 2.0);**
- 4) **Gestione del rischio nell'utilizzo dei Farmaci e sull'antibiotico resistenza** (Raccomandazioni Ministeriali 17 e 19, collegamento con farmacovigilanza);
- 5) **Rischio in ambito territoriale** (RSA o altre U.d.O....);
- 6) **Rischio da errori Trasfusionali** (analisi congiunta delle criticità da reazione trasfusionali reazioni ABo e collegamento con i referenti della sicurezza trasfusionale);
- 7) **Rischio clinico in Pronto Soccorso;**

- 8) **Violenza a danno degli operatori** (implementazione raccomandazione n.8);
9) **Gestione del rischio in ambito dell'impiego delle radiazioni ionizzanti** (efficacia delle indicazioni regionali).

Si prenderà atto nel corso del 2021 delle ulteriori indicazioni fornite dal Centro Regionale per le attività di Risk Management per lo sviluppo delle linee di intervento qui sopra elencate.

5. IL PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE

I Raggruppamenti legali/medico legali e Gruppo Ristretto

Nel rispetto delle Linee guida regionali 2021, continua l'attività del Raggruppamento 2, cui afferisce la nostra ASST, anche secondo le indicazioni del "Gruppo Ristretto" sorto nel 2020.

Nel corso del 2021 è prevista la prosecuzione dell'operatività dei seguenti Raggruppamenti aziendali Legali/Medico Legali cui si parteciperà in funzione dell'andamento pandemico ed in base alle indicazioni future di Regione Lombardia.

Il Raggruppamento invia in Regione una relazione semestrale circa l'attività svolta, in particolare i casi discussi, secondo le scadenze previste al 31.07.2021 e al 31.01.2022.

6. SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE QUALITÀ E SICUREZZA

In Azienda è attiva la **rete dei referenti qualità e sicurezza** dei dipartimenti e delle unità operative che contribuisce attivamente alla gestione del miglioramento continuo.

Essa è rafforzata con momenti formativi annuali così da orientare i referenti qualità e sicurezza agli obiettivi previsti. I referenti qualità e sicurezza svolgono un lavoro importante di gestione delle segnalazioni spontanee, delle non conformità (compresi i reclami) e di pianificazione del miglioramento (azioni correttive e azioni preventive).

La cultura aziendale sulla gestione del miglioramento ha un grado di maturazione tale da permettere il passaggio dalla gestione del rischio alla gestione della sicurezza dei pazienti mediante la formalizzazione di un metodo di analisi pro-attiva e la consolidazione di un sistema di analisi critica dei processi con adeguato rapporto informativo tra i referenti qualità, rischio clinico e sicurezza, direttori e coordinatori delle UU.OO. e Dipartimenti.

7. ATTIVITÀ COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

L'attività del CVS nell'anno 2021 proseguirà implementando una sempre più puntuale analisi del contenzioso, in sinergia e collaborazione tra ASST, Broker e Compagnia Assicurativa.

La componente clinica è regolarmente coinvolta nella valutazione delle richieste di risarcimento, sia nella preliminare acquisizione del parere clinico in merito al sinistro esaminato, sia nella fase di formulazione del parere medico legale, al fine motivare il percorso metodologico intrapreso e sostenere lo sviluppo della cultura della sicurezza e *l'apprendimento dall'errore*, passando anche attraverso la conoscenza della *dimensione medico legale* dell'attività professionale e dell'evoluzione giurisprudenziale in materia di responsabilità sanitaria. L'analisi delle richieste di risarcimento danni (sia in termini di frequenza che di esborso economico) ha rappresentato e rappresenta uno degli elementi in ingresso da cui trarre raccomandazioni utili al miglioramento dell'attività e dell'organizzazione.

8. PROMOZIONE PROCESSO ASCOLTO E MEDIAZIONE DEI CONFLITTI

In continuità con gli anni precedenti è attivo il servizio di ascolto e mediazione trasformativa dei conflitti, in applicazione degli indirizzi operativi regionali. In Azienda è operativa una procedura relativa all'attività di ascolto e mediazione.

