



Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano

Deliberazione pubblicata all'Albo Informatico dell'Azienda
Dal 04/02/2021 al 25/02/2021

Il Responsabile U.O.C. Affari Generali
(dott.ssa Silvia Liggeri)

Deliberazione n. 75

del 29/01/2021

Tit. di Class. 1.1.02

A36

LS

OGGETTO: Approvazione ed adozione del "Piano annuale risk management Gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19) RAPPORTO FINALE - Anno 2020"

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che in ottemperanza alle linee di indirizzo regionali della circolare n. 46/SAN/2004 e successive linee applicative, la Regione Lombardia, al fine di garantire la qualità dei servizi erogati, ha definito la strategia e le modalità operative per implementare un sistema di gestione del rischio all'interno delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali;

RICHIAMATA la Deliberazione n° XI / 2672 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020" e le relative "Regole di Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario 2020", punto 6.12 Risk management, con la quale la Direzione Generale Sanità ha fornito gli atti di indirizzo per le attività di Risk management per l'anno 2020;

DATO ATTO che con nota a protocollo G1.2020.0018792 del 30/04/2020, la Direzione Generale Sanità, in considerazione dell'evento pandemico connesso al COVID 19 che ha interessato tutto il territorio nazionale ed ha colpito in modo particolare Regione Lombardia mutando profondamente gli assetti organizzativi e strutturali degli enti erogatori, sanitari e sociosanitari, ha deciso in via eccezionale di sospendere la predisposizione del Piano Annuale di Risk Management per quanto concerne i progetti operativi secondo le modalità fino ad oggi utilizzate;

DATO ATTO che, con la medesima nota, la Direzione Generale Sanità ha definito che le attività di gestione del rischio clinico, per l'anno 2020, dovranno essere focalizzate prevalentemente alla predisposizione di un piano di risk management che non dovrà essere inviato entro la scadenza indicata nel precedente provvedimento, ma rendicontato e trasmesso, entro il 31.01.2021, in un rapporto finale in cui siano esplicitate le iniziative intraprese all'interno del proprio Ente nell'ambito della gestione COVID 19 e alle iniziative svolte nella fase post COVID.

VISTO il "PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT Gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19) RAPPORTO FINALE - Anno 2020" predisposto dalla Risk Manager, dott.ssa Paola Zappa;

CONSIDERATO che in tale piano, tenendo conto delle prioritarie aree di rischio evidenziate e degli indirizzi regionali, vengono rendicontate le seguenti attività e progetti operativi specifici:

- GESTIONE DELLA EMERGENZA DA SARS COV-2 (COVID-19)
- ANALISI DEI RISCHI SPECIFICI DERIVANTI DALLA PANDEMIA
 - Struttura per la pianificazione e processi decisionali nel piano di risk management ed emergenza COVID 19
 - Sviluppo del piano di risk management, gestione COVID-19
 - Elementi del piano di risk management e gestione COVID-19
 - Piano di crisi
- MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA (SIMES)
- MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI E SINISTRI
 - Cadute
 - Sinistri
- INCIDENT REPORTING
- I TRIGGER MATERNO FETALI
- PROGETTO La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP)
- PROGETTO Il fascicolo di ricovero - La Cartella Clinica Elettronica;

RITENUTO, di dover approvare il predetto Rapporto Finale del Piano annuale di Risk Management 2020 e i progetti specifici nello stesso contenuti,

ATTESO che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;

ATTESO che la Struttura proponente ha acquisito dall'U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie l'attestazione della copertura finanziaria inerente al presente provvedimento, come riportato nel parere contabile;

SU PROPOSTA del Responsabile f.f. della U.O.S. Qualità e Risk Management. proponente il quale attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa del presente provvedimento, come riportato nel parere tecnico;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Socio-sanitario;

- d e l i b e r a -

per le motivazioni espone in premessa:

1. di approvare ed adottare, in attuazione a quanto disposto dalla Direzione Generale Sanità con nota n. G1.2020.0018792 del 30/04/2020, il Rapporto finale del Piano annuale di Risk management 2020, come da documento allegato (allegato n. 1) al presente provvedimento;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
3. di dare atto che, in attuazione a quanto disposto dalla Direzione Generale Sanità con nota n. G1.2020.0018792 del 30/04/2020, tale documento sarà trasmesso alla struttura "Controllo Strategico Struttura Gestione del Rischio e Supporto ai Processi Amministrativi" di Regione Lombardia entro il 31 gennaio 2021 da parte del Risk Manager aziendale;
4. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari, successivi, incombenti all'attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art.6, della legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss. mm.;
5. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, e ss. mm.;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio online aziendale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, e ss. mm.;
7. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale.

(atti n.1/2021 – tit. 01.05.00)

Parere favorevole:

IL DIRETTORE
SANITARIO
(d.ssa Anna Lisa Fumagalli)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(dott. Giovanni Palazzo)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(d.ssa Barbara Mangiacavalli)

IL DIRETTORE GENERALE
(d.ssa Elisabetta Fabbrini)



deliberazione del Direttore Generale n. 75 del 29 GEN. 2021, avente all'oggetto:

"Approvazione ed adozione del "Piano annuale risk management Gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19) RAPPORTO FINALE - Anno 2020"

Il sottoscritto Responsabile f.f. U.O. Qualità e Risk management:

ATTESTA

la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa del presente provvedimento;

DICHIARA

☐ di avere acquisito dalla competente U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie l'attestazione della copertura finanziaria dei costi e/o degli introiti rivenienti dal presente provvedimento, i quali vengono annotati a bilancio come segue:

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

allo stato patrimoniale n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

in attesa della stesura definitiva del bilancio preventivo del/i relativo/i esercizi/i

OVVERO

☒ che il presente provvedimento non comporta alcun onere.

Il Responsabile f.f. della U.O. Qualità e Risk management
(dott./d.ssa Teresa Mariena Leggieri)

Il Responsabile della U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie conferma:

☐ la copertura economica del presente provvedimento e l'annotazione a bilancio sopra riportata

☒ che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del bilancio.

Il Responsabile della U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie
(dott./d.ssa Domenica Luppino)

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Nord Milano

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT
Gestione della emergenza da SARS COV-2
(COVID-19)
RAPPORTO FINALE

Anno 2020

dott.ssa Paola Zappa
Risk Manager Aziendale

**INDICE**

1	GESTIONE DELLA EMERGENZA DA SARS COV-2 (COVID-19)
	ANALISI DEI RISCHI SPECIFICI DERIVANTI DALLA PANDEMIA
	Struttura per la pianificazione e processi decisionali nel piano di risk management ed emergenza COVID 19
	Sviluppo del piano di risk management, gestione COVID-19
	Elementi del piano di risk management e gestione COVID-19
	Piano di crisi
2	MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA (SIMES)
3	MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI E SINISTRI
	3.1 Cadute
	3.2 Sinistri
4	INCIDENT REPORTING
5	I TRIGGER MATERNO FETALI
6	PROGETTO La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP)
7	PROGETTO Il fascicolo di ricovero - La Cartella Clinica Elettronica

1. GESTIONE DELLA EMERGENZA DA SARS COV-2 (COVID - 19)

ANALISI DEI RISCHI SPECIFICI DERIVANTI DALLA PANDEMIA

L'anno 2020 è stato caratterizzato dalla pandemia da COVID-19, che ha costretto ad una rivisitazione delle consuete modalità per la gestione del rischio clinico e ha portato a focalizzare l'attenzione su tutte quelle attività utili a contenere/mitigare gli effetti della pandemia.

A partire dal febbraio si è tradotto nella pratica quotidiana quanto indicato dalle normative emanate: DPCM, raccomandazioni ministeriali e dell'Istituto superiore di sanità, delibere regionali e procedure attivate nella ATS.

Il Piano annuale Risk Management e i progetti operativi per la gestione dell'emergenza da SARS cov-2 della ASST Nord Milano perseguono gli obiettivi:

- prevenire la diffusione di COVID-19 nella ASST Nord Milano;
- identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19
- garantire l'assistenza dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto;
- 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 ASST nord Milano e pianificare un'adeguata comunicazione esterna relativa a COVID-19.

La finalità ultima è la protezione e la sicurezza di pazienti, operatori, visitatori che a diverso titolo hanno accesso ai servizi della ASST Nord Milano.

L'analisi dei rischi connessi all'emergenza COVID 19 si è focalizzata sui seguenti elementi:

1. 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
2. interventi strutturali
3. disponibilità e formazione del personale sanitario e di supporto in relazione alla tipologia di intensità clinica ed assistenziale e loro organizzazione nel tempo
4. supporto relazionale degli operatori e dei pazienti
5. percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (trage differenziati, e suddivisione reparti COVID e non COVID, aree filtro per la vestizione e svestizione, ecc...) e loro monitoraggio
6. soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina)
7. informazione ai pazienti sui rischi da COVID ed informazioni dei caregiver ed ai cittadini
8. sorveglianza territoriale dei pazienti positivi in isolamento domiciliare e dei loro contatti anche attraverso attivazione di modalità organizzative specifiche (USCA, Degenza di Sorveglianza, attività di diagnostica a domicilio, rete de MMG, ecc...)
9. piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici
10. approvvigionamento e disponibilità nel tempo di gel antisettico per mani e DPI

11. riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti
12. sorveglianza sanitaria del personale e gestione dei DPI
13. 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.

Come da indicazioni della Direzione Generale Welfare G.I. 2020.0018792 del 30/4/2020 "Linee operative risk management in sanità 2020 – aggiornamento Aprile 2020. Il Piano Annuale di Risk Management ed i Progetti Operativi".

INDICATORI

Indicatore ①	Realizzazione incontri per l'analisi di fattori di successo ed elementi di criticità nelle aree coinvolte nella cura dei pazienti covid19 (ottobre-dicembre 2020)
	N. di incontri nelle UO Covid positive / N tot. di UO Covid positive Standard: 100%
Indicatore ②	Elaborazione di "procedure" aziendali per la gestione del paziente COVID positivo per i seguenti temi: diagnosi - terapia – ventilazione – isolamento - DPI
	N. di procedure elaborate ≥ 5 Standard: SI
Indicatore ③	Predisposizione del Piano di Crisi
	Presenza del Piano Standard: SI
Indicatore ④	Progettazione di eventi formativi per operatori su tematiche COVID 19
	N. di progetti formativi ≥ 10 Standard: SI
Indicatore ⑤	Attuazione di un "servizio psicologico emergenza COVID" per pazienti e familiari/caregiver
	Apertura e presenza del Servizio Standard: SI
Indicatore ⑥	Realizzazione di audit-RCA su eventi sentinella nella gestione dei pazienti Covid positivi
	N. di audit-RCA effettuati entro i termini/ N tot. di eventi sentinella in pazienti COVID positivi Standard: 100%

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

La funzione Risk management è stata coinvolta nella gestione della pandemia da COVID 19 e la pianificazione è stata incorporata nel piano di risk management e di emergenza COVID-19, come da Delibera 513 del 22/7/20 "Definizione obiettivi aziendali per l'anno 2020", formulati tenendo conto "delle Linee operative risk management in sanità 2020".

Fac simile obiettivi d budget:

OBIETTIVO		INDICATORI	FONTE
OBIETTIVI DI STRUTTURA			
1	Emergenza sanitaria COVID 19: Definizione di un programma di formazione del personale finalizzato allo sviluppo/ mantenimento delle competenze necessarie alla gestione della pandemia	Mappatura delle competenze/privileges Fabbisogno formativo Entro il 30.06	Linee operative risk management in sanità 2020
2	Emergenza sanitaria COVID 19 - Definizione di un protocollo terapeutico COVID - Definizione di protocolli assistenziali COVID 1- PT in O2 terapia 2- PT in C-PAP 3- PT in RIA	Stesura di un protocollo terapeutico in collaborazione con la UOC Farmacia e la DMP entro il 30.06. Stesura di protocolli di assistenziali entro il 30.06	
3	Riprogettazione Fase 2	Presentazione documento entro il 15.06 Attivazione progetto entro il 30.09	
4	Emergenza sanitaria COVID19: Partecipazione alla realizzazione delle attività previste dalla task force	Relazione entro il 31.07	

Nel mese di febbraio (Nota in atti 22/2/2020) è stato individuato il team multidisciplinare per la pianificazione e gestione di una epidemia da COVID-19 "Costituzione Task Force Aziendale" coordinata dalla Direzione Strategica e composta da: Direttori di Dipartimento, Direzioni Mediche di Presidio, SITRA, Servizio Prevenzione e Protezione, Provveditorato, Ufficio Tecnico, Farmacia, Area Territoriale e Risk Manager.

Alla Task Force Aziendale è stato attribuito il compito, in stretto coordinamento con Regione Lombardia ed ATS, di definire ed attuare tutte le azioni necessarie a gestire la situazione attuale e le possibili evoluzioni del quadro epidemiologico; l'aspetto "comunicazione" è stato assegnato alla Responsabile Comunicazione.

Con Delibera 245 del 15/4/2020 è stata Istituita una "Unità per la gestione della fase post emergenziale", coordinata dalla Direzione Strategica e composta da: Direttore Dipartimento Scienze Mediche, Direttore Dipartimento Scienze Chirurgiche, Responsabile SITRA, Responsabile Prevenzione e Protezione, Medico competente, Consulente Medicina del Lavoro e con attivazione di gruppi di lavoro allargati.