L'attività di mediazione dei conflitti continuerà, nel corrente anno, grazie anche alla valorizzazione della rete regionale dei mediatori tramite l'interscambio di operatori tra aziende limitrofe e la partecipazione ai network regionali

9. EVENTI FORMATIVI

Con provvedimento deliberativo aziendale n. 211 del 15/04/2021 "APPROVAZIONE DEL "PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE - ANNO 2021" che prevede la progettazione di eventi di formazione residenziale/formazione su campo in ambito di risk management per gli ambiti sino a qui descritti. Nell'allegato 3 al presente documento si riporta l'elenco degli eventi formativi programmati per l'anno 2021 in ambito di risk management.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO

- Circolare n 46/SAN/2004 della Regione Lombardia ad oggetto "Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario";
- D.G.R. 5 giugno 2015 - n. X/3652 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (PIMO);
- Legge regionale n.23/2015 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- D.G.R. 18 dicembre 2017 - n. X/7543 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione Piattaforma Primo;
- Legge n. 24 dell'8/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- DGR n° XI/ 2700 del 23/12/2019 "Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020 – 2022";
- Linee operative di risk management in sanità anno 2020– aggiornamento nota prot.G.1.2020.0018792 del 30/04/2020;
- "Linee operative Risk Management in Sanità anno 2021" - nota G1.2021.0002680 del 19/01/2021 di - Regione Lombardia - Giunta – Welfare;
- D.G.R. n. XI/4508 del 01.04.2021 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021";
- Delibera del 7 ottobre 2020 della Corte dei conti "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19" (Delibera n. 18/SEAUT/2020/INPR) pubblicata in GU n.280 del 10-11-2020;
- Decreto Direzione Generale Welfare n.17008 del 28/12/2017 "Preso d'atto dell'articolo 31 comma 1 dell'Accordo tra il governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano relativo al documento la Formazione continua nel Settore Salute";
- La L.R 28 novembre 2018, n. 15 "Modifiche al Titolo I, Titolo III, e all'allegato 1 della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- D.G.R. n. XI/4353 del 24/02/2021 "Approvazione del Piano Regionale vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS COV-2;
- D.G.R. n. XI/ 4384 del 03/03/2021 " Individuazione dei punti vaccinali in attuazione della DGR 4353/2021";
- GR Lombardia n. XI/3115 del 07/05/2020 con oggetto "indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'Epidemia da COVID 19";
- DGR Lombardia n. XI/3264 del 16/06/2020 "Piano di riordino della rete ospedaliera:attuazione dell'art.2 del D.L. 34/2020";
- DGR n. XI/3525 del 05/08/2020 "Adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di Assistenza, in attuazione dell'art.1 DL 34, convertito con modificazioni della L. 17/07/2020 n.77";
- DGR n. XI/3681 del 15/10/2020 "Ulteriori Determinazioni per la gestione di pazienti COVID- 19";
- DGR n. XI/3876 del 19/11/2020 "Determinazioni per la gestione integrata ospedale-territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da COVID 19 o sospetti";
- DGR n. XI/3912 del 25/11/2020 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza da COVID-19";
- DGR n. XI/3913 del 25/11/2020 "Aggiornamento agli atti di indirizzo ex DDGR n. 3226 del 09/06/2020 e n. 3524 del 05/08/2020 – ulteriori indicazioni per la gestione dei pazienti COVID-19 nella rete territoriale";

- DDGW N. 4543 DEL 01/04/2021 “Aggiornamento elenco centri regionali massivi e individuazione dei relativi afferimenti dei cui alla DGR XI/4384 del 03/03/2021”;

ALLEGATI

Allegato 1 Scheda progetto;

Allegato 2 Scheda progetto;

Allegato 3 Elenco eventi formativi;

Allegato 4 Check list “Indicazioni per la gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)”.

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2021

ASST/IRCCS/ATS	ASST CREMA		
Risk Manager	Dr.ssa Maria Lidia Sinatra		
1. Titolo del Progetto	Gestione dei cluster epidemici in aree non Covid		
2. Motivazione della scelta	Mappatura e Analisi strutturata dei cluster epidemici verificati nel corso dell'anno; identificare i punti deboli di gestione, criticità (struttura, organizzazione, operatori, pazienti...), eventuali fattori contribuenti su cui agire per contenere il rischio.		
3. Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsi		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le UU.OO dell'Azienda.		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Elaborare Protocollo per la gestione dei cluster epidemici in area no COVID; Monitoraggio dei pazienti degenti presso le aree NO-COVID per prevenire e intercettare rapidamente la diffusione del contagio da COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie. Trovare nuove strategie formative in grado di aumentare la consapevolezza del rischio e chiarire le modalità di prevenzione per il paziente e protezione degli operatori; Includere strategie formative e feedback sul campo.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Stesura del protocollo relativo alla gestione del cluster che insorge in area No Covid		
9. Strumenti e metodi	Costituzione del gruppo di lavoro aziendale Elaborazione del protocollo Aziendale Monitoraggio applicazione del protocollo aziendali tramite osservazione su campo ed eventuali audit, gestione eventuali evento avverso.		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Elaborazione del Protocollo entro 31/12/2021	iter di emissione concluso e documentazione pubblicata sulla intranet	Protocollo emesso e diffuso
	Monitoraggio sul campo dell'applicazione del protocollo per rafforzare competenze degli operatori e migliorare la risposta all'evento.	osservazione su campo	Eventuali Rapporti di audit
	gestione eventuali cluster	Audit	Verbale Audit