I gruppi di lavoro hanno approfondito le seguenti tematiche:

- Percorso PS/ricovero urgente
- Percorso paziente critico
- Percorso medico programmato
- Percorso chirurgico programmato
- Percorso outpatient
- Percorso Psichiatrico
- Percorso Materno infantile
- Formazione

- Comunicazione
- Informatizzazione
- Accoglienza
- Sicurezza DPI
- Piattaforma Servizi

I lavori della Task Force e della Unità per la gestione della fase post emergenziale sono riportati nel “Piano Organizzativo di riapertura fase 2 COVID 19” e Integrazioni (ALLEGATI 1 e 2), inviati in AST l'8 giugno - protocollo 15982 - e il 2 luglio 2020 - protocollo 18424.

Alla recrudescenza dell'epidemia, con Delibera 708 del 16/10/20, è stata costituita la “Unità di crisi aziendale” coordinata dalla Direzione Strategica, composta da: Direttori di Dipartimento, Direzioni Mediche di Presidio, SITRA, Servizio Prevenzione e Protezione, Provveditorato, Ufficio Tecnico, Farmacia, Area Territoriale, Ingegneria Clinica, URP e Comunicazione, SIA, Formazione, Controllo di gestione e Risk Management. E' disponibile il verbale di ogni incontro.

Nei diversi gruppi il CIO risulta rappresentato dal Servizio del Medico Competente; non è stata prevista la Rappresentanza Sindacale, che è stata sempre informata in forma ufficiale. Nel primo periodo emergenziale ci si è avvalsi della consulenza di un magistrato/bioeticista (Delibera 203 del 25/3/20 “Conferimento incarico a bioeticista di collaborazione task force”).

Nel mese di dicembre (nota del 17/12) è stata formalizzata la costituzione del “Gruppo di supporto all'organizzazione per la rimodulazione delle attività in funzione della pandemia COVID-19”, coordinato dalla Direttrice Sanitaria Aziendale e con la presenza di risk manager, una rappresentante della dirigenza medica, una rappresentante della dirigenza infermieristica e analisti aziendali con lo scopo di analizzare i dati disponibili, di declinare le indicazioni regionali e di effettuare ricerche bibliografiche in modo da fornire una base di partenza per le decisioni da condividere successivamente con funzioni e professionisti coinvolti.

I documenti ufficiali di ISS, Regione, Ministero e dei siti istituzionali utilizzati per la gestione della pandemia sono stati inviati via WA, tramite e-mail e sono stati pubblicati sulla pagina intranet. Alcuni documenti sono stati discussi in occasione degli incontri (in presenza – on line).

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

Il Piano è stato costruito in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali ed è richiamato nella Deliberazione 513 del 22/7/20 “Definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2020 ai fini della produttività collettiva e della retribuzione di risultato del personale dipendente per l'area del comparto e della dirigenza”.

Gli obiettivi sono stati individuati dalla Direzione Strategica, validati dai capi dipartimento e assegnati ai responsabili di struttura (condivisione in Collegio di Direzione del 14/5/2020), con la partecipazione di tutto il personale per il loro raggiungimento. La Task Force, le unità di crisi e i relativi gruppi di lavoro hanno rappresentato le interfacce a supporto della composizione del piano.

Nel Piano sono state ricomprese le indicazioni di cui al capitolo 2.5.3 della Delibera 7/10/2020 della Corte dei Conti, come da Relazione ASST Nord Milano del 20/11/2020 per il Collegio Sindacale ASST Nord Milano.

Il Piano, una volta approvato in via definitiva, verrà pubblicato sulla pagina INTRANET della ASST Nord Milano, sezione Qualità e Risk Management e messo a disposizione di tutti gli operatori.

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

a. Generali

OBIETTIVI

- prevenire la diffusione di COVID-19 nella ASST Nord Milano;
- identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19
- garantire l'assistenza dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto;
- monitorare e gestire il personale sanitario che potrebbe essere esposto a COVID-19;

Per l'identificazione, il monitoraggio e l'informazione sull'andamento dell'epidemia – pazienti ricoverati e operatori affetti da COVID 19 - sono stati utilizzati i seguenti strumenti, come da disposizioni regionali e nazionali:

- Report giornaliero/settimanale delle Direzioni Mediche di Presidio – Controllo di Gestione, con invio del flusso a Regione Lombardia → posti letto
- A partire dal 28/10/2020 è stata formalizzata la figura di Bed manager e dal gennaio 2021 l'ASST Nord Milano parteciperà alla sperimentazione del nuovo sistema di governance dei trasporti secondari (sviluppo sistema EUOLL – AREU) come da mail 21/12/2020 “riscontro della nota 16.12.2020 prot. n. 0014892”.
- RED FLAG
- PRIAMO CUPDO con inserimento dati nel portale regionale

Sono stati elaborati i seguenti documenti per la valutazione, la diagnosi e il trattamento dei pazienti sospetti o accertati COVID positivi:

- ASSTNM-IA-26 Gestione terapeutica e di supporto per pazienti con sospetta/infezione COVID-19
- ASSTNM-IA-30 Gestione del flusso dei pazienti in PS. Fase 2 pandemia COVID 19
- ASSTNM-IA-32 Linee guida per la individuazione di donatori guariti da COVID 19, del plasma convalescente, per l'uso clinico nei pazienti affetti da COVID – 19 in fase attiva
- ASSTNM-PrA-40 Gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo coronavirus (Covid-2019)
- ASSTNM-PrA-44 Infezione da SARS-CoV-2. La gestione della gravida, partorienti e puerpera
- SITRA-PrA-008 Gestione Sistemi di Ventilazione non Invasiva e Ossigenoterapia
- MEI-EBA-IS-002 Gestione pazienti in reparto MEDICINA COVID - Reparto a Bassa intensità di cura
- ASSTNM-PrA-50 La gestione della dimissione del paziente sospetto/COVID-19 e l'isolamento domiciliare fiduciario
- ASSTNM-PrA-52 Guida pratica per la somministrazione, ad uso compassionevole, di plasma iperimmune nel trattamento di infezione da SARS-CoV-2
- Dimissione del paziente da reparti COVID + (dipartimento di medicina – documento interno)

Sono state garantite delle forme di assistenza da remoto:

- servizi di telemonitoraggio/teleconsulto per pazienti e MMG che richiedevano consulenze specialistiche (servizio "Lo specialista risponde") e per pazienti prenotati a cui erano state sospese le prenotazioni (classe di priorità P e D momentaneamente sospese) soprattutto con particolare riferimento ad alcune specialità (ad esempio, la Diabetologia).
- tramite il Centro Servizi, attività di sorveglianza attiva, con contatti telefonici quotidiani con pazienti dimessi o rinviati al domicilio con sintomatologia covid o in isolamento domiciliare (telesorveglianza e telemonitoraggio). Dal 6/11/2020, data di inizio dell'attività della Centrale COVID ASST Nord Milano, al 31/12/2020 presa in carico di 6042 pazienti positivi segnalati da ATS, sulla base del livello di gravità stratificato.

(vedere Relazione del Direttore Generale – Bilancio CET 2020).

Relativamente alla tutela dei lavoratori sono stati prodotti i seguenti documenti:

- ASSTNM-IA-25 Sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti COVID-19 ed indicazioni per la gestione screening sierologico/virale
- ASSTNM-IA-31 Epidemia da SARS – CoV-2: indicazioni per la Sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

Nel paragrafo “cluster” sono ricomprese le indicazioni per monitorare e valutare le trasmissioni associate a COVID-19 fra i pazienti e il personale per attuare gli interventi di prevenzione

A ulteriore tutela di pazienti/visitatori/operatori per gli aspetti igienico sanitari, sono stati redatti i seguenti documenti:

- SPP-PRA-005 Gestione e utilizzo dei DPI nelle attività sanitarie e sociosanitarie di assistenza a soggetti affetti da Covid-19
- ASSTNM-PrA 24 Gestione igienico sanitaria ambulatorio odontoiatrico
- ASSTNM-PrA 45 Attività di sanificazione delle aree ambulatoriali per la gestione post-emergenza covid-19 e chiarimenti organizzativi
- ASSTNM-IA 23 Pulizia e sanificazione ambientale in caso di rischio da COVID 19
- ASSTNM-IA 29 Disinfezione delle impronte protesiche odontoiatriche

Si è provveduto alla pubblicizzazione dei documenti attraverso email (vedere testo/esempio di comunicazione inviata a tutti i dipendenti) e con pubblicazione nella pagina intranet E-FILE, archivio Documenti aziendali.



Trovate in allegato e disponibile in E-FILE la procedura ASSTNM-IA-052 “ULTIMO SALUTO PRESSO I REPARTI DI DEGENZA”

In un'ottica di maggiore umanizzazione non solo delle cure ma anche della morte è stato scritto a più mani questo protocollo che vuole essere un prezioso strumento per avvicinare nell'ultimo viaggio le famiglie ai loro congiunti. E' importante non morire da soli e senza parole. E' straordinariamente umano condividere la propria morte con i propri cari.

“Seppellire i morti, riparare i viventi” (Anton Čechov)

Direzione Aziendale

Sono stati programmati sopralluoghi nella UO con il personale della funzione Risk Management, la Direzione Medica di Presidio e il Servizio Medico Competente per supportare gli operatori e per verificare il livello di sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento agli obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti:

- ① Identificare correttamente il paziente
- ② Migliorare l'efficacia della comunicazione
- ③ Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto livello di attenzione
- ④ Garantire la sicurezza in chirurgia
- ⑤ Ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza sanitaria
- ⑥ Ridurre il rischio di danno conseguente a caduta accidentale

avvalendosi della “Griglia di rilevazione”:



GRIGLIA RILEVAZIONE U.O. _____					
DATA _____		OPERAT QUARM: _____ OPERAT. U.O.: _____			
Ospedale BASSINI SESTO S.G.		conforme	aspetti critici da approfondire	non valut.	note
PERCORSI/STRUTTURA					
allestimento/utilizzo locali					
vestizione/svestizione					
predisposizione e definizione zona pulito/sporco					
trasporto intra/extraospedaliero pz					
movimentazione carrelli esterni (farmacia, vitto, magazzino...)					
PROCEDURE					
disponibilità/conoscenza procedure:					
gestione farmaci					
percorsi					
sorveglianza sanitaria					
sanificazione ambienti/presidi					
MATERIALE e PRESID					
approvvigionamento:					
DPI					
detergente mani					
carta asciugamani					
gel alcolico					
camici idrorepellenti					
presenza in ogni camera/aree di cura/spazi comuni di:					
sapone e carta asciugamani					
gel igienizzante					
poster sequenza igiene mani					
presenza e corretta ubicazione contenitori smaltimento rifiuti					
presenza e corretta ubicazione/utilizzo disinfettanti omologati contro Covid-19					
GESTIONE FARMACI					
richiesta F. antivirali					
conservazione/utilizzo F. antivirali					
tenuta armadi (ordine-scadenze-temperatura...)					
conservazione elettroliti concentrati					
CADUTE					
congruità strutturale/arredi/presidi					
percezione rischio cadute (assenza caregiver)					
COMUNICAZIONE					
qualità comunicazione operatori sanitari/paziente					
garanzia di comunicazione operatori sanitari/familiari					



presenza e corretto utilizzo devices per comunicazione remota paziente/familiari				
comunicazione interna				
FORMAZIONE				
adesione del Team al piano di formazione aziendale sulle misure di prevenzione e controllo Covid-19				
conoscenza e utilizzo presidi/apparecchiature specifiche O2 terapia, NIV, emogasanalisi....				
conoscenza/partecipazione del Team agli eventi e ai Servizi di supporto relazionale e/o psicologico rivolti al personale				
ALTRO				
custodia e restituzione effetti personale ricoverati/deceduti				

Nella prima fase sono stati effettuati 3 sopralluoghi nelle UO COVID di Sesto S. Giovanni; nella seconda ondata sono stati fatti i seguenti sopralluoghi:

UO COVID positive e COVID negative

- 9 ospedale Bassini (7 incontri su 9 reparti COVID di nuova istituzione)
- 7 ospedale Sesto S. Giovanni (3 incontri su 3 reparti COVID di nuova istituzione)

Indicatore ①	Realizzazione incontri per l'analisi di fattori di successo ed elementi di criticità nelle aree coinvolte nella cura dei pazienti covid19 (ottobre-dicembre 2020)
	10 / 12 = 83% → criticità da migliorare Standard: 100%

Quando utilizzata la scheda nelle UO COVID positive, è stato inviato il report a Direttore e Coordinatore di UO, Direttore di Dipartimento, Servizio Prevenzione e Protezione, SITRA. DMP, DS.

b. Comunicazione

OBIETTIVO

- comunicare efficacemente all'interno della ASST nord Milano e pianificare un'adeguata comunicazione esterna relativa a COVID-19.

La gestione della comunicazione interna ed esterna è stata gestita dal servizio aziendale Comunicazione (e.mail info.coronavirus@asst-nordmilano.it), con l'obiettivo di promuovere, secondo le linee di indirizzo stabilite dalla Direzione Generale, la conoscenza delle attività aziendali ai cittadini, Enti e soggetti istituzionale e operatori. La funzione ha mantenuto le relazioni con gli organi di informazione (Nota in atti 22/2/2020).