SCHEMA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ASST CREMA

Risk Manager Dr.ssa Maria Lidia Sinatra

Titolo del Progetto Gestione dei cluster epidemici in aree non Covid

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'														
			Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre		
Costituzione del gruppo di lavoro aziendale	CIO/UUOO	Risk Manager														
Elaborazione del protocollo	Gruppo di lavoro	Risk Manager														
Monitoraggio sul campo dell'applicazione delle procedure	Gruppo di lavoro	Risk Manager														
Gestione eventuali cluster	Gruppo di lavoro	Risk Manager														

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2021			
ASST/IRCCS/ATS	ASST CREMA		
Risk Manager	Dr.ssa Maria Lidia Sinatra		
1. Titolo del Progetto	Gestione in sicurezza del processo vaccinale anti SARS CoV-2		
2. Motivazione della scelta	<p>La campagna vaccinale anti-Covid-19 è partita a livello nazionale il 27 dicembre 2020, dopo l'approvazione, da parte dell'EMA (European Medicines Agency) del primo vaccino anti COVID-19.</p> <p>Obiettivo della campagna è raggiungere al più presto l'immunità di gregge e ridurre i casi gravi e i decessi per SARS-CoV2. Con DGR n. 4353 del 24 febbraio 2021, Regione Lombardia ha approvato il "Piano regionale vaccini per la prevenzione delle infezioni da Sars - Cov 2", con il quale sono stati individuati i ruoli, le azioni, le misure e le tempistiche per la realizzazione dell'obiettivo di copertura vaccinale dell'intera popolazione lombarda. La situazione di emergenza e la necessità di accelerare i tempi per poter avere a disposizione dei vaccini rendono necessario il ricorso e l'adozione di procedure aziendali al fine di definire gli standard operativi, il layout assistenziale, nonché gestire nel miglior modo possibile tutti i processi di Governance ovvero approvvigionamento e stoccaggio, allestimento, somministrazione e smaltimento delle fiale, nonché la sorveglianza degli eventuali eventi avversi ADR (fase IV post-marketing).</p>		
3. Area di RISCHIO	rischio vaccinale		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Direzione Sanitaria Serv. Vaccinazione Farmacia Direzione Medica DAP SIA SITRA Centri vaccinali ospedalieri e territoriali di ASST		
5. Nuovo/Proseguimento	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Garantire il massimo livello di copertura vaccinale. Analizzare il processo vaccinale al fine di rilevare eventuali criticità e abbattere il rischio rispetto all'organizzazione delle sedute vaccinali e gestione del centro vaccinale, gestione della catena del freddo (conservazione e trasporto vaccini), corretta preparazione del vaccino, percorso dell'utente in sicurezza nel rispetto delle norme anti COVID ,rilevazione ed analisi delle reazioni vaccinali e formazione del personale.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Garantire omogeneità di metodo a tutte le fasi del processo vaccinale, migliorare gli standard di qualità dei servizi offerti anche in termini di efficacia ed efficienza.		
9. Strumenti e metodi	Costituzione del gruppo di lavoro aziendale Implementazione/Aggiornamento della Procedura Specifica Gestione della vaccinazione SARS-CoV 2" PS 03 del 08/01/2021 e allegati connessi. Monitoraggio applicazione procedure aziendali tramite osservazione su campo ed eventuali audit gestione eventuali eventi sentinella/avversi		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Analisi del processo vaccinale anti SARS CoV-2 Elaborazione/Aggiornamento Procedura Specifica base dell'indicazioni di AIFA, Ministero della Salute, ISS e Regione	iter di emissione concluso e documentazione pubblicata sulla intranet	Procedura emessa e diffusa
	Monitoraggio sul campo dell'applicazione delle nuove procedure	osservazione su campo	Eventuali Rapporti di audit
	Formazione e addestramento del personale dei centri vaccinali sul campo	numero di operatori che hanno partecipato alla formazione/n. operatori da formare	Formazione effettuata
	gestione eventuali eventi sentinella/avversi	Audit	Verbale Audit