COMUNICAZIONE INTERNA

L'informazione sulla situazione nella struttura rispetto al COVID-19 è stata garantita attraverso:

- pubblicazioni sulla pagina WEB INTERNET^(*):
principali notizie
 - Sospensione PS pediatrico ospedale Bassini
 - Follow-up pazienti COVID ricoverati negli ospedali della ASST Nord Milano
 - Prenota il tampone on line
 - Esito del tampone on line
 - Tamponi DRIVE – IN al Bassini
 - Prenotazione esami

attivazione dei servizi:

- Sostegno psicologico emergenza COVID pazienti ricoverati e familiari
- Servizio supporto psicologico per i cittadini per problematiche psicologiche conseguenti all'esperienza Covid
- pubblicazioni sulla pagina WEB INTRANET, sezione NEWS
- comunicazioni da Spedalità a Contact Centrer Regione Lombardia
- Aggiornamento puntuale tramite mail a direttori di dipartimento notizie Reti per Patologia
- allestimento della cartellonistica

COMUNICAZIONE ESTERNA

I rapporti con le istituzioni principali per la comunicazione sono stati caratterizzati da:

- Call con Regione Lombardia e ATS
- Informative sindacali
- Partecipazione alla rete ospedaliera lombarda con competenze di area critica
- Incontri DSS/sindaci delle amministrazioni locali; coordinamento Reti territoriali (MMG-PLS); Attivazione Centri Diagnostici Territoriali
- Gestione Portale di dimissioni post ospedaliere PRIAMO –CUDPO – Bed Manager
- Protocolli/accordi con Reti per Patologia/HUB – Regione Lombardia

(*)

TAMPONI DRIVE-IN AL BASSINI - 20 ottobre 2020 - Da mercoledì 21 ottobre all'ospedale Bassini tamponi drive-in tutti i giorni da lunedì a domenica dalle 8.00 alle 20. Tutte le in... 	ESITO TAMPONE ONLINE 20 ottobre 2020 - Regione Lombardia - Fascicolo sanitario elettronico - Consultazione online dell'esito dell'ultimo tampone effettuato > 
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2020 27 ottobre 2020 - Vaccinazione antinfluenzale nei Centri vaccinali ASSTNM - su prenotazione dal 30 ottobre 2020: tutte le informazioni >> 	PRENOTAZIONE PRELIEVI 20 ottobre 2020 - L'accesso ai Centri prelievi dell'ASST Nord Milano è consentito solo dietro prenotazione al Call Center 800638638 - Tutte le informazioni > 
EMERGENZA COVID-19 20 ottobre 2020 - Regione Lombardia: Covid-19 - numero verde 800694545 - tutti i contatti e le informazioni > 	SOSTIENI GLI OSPEDALI DI SESTO E CINISELLO febbraio 2020 - Come effettuare una donazione per gli Ospedali di Sesto SG e Bassini di Cinisello nell'emergenza coronavirus > 
CORSI PRE-PARTO ONLINE 27 aprile 2020 - Corsi di accompagnamento alla nascita in modalità online > 	SOS ADOLESCENTI giugno 2020 - Aiuto per adolescenti e famiglie per affrontare le difficoltà di crescita o una condizione di disagio > 
SOSPESO il Pronto Soccorso Pediatrico del Bassini 9 marzo 2020 - E' sospesa l'attività del Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale Bassini. Resta attivo il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale di Sesto SG 	

c. Materiali di consumo e attrezzature e forniture mediche durevoli

OBIETTIVI

- prevenire la diffusione di COVID-19 nella ASST Nord Milano;
- garantire l'assistenza dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto;

- prendersi cura potenzialmente di un numero maggiore di pazienti nel contesto di un focolaio crescente, pur mantenendo cure adeguate per gli altri pazienti;

Sia durante la prima ondata pandemica e, successivamente, in forma sempre più strutturata è stata fatta una stima dei quantitativi dei presidi, del materiale e dei dispositivi di protezione individuale (DPI), con una valutazione dei tempi di approvvigionamento, prevedendo strategie per l'utilizzo di canali alternativi a quelli previsti per l'approvvigionamento e per la conservazione dei DPI.

Sono stati inviati report agli organi istituzionali - flusso Regione Lombardia - ed è stato previsto il monitoraggio interno in Farmacia, Provveditorato-Economato, Direzione Medica di Presidio/Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale.

FARMACIA

Il controllo viene effettuato ogni 15 giorni o in base ai consumi.

GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	
FASE 1	Valutazione e calcolo dei fabbisogni: - considerare il periodo (mese) in cui sono stati fatti più acquisti; - moltiplicare il quantitativo consumato x 2 in modo tale da garantire una copertura orientativamente per due mesi.
FASE 2	Creazione di un sottoscorta. Considerare i consumi degli ultimi mesi in cui sono stati fatti più acquisti e dividerli per il periodo preso in esame.
FASE 3	Monitoraggio costante delle giacenze mediante l'applicativo aziendale NFS Dedalus.
FASE 4	Stimare il tempo medio di avanzamento degli ordini: - selezionare 3 farmaci/dispositivi medici la cui consegna ha subito un rallentamento durante il picco pandemico e individuare il tempo di evasione per ciascun ordine; - effettuare una media dei periodi di consegna in emergenza per i 3 farmaci/dispositivi medici; - fare, quindi, una stima approssimativa sui tempi di consegna dei farmaci/dispositivi medici in emergenza.
FASE 5	Controllo settimanale dello stato di avanzamento degli ordini mediante l'applicativo aziendale NFS Dedalus.
FASE 6	Immediato sollecito degli ordini le cui consegne subiscono un rallentamento.
FASE 7	Dare importanza alla trasparenza: occorre sempre <u>motivare</u> gli acquisti fatti in urgenza.
FASE 8	Mancata disponibilità del prodotto da parte dell'operatore economico aggiudicatario della gara Aria/Consip/Aggregata. <i>Come procedere:</i> 1. Richiesta d'offerta (RDO) ad almeno 5 operatori economici. Tempo minimo di evasione dell'ordine 15 giorni. 2. Affidamento diretto (ordini in economia). Acquisti effettuati mediante l'invio diretto dell'ordine all'azienda. Tempo di evasione dell'ordine legato unicamente alla disponibilità del prodotto da parte dell'azienda. 3. Acquisto delle materie prime e produzione interna presso il laboratorio di galenica della farmacia. Tempi di evasione degli ordini correlati ai tempi di consegna della materie prime se non presenti in laboratorio. 4. Ricezione e validazione delle donazioni. Controllo della conformità ai requisiti per garantire la qualità dei prodotti donati.
FASE 9	Gestione delle carenze: 1. Inoltro della richiesta di importazione del prodotto dall'estero. 2. Acquisto delle materie prime e produzione interna presso il laboratorio di galenica della farmacia. Tempi di evasione degli ordini correlati ai tempi di consegna della materie prime se non presenti in laboratorio. 3. Ricezione e validazione delle donazioni. Controllo della conformità ai requisiti per garantire

	la qualità dei prodotti donati.
4.	Collaborazione tra farmacie della rete territoriale che potrebbero mettere a disposizione le loro scorte.

Un esempio relativo alla giacenza farmaci al 24/12/2020 è di seguito riportato.

FARMACO	consumo 2 mesi NO COVID periodo 15/1/20-15/3/20	consumo 2 mesi periodo 15/3/20-15/5/20	GIACENZA AL 14/8/20	AZIONI INTRAPRESE	consumo 2 mesi periodo 15/10/20-15/12/20	GIACENZA AL 24/12/20
PROPOFOL 1% 20ml	800	2000	3700		2600	790 + 900 IN ORDINE
PROPOFOL 1% 100ml	100	200	390		270	500 + 300 IN ORDINE
PROPOFOL 2% 50ml	400	700	490	ORDINATI N° 300	820	120 + 600 IN ORDINE
PROPOFOL 1% 50ml	0				NUOVO INSERIMENTO	0 + 5000 IN ORDINE

La mappatura dei dispositivi suddivisi in:

- o Riutilizzabili: FLUSSIMETRI, SCATOLE FLUSSOMETRICHE
- o Non riutilizzabili: CASCHI, VALVOLE, FILTRI, MASCHERE

inizialmente giornaliera poi settimanale, ora mantenuta mensile, è stata gestita dal **SITRA** e inviata alla **DMP**, alla Servizio Farmacia e al direttore della terapia intensiva.

Giacenza al 29/12/2020

		TOTALE BASSINI		TOTALE SSG			GIACENZA FARMACIA AL 29/12/2020	GENERALE
		disponibili		disponibili		TOT	TOT	TOT
	MASCHERA DI VENTURI	479		267		746	1337	2083
	MASCHERE RESERVOIR (per O2 15L/min)	547		112		659	795	1454
	CASCHI PER CPAP	510		82		592	gestiti a transito su richiesta reparto	592
	VALVOLE MECCANICHE PEEP (per casco CPAP)	180		11		191	0 --> 400 in back-order	191
	FILTRI HME	1109		296		1405	1950	3355

PROVVEDITORATO - ECONOMATO

Il monitoraggio dei dispositivi (consumi e giacenze) viene svolto ogni 15 giorni e vengono inviati i dati alla Regione Lombardia per segnalare carenze e farsi rifornire dei dispositivi di cui vi è prioritariamente necessità. Il servizio provvede anche all'acquisto con procedure autonome.

La giacenza al 17/12/2020 è di seguito illustrata.

DESCRIZIONE	GIACENZE	CONSUMO MASSIMO MENSILE	MESI SCORTA	CONSUMO MENSILE RILEVATO	MESI SCORTA
MASCHERE FFP2	315000	50000	6,3	32000	9,84375
MASCHERE FFP3	19000	5000	3,8	3400	5,588235294
MASCHERINE CHIRURGICHE 3 STRATI	440000	70000	6,285714286	50000	8,8
MASCHERINE CHIRURGICHE 3 STRATI NO	405000	70000	5,785714286	50000	8,1

FERRETTO					
CAMICI IDROREPELLENTI VARIE MISURE	175000	64000	2,734375	46000	3,804347826
CAMICI IMPERMEABILI MISURA L	15000	10000	1,5	7200	2,083333333
TUTE IDROREPELLENTI (*)	3000	8000	0,375	6000	0,5
VISIERE	89000	4400	20,22727273	3200	27,8125
OCCHIALI PROTEZIONE	1054	400	2,635	300	3,513333333
SOVRASCARPE	395000	40000	9,875	30000	13,16666667
CUFFIE COPRICAPO	122000	26000	4,692307692	19000	6,421052632
GUANTI IN NITRILE VARIE MISURE	1388000	380000	3,652631579	274000	5,065693431
GUANTI IN VINILE VARIE MISURE	905000	560000	1,616071429	400000	2,0125
GUANTI IN LATTICE VARIE MISURE	200000	406000	0,492610837	290000	0,689655172

(*)entro fine dell'anno 6000 da Regione Lombardia e 8000 ordine ASST Nord

Tutti i presidi e il materiale necessario per aderire alle pratiche raccomandate di prevenzione e controllo delle infezioni sono stati messi a disposizione delle UO, come da report dei sopralluoghi fatti dalla funzione Risk Management durante la recrudescenza della pandemia.

Per il comfort dei pazienti COVID ricoverati in fase emergenziale, soprattutto pazienti soli e fragili, è stato creato l'**'armadio dei pigiami'**, con disponibilità di biancheria donata da enti/ditte/associazioni per garantire il cambio quotidiano.

d. Identificazione e gestione dei pazienti; accessi consentiti all'interno della struttura

OBIETTIVI

- prevenire la diffusione di COVID-19 nella ASST Nord Milano;
- identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19
- garantire l'assistenza dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto;
- prendersi cura potenzialmente di un numero maggiore di pazienti nel contesto di un focolaio crescente, pur mantenendo cure adeguate per gli altri pazienti

Dall'inizio della pandemia sono stati attivati TRIAGE differenziati per pazienti COVID positivi e COVID negativi e sono stati rivisti i percorsi di accesso e circolazione di pazienti e visitatori all'interno degli ospedali e delle strutture territoriali della ASST: termoscanner o controllo della temperatura con termometro digitale, posizionamento di cartellonistica specifica, segnaletica orizzontale, segnaletica su sedute per il distanziamento sociale.

Nel mese di novembre sono state attivate tensostrutture esterne per l'accoglienza di accompagnatori dei pazienti di PS.

I documenti di riferimento sono i seguenti:

- ASSTNM-IA-30 Gestione del flusso dei pazienti in PS. Fase 2 pandemia COVID 19
- ASSTNM-IA 21 Invio campioni al LRR di Milano per sospetto COVID 19
- ASSTNM-PrA-40 Gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo coronavirus (Covid-2019)

- ASSTNM-PrA-44 Infezione da SARS-CoV-2. La gestione della gravida, partoriente e puerpera
- ASSTNM-PrA-46 Percorso pericovero chirurgico – Emergenza covid 19
- SITRA-IA-007 Presa in carico del cittadino e del dipendente con temperatura $\geq 37,5^\circ$ rilevata al pre triage in REVISIONE e trasformazione in IA: Modalità generali di accesso alle strutture. Evoluzione dello scenario epidemiologico
- ASSTNM-PrA-52 Ultimo saluto presso i reparti di degenza
- SPP-PRA-006 Impiego colonnina porta gel igienizzante mani

E' stata garantita la notifica dei casi sospetti-casi COVID 19 con la registrazione in sMAINF (sistema di sorveglianza delle malattie infettive) Regione Lombardia.

Sono stati attivati percorsi specifici per pazienti fragili di dialisi e oncologia, un sistema di Triage telefonico per pazienti ambulatoriali, sperimentazioni di "telemedicina" in ambulatori di cardiologia, endocrinologia e diabetologia.

Le Direzioni Mediche di Presidio hanno condiviso le restrizioni per i visitatori, implementando la comunicazione remota tra il paziente e il visitatore e dotando le UO di tablet (come da report Report sopralluoghi UO).

La presenza di nuovi e specifici rischi legati alla pandemia con impatto diretto sui pazienti, con seguente possibile aumento della litigiosità e delle richieste di risarcimento, ha comportato la definizione di linee di indirizzo per la **gestione della consegna degli effetti personali ai familiari** dei pazienti deceduti nei reparti Covid 19 positivi a partire dal mese di marzo 2020.