Risk Manager

Dr.ssa Maria Lidia Sinatra

Titolo del Progetto

La gestione delle vaccinazioni anti COVID-19

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione del gruppo di lavoro aziendale	Direzione Sanitaria Serv. Vaccinazione Farmacia Direzione Medica DAP SIA SITRA Centri vaccinali ospedalieri e territoriali di ASST													
Analisi del processo vaccinale	Gruppo di lavoro													
Implementazione/Aggiornamento del Protocollo Specifico aziendale	Gruppo di lavoro													
Valutazione e analisi di eventi avversi rilevati in ambito vaccinazioni COVID-19	Gruppo di lavoro													
Monitoraggio sul campo dell'applicazione delle procedure	Gruppo di lavoro													
gestione eventuali eventi sentinella/avversi	Gruppo di lavoro													

All.to 3 Piano RM 2021

TITOLO/CONTENUTI	RIFERIMENTO NORMATIVO	TIPOLOGIA CORSO
LAVORATORI Rischio Danno/Prevenzione Protezione/Organizzazione Sistema Prevenzione/Diritti-Doveri/Sanzioni/Organi vigilanza/Controllo/Assistenza	D.Lgs. 81/08 Accordo Quadro Stato Regioni	Corso Fad
Incidenti e infortuni mancati; Primo soccorso; Emergenze; Rischi infortuni, elettrici generali, macchine, attrezzature; Stress lavoro-correlato; Ambienti di lavoro, microclima e illuminazione; L'utilizzo dei Videoterminali.	D.Lgs. 81/08 Accordo Quadro Stato Regioni 2011	Corso Fad
Posture corrette da mantenere durante la movimentazione, esercitazione pratica di tutte le manovre di movimentazione manuale con e senza telini ad altro scorrimento. passaggi posturali di maggior utilizzo e letto/carrozzina/letto	D.Lgs. 81/08 Accordo Quadro Stato Regioni 2011	Corso Teorico/Pratico (8 edizione)
La movimentazione manuale dei carichi prevenzione delle rachialgie negli operatori tecnici non sanitari	D.Lgs. 81/08 Accordo Quadro Stato Regioni 2011	Residenziale (10 edizione)
Corso di formazione ed informazione sui rischi da lavoro per il personale esposto a radiazioni ottiche artificiali e Laser	D.Lgs. 81/08	
Introduzione al tema della violenza contro gli operatori sanitari Comunicazione e psicologia del conflitto Psicologia dell'aggressività - Normativa di Riferimento Cosa si intende per violenza Misure di prevenzione e tutela	Testo Unico sulla Salute e sulla Sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008)	FAD/ Residenziale
Conoscere e sviluppare conoscenze/strategie per affrontare le situazioni di stress lavorativo	D.Lgs. 81/08 e s.m.i	FSC/ Residenziale
Monitoraggio infezioni degli accessi vascolari per emodialisi - anno 2021		Audit
Prevenzione del burnout		RES
Reazioni infusionali da farmaci oncologici. Per prevenire, monitorare, riconoscere e trattare		RES
Retraining in rianimazione neonatale e tecniche di posizionamento del CVO		RES
Analisi del rischio processi anatomia secondo la norma ISO (archiviazione - approvvigionamento)		FSC
Aspetti medico legali in ambito sociosanitario		RES
Gestione delle criticità correlate all'operare in CRA in periodo di covid 19		RES
Epidemiologia dell'utenza CRA-CD		FSC/Audit
Epidemiologia dell'utenza DSM		FSC
Gruppo miglioramento medici UONPIA e psicologi UONPIA		FSC
La psicologia nel nuovo scenario della ASST		FSC
Laboratorio analisi – Panoramica generale delle attività del Lab. An. Raccolta materiale biologico, contenitori informative, richieste più frequenti.		Residenziale
Gestione della ventilazione nelle polmoniti da Covid 19		RES
Aggiornamento continuo su Covid 19 – informazioni, approfondimenti e punti di attenzione		RES
L'assistente sociale nell'ASST di Crema: ruolo, responsabilità, modelli e ambiti organizzativi e sviluppo della rete integrata ospedale-territorio		FSC
Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO)		FSC
Gruppo operativo del CIO		FSC
L'esperienza insegna: breve viaggio alla riscoperta del se nel long time Covid		FSC
Allestimento chemioterapici: revisione delle procedure in essere		FSC
Aggiornam. in merito all'allestimento delle sacche per nutrizione parenterale totale con programma clinus e miscelatore pinnacle		FSC
Addestram. Inferm.: Allestimento nutrizione parenterale		FSC
Ricezione immagazzinamento e trasporto: farmaci antitumorali		RES
CORSO 1 - La logistica del paziente in ospedale: strumenti e soluzioni per ottimizzare i flussi dei pazienti,		Corso ON LINE
CORSO 2 - La Focused Factory in sanità: condizioni realizzative e soluzioni progettuali in tempi di Covid,		Corso ON LINE
CORSO 3 - Gestire l'emergenza sanitaria tra incertezza e complessità,		Corso ON LINE