Indicatore ⑤	Attuazione di un "servizio psicologico emergenza COVID" per pazienti e familiari/care giver
	Aperti: → SERVIZIO PSICOLOGICO EMERGENZA COVID pazienti ricoverati e familiari → SERVIZIO SUPPORTO PSICOLOGICO PER I CITTADINI per problematiche conseguenti all'esperienza Covid

Alcuni dati

Servizio Psicologico Emergenza COVID pazienti ricoverati e familiari → settembre – dicembre 2020: pazienti 59; familiari 203

e. Operatori sanitari

OBIETTIVI

- prevenire la diffusione di COVID-19 nella ASST Nord Milano;
- monitorare e gestire il personale sanitario che potrebbe essere esposto a COVID-19;

E' stato messo in atto quanto previsto dalla normativa in merito al congedo per malattia dei dipendenti e sono state elaborate le seguenti procedure specifiche:

- ASSTNM-IA-25 Sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti COVID-19 ed indicazioni per la gestione screening sierologico/virale
- ASSTNM-IA-31 Epidemia da SARS – CoV-2: indicazioni per la Sorveglianza sanitaria dei lavoratori
- SITRA-IA-007 Presa in carico del cittadino e del dipendente con temperatura $\geq 37,5^\circ$ rilevata al pre triage in REVISIONE e trasformazione in IA: Modalità generali di accesso alle strutture. Evoluzione dello scenario epidemiologico

- SPP-PRA-005 Gestione e utilizzo dei DPI nelle attività sanitarie e sociosanitarie di assistenza a soggetti affetti da Covid-19

Estratto pagina INTRANET:

- **AVVISO** - Infortunio COVID-19 >>
- **AVVISO** - Infortunio sul lavoro >>
- **TASK FORCE COVID:** nuova unità di crisi >>
- **STRAORDINARI 2019** >>
- **Lavoro Agile** >>

Il 16 ottobre sono state diffuse (mail a tutti i dipendenti) le indicazioni per "Utilizzo dei rilevatori di temperatura (termoscanner) associati ai terminali rilevazione presenze".

L'aderenza all'uso raccomandato dei DPI da parte degli operatori è stata verificata in occasione dei sopralluoghi e con interventi ad hoc a seguito di segnalazione.

f. Istruzione e formazione

OBIETTIVI

- prevenire la diffusione di COVID-19 nella ASST Nord Milano;
- garantire l'assistenza dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto;

Con il sopravvenire della pandemia la Direzione Aziendale ha rimodulato il Piano di Formazione, realizzando corsi finalizzati allo sviluppo e adeguamento delle competenze di tutti gli operatori alle nuove esigenze assistenziali, diagnostiche e terapeutiche del paziente covid positivo e corsi finalizzati allo sviluppo di conoscenze e competenze per la protezione degli operatori e dei pazienti.

In riferimento all'emergenza Covid sono stati organizzati 25 eventi formativi (10 accreditati ECM) di cui 5 di formazione sul campo, 15 formazione residenziale, 1 FAd-sincrona, 1 FAD classica per complessive 92 edizioni, inoltre è stato pubblicato sulla intranet il link per l'accesso ai corsi FAD promossi dall'Istituto Superiore di Sanità e da Fadinmed in collaborazione con la Federazioni Nazionali degli Ordini dei Medici e Odontoiatri (FNOMCEO) e delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).

I corsi sono stati pubblicati sul portale formazione, sono state affisse locandine informative e sono state inviate comunicazioni ai rispettivi Responsabili per garantire la massima partecipazione.

Complessivamente hanno partecipato **1696** operatori e gli eventi sono stati rivolti anche al **personale esterno** reclutato per fornire assistenza ai pazienti affetti da COVID-19.

Per l'attività formativa residenziale, al fine di garantire la sicurezza nella presenza in aula, è stato ridimensionato il numero massimo di partecipanti considerando la possibilità del distanziamento e, al fine di consentire la massima partecipazione, sono stati previsti anche collegamenti a distanza tramite skype.

La formazione effettuata ha preso in considerazione sia aspetti clinico-assistenziali di gestione e monitoraggio dei pazienti affetti da COVID-19, sia di prevenzione con particolare riferimento alle misure raccomandate per il controllo delle infezioni e per prevenire la diffusione del COVID-19.

Relativamente a quest'ultimo punto: non sono stati fatti audit specifici per valutare l'aderenza alle pratiche di igiene delle mani, che negli scorsi anni sono stati fatti regolarmente utilizzando gli strumenti suggeriti da OMS e Regione Lombardia; il tema è stato fortemente "stressato" in occasione dei corsi di formazione sia in aula che sul campo.

Il dettaglio è descritto nella tabella:

TITOLO EVENTO	N. EDIZIONI	TIPOLOGIA FORMATIVA	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	N. Part.	figure professionali
La Gestione del paziente COVID-19 in U.O. Sub-intensiva	1	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	28	21 infermieri - 6 medici - 1 Asan
EMERGENZA SANITARIA COVID-19:ADDESTRAMENTO PER L'UTILIZZO DEI DPI E MISURE DI PREVENZIONE	33	FORMAZIONE SUL CAMPO	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	451	Tecnico audiometrista 1 - Odontoiatra 1 - IG 1 - Medico specializzando 1 - Biologo 1 - O.T.A. 1 - Logopedista 2 - Massofisioterapista 2 - Ortottista 6 - Ostetrica 8 - TSRM 10 - Infermiere pediatrico 11 - TSLB 26 - Fisioterapista 33 - OSS 55 - Medico 85 - Infermiere 207
PROCEDURA AZIENDALE GESTIONE TERAPIA PAZIENTI COVID19	5	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	183	Medico 127 - Infermiere 46 - Infermiere pediatrico 1 - Dietista 1 - Medico specializzando 5 - Ortottista 2 - Studente 1
CPAP: Fisiopatologia e applicazioni cliniche	1	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	27	Medico 18 - Infermiere 5 - Fisioterapista 2 - Farmacista 2
QUESTION TIME: Il fine vita nei pazienti COVID-19	1	RESIDENZIALE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	13	Medico 8 - Infermiere 2 - Educatore professionale 1 - Medico specializzando 1 - Psicologo 1
LA COAGULOPATIA NEL COVID 19	2	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	92	Medico 74 - Infermiere 12 - Medico specializzando 2 - Farmacista 2 - Studente 1 - Biologo 1
ECOGRAFIA POLMONARE (Emergenza COVID 19)	1	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	37	Medico 34 - Infermiere 2 - Tecnico Perfusionista 1
PRENDERSI CURA DI CHI CURA AL TEMPO DEL COVID-19	2	FAD sincrona	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	12	Medico 1 - Infermiere 6 - Fisioterapista 2 - OSS 2
COVID19: IMAGING TAC AD ALTA RISOLUZIONE	1	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	40	Medico 39 - Studente 1
COVID-19 FASE 2: misure di prevenzione e utilizzo dei DPI in UONPIA	2	FORMAZIONE SUL CAMPO	MEDICI, INFERMIERI, TERP, EDUCATORI	41	Medico 6 - Infermiere 1 - Educatore professionale 1 - Fisioterapista 4 - Medico specializzando 1 - Logopedista 8 - TNPEE - Assistente sociale 1 -OSS 3 - Psicologo 10 -Assistente sanitario 1
INDICAZIONI, CHIRURGIA E GESTIONE DELLA TRACHEOTOMIA	1	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	19	Medico 11 - Infermiere 7 -Medico specializzando 1
TRAINING DI RIEQUILIBRIO DEL BENESSERE PSICOLOGICO POST EMERGENZA COVID-19	3	RESIDENZIALE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	43	Medico 6 - Infermiere 16- Dietista 1 -Fisioterapista 11 -OSS 6 - Psicologo 3