Guida per il riscontro delle

Indicazioni per la gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)

Questo documento e' stato realizzato prendendo quale riferimento le indicazioni dei CDC reperibili dal sito <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-a-lungo-termine-cura-facilities.html> www.cdc.gov/coronavirus. Aprile 2020

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.

1. Struttura per la pianificazione e processi decisionali nel piano di risk management ed emergenza COVID 19

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
1.1 La pianificazione per la gestione del COVID-19 è stata incorporata nel piano di risk management e di emergenza COVID-19			
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	C		
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 indetificato e con ruoli esplicitati nell'organizzazione	C		
<p>1.4 L'unità è composta da almeno 10-15 membri, rappresentativi di queste aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Possono essere inoltre coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia e terapia respiratoria • Radiologi • Assistenti sanitarie anche per la gestione della dimissione e sorveglianza territoriale • Formazione • Centrale di sterilizzazione • Dietisti • Farmacia • Sistemi informatici 	C		

<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile acquisti • Laboratori • Consulenti esperti in etica, salute mentale, etc • Altri membri come servizi di volontariato, medico legale, clero • Altri da specificare 			
Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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	C		
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	C		

2. Sviluppo del piano di risk management, gestione COVID-19

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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.	C		
2.2 il piano include gli elementi individuati al capitolo 3	C		
2.3 Il piano identifica le persone autorizzate ad implementare il piano e la tecnostuttura organizzativa, inclusa la individuazione di chi è responsabile della effettuazione del piano	C		
2.4 Nel piano sono rispettate e stratificate le azioni coerenti con gli indirizzi delle istituzioni, nazionali e regionali (citare le fonti)	C		Ministero, Regione Lombardia, ISS
2.5 Sono state descritte le responsabilità del personale e di tutti gli operatori all'interno della struttura nell'esecuzione del piano	C		
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	C		

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

3.1 Generali

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
3.1.1 Il piano si pone l'obiettivo di proteggere i pazienti, gli operatori, i visitatori e si indirizza ad elementi ben esplicitati	C		
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.	C		
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)	C		
3.1.4 E' stato sviluppato un piano per monitorare e tracciare le assenze del personale affetto da COVID-19			
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.	C		
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	C		
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...)	C		

3.2 Comunicazione

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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.	C		
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	C		
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	C		
3.2.4 COMUNICAZIONE ESTERNA : E' stata individuata una persona per comunicare con le istituzioni durante la pandemia COVID-19	C		
3.2.5 Sono stati identificati i principali punti di contatto delle istituzioni principali per la comunicazione durante il focolaio di COVID-19	C		
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,..)	C		
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	C		

3.3 Materiali di consumo e attrezzature e forniture mediche durevoli

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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	C		

<p>3.3.2 Questa valutazione stimata e' stata condivisa con i responsabili locali, regionali per pianificare lo stoccaggio del materiale</p>	<p>C</p>		
<p>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</p>	<p>C</p>		
<p>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.</p>			
<p>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).</p>	<p>C</p>		
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 	<p>C</p>		
<p>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.</p>	<p>C</p>		

3.4 Identificazione e gestione dei pazienti :

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
------	----------------	--------------------------------------------	-----------------

All.to 4 Piano RM 2021

		Applicabile (NA)	
3.4.1 Al personale sanitario appositamente addestrato è stata assegnata la responsabilità di supervisionare il processo di triage.	C		
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: <ul style="list-style-type: none"> • 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) 	C		
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.	C		
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)	C		
3.4.6 Sono stati definiti dei criteri per dare priorità di accesso ai pazienti piu' critici	C		
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	C		
3.4.8 È in atto un processo a seguito dell'identificazione di un caso sospetto COVID-19 per includere: <ul style="list-style-type: none"> • 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 	C		
3.5 Accessi consentiti all'interno della struttura:			
Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
3.5.1 I percorsi di accesso e circolazione dei visitatori all'interno della struttura sono stati rivisti e aggiornati negli ultimi 12 mesi	C		
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	C		

All.to 4 Piano RM 2021

correlabili al COVID, e sono stati messi in atto dei sistemi di controllo della temperatura negli accessi ai servizi sanitari			
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.	C		
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.	C		
3.5.5 Se i visitatori sono autorizzati ad entrare nella stanza di un paziente COVID-19 confermato o sospetto, la struttura dovrà: <ul style="list-style-type: none"> 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). 	C		

3.6 Operatori sanitari:

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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.	C		
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,.	C		
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.	C		
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		
3.6.5 La struttura ha un processo per identificare e gestire gli operatori con febbre e sintomi da COVID-19.	C		
3.6.6 La struttura ha un piano per monitorare l'assegnazione delle restrizioni al lavoro per gli operatori sanitari malati ed esposti	C		
3.6.7 L'ospedale ha un processo per l'auditing dell'aderenza all'uso raccomandato dei DPI da parte degli operatori.	C		

3.7 Istruzione e formazione:

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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.			In parte nel Piano 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).			
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)			Video OMS Video Formazione operatori in Rianimazione

All.to 4 Piano RM 2021

professionali),			
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: <ul style="list-style-type: none"> • 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). 	C		
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	Previsto nel piano CIO per l'anno 2020 ma vista l'emergenza epidemiologica non è stata effettuata alcuna rilevazione
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	
3.8 Servizi sanitari e piano di crisi :			
Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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.	C		
3.8.2 Il piano include strategie per aumentare la capacità di posti letto d'ospedale.	C		
3.8.3 Il piano comprende strategie per massimizzare il numero di personale disponibile per l'assistenza diretta al paziente.	C		
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.	C		
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.	C		
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.	C		
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,	C		

All.to 4 Piano RM 2021

il personale addestrato e i prodotti farmaceutici necessari per trattare un paziente con COVID-19 (ad es. Ventilatori, ossigeno).			
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	C		
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	C		
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...)	C		
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.			Attività di teleconsulenza e televisita
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).			Non in modo strutturato
3.8.1.4 È stata sviluppata una procedura per comunicare i cambiamenti nello stato dell'ospedale alle autorità sanitarie e al pubblico.	C		
3.8.1.5 È 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	C		
3.8.1.6 sono stati predisposti percorsi per aree a rischio con interventi anche strutturali	C		
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.	C		
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.	C		
3.8.1.9 La determinazione dello stato di crisi del personale è condivisa dalle istituzioni e congrua con la normativa valutando anche lo standard di risorse messe in campo nei servizi	C		
3.8.1.10 Il piano di assunzione del personale nello stato di crisi è coerente con normative e comprende strategie per far fronte alla diffusa carenza di personale sanitario e le indicazioni regionali e nazionali	C		
3.8.1.11 È stato approntato un sistema di supporto relazionale e/o psicologico rivolto al personale sanitario coinvolto nell'emergenza	C		
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	
3.8.1.13. È stata identificata una area nella struttura che potrebbe essere usata come camere mortuaria accessoria		NE	
3.8.1.14 La camera mortuaria accessoria o gli spazi individuati sono condivisi con le istituzioni competenti.		NE	
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		NE	

All.to 4 Piano RM 2021

oggi disponibili			
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	C		
3.8.1.17 i pazienti in trattamento erano informati della situazione emergenziale in atto e delle cure prestate in emergenza	C		

Deliberazione di Direzione Medica dei Presidi

OGGETTO: PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2021

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

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

Il Direttore di Direzione Medica dei Presidi

(F.to Dott. Maria Lidia Sinatra)

.....

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Data, 29/04/2021

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

Il Responsabile dell'ufficio UOC Programmazione Bilancio e Contabilità attesta la copertura economica e la regolarità contabile della proposta della deliberazione sopra riportata.

Il Responsabile di UOC Programmazione Bilancio e Contabilità

(F.to Dott. Paolo Sivelli)

.....

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Data, 29/04/2021