TECNICHE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL SONNO	2	RESIDENZIALE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	29	Medico 6 - Infermiere 11 - Fisioterapista 3 -OSS 4
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI NEL CONTESTO DELL'EMERGENZA COVID-19	1	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	111	Odontoiatra 1 - TSLB 1 -Ostetrica 4 -Altre figure esenti da crediti 13 - Medico 32 -Infermiere 60
COVID 19: Approccio terapeutico e CPAP	2	RESIDENZIALE	MEDICI INFERMIERI DIETISTE	47	Altre figure 1 - Medico di medicina generale (Medico di Famiglia) 2 - Infermiere 21 -Medico 23
COVID 19: Approfondimenti diagnostici	1	RESIDENZIALE	MEDICI INFERMIERI TSRM	24	TSRM 3 - Medico 10 - Infermiere. 11
LEGAMI, TRAUMA, RESILIENZA ai tempi del COVID-19	1	RESIDENZIALE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	40	Infermiere pediatrico 1 - Fisioterapista 2 -OSS 2 -Psicologo 4 -Assistente sociale 4 - Medico 5 - Infermiere 22
COVID-19: UTILIZZO DPI E MISURE DI PREVENZIONE	7	FORMAZIONE SUL CAMPO	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	72	Altre figure 1 - TSRM 1 -O.T.A. 2 - Fisioterapista 4 - Ortottista 4 - Ostetrica 5 - OSS 6 - Medico 13 - Infermiere 36
PRENDERSI CURA DI SE AL TEMPO DEL COVID: incontri formativi di mindfulness, automassaggio e digitopressione	8	FORMAZIONE SUL CAMPO	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	65	Psicologo 2 - Fisioterapista 3 - Medico 3 - Ortottista 4 - Ostetrica 6 -TSLB 6 - OSS e Amministrativi 8 - Infermiere 33
Confronto tra Medici dei Reparti Covid e Rianimatori	1	RESIDENZIALE	MEDICI	36	Medici 36
QUESTION TIME COVID19: la gestione dell'insufficienza respiratoria e l'utilizzo della CPAP	1	RESIDENZIALE	MEDICI E INFERMIERI	18	Infermiere 2 - Medico 16
COVID 19:Assistenza al paziente ventilato meccanicamente	1	RESIDENZIALE	INFERMIERI	28	Infermieri 28
EGA: esecuzione ed interpretazione	1	RESIDENZIALE	MEDICI INFERMIERI	14	Medici 7 - Infermieri 7
MISURE DI PREVENZIONE DURANTE L'ATTIVITA' AMBULATORIALE PER LA PREVENZIONE DEL COVID 19	12	FORMAZIONE SUL CAMPO	MEDICI E INFERMIERI	205	OSS 1 - Infermiere 29 - Medico 175
PROSPETTIVE RELAZIONALI NELLA NUOVA SOCIETA' SOCIETA' COV.0	1	RESIDENZIALE	PSICOLOGI, ASSISTENTI SOCIALI, ASSISTENTI SANITARI, MEDICI, EDUCATORI	21	Assistente sanitario 1 - Infermiere pediatrico 1 - medico 1 - Infermiere 2 - Assistente sociale 5 -Psicologo 11



Indicatore ④	Progettazione di eventi formativi per operatori su tematiche COVID 19
	N. di progetti formativi → 25 Standard: SI

TABELLA COMPLETA DOCUMENTI AZIENDALI COVID 19

numero	data	REV	DESCRIZIONE	TITOLO
ASSTNM-PrA 24	21/7/20	1	Seconda emissione	Gestione igienico sanitaria ambulatorio odontoiatrico
ASSTNM-PrA 40	15/3/20	4	Revisione Task Force Covid-19. Nuove indicazioni Ministeriali	Gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo coronavirus (Covid-2019)
ASSTNM-PrA 44	30/3/20	0	Prima emissione	Infezione da SARS-CoV-2. La gestione della gravida, partoriente e puerpera
ASSTNM-PrA 45	28/5/20	0	Prima emissione	Attività di sanificazione delle aree ambulatoriali per la gestione post-emergenza covid-19 e chiarimenti organizzativi
ASSTNM-PrA 46	16/10/20	1	Specifiche tempistica tampone	Percorso prericovero chirurgico – Emergenza covid 19
ASSTNM-PrA 50	9/9/20	1	Prima emissione	La gestione della dimissione del paziente sospetto/COVID-19 e l'isolamento domiciliare fiduciario
ASSTNM-PrA 52	12/11/20	0	Prima emissione	Ultimo saluto presso i reparti di degenza
ASSTNM-PrA 52	4/12/20	0	Prima emissione	Guida pratica per la somministrazione, ad uso compassionevole, di plasma iperimmune nel trattamento di infezione da SARS-CoV-2
numero	data	REV	DESCRIZIONE	TITOLO
SPP-PRA-005	15/7/20	1	Aggiornamento contenuti	Gestione e utilizzo dei DPI nelle attività sanitarie e sociosanitarie di assistenza a soggetti affetti da Covid-19
SPP-PRA-006	Non definita	0		Impiego colonnina porta gel igienizzante mani
numero	data	REV	DESCRIZIONE	TITOLO
SITRA-IA-077				Presenza in carico del cittadino e del dipendente con temperatura $\geq 37,5^\circ$ rilevata al pre triage
SITRA-PrA 008	16/11/20	0	Prima emissione	Gestione Sistemi di Ventilazione non Invasiva e Ossigenoterapia
MEI-EBA-IS-002	19/11/20	0	Prima emissione	Gestione pazienti in reparto MEDICINA COVID Reparto a Bassa intensità di cura
numero	data	REV	DESCRIZIONE	TITOLO
ASSTNM-IA 21	24/2/20	2	REV 2	Invio campioni al LRR di Milano per sospetto COVID 19
ASSTNM-IA 23	3/3/20	0		Pulizia e sanificazione ambientale in caso di rischio da COVID 19
ASSTNM-IA 25	2/5/20	5	Revisione	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti COVID-19 ed indicazioni per la gestione screening sierologico/virale
ASSTNM-IA 26	21/10/20	4	Inserimento specifiche supporto nutrizionale. Indicazioni farmaco REMDESIVIR. Specifiche per steroide e terapia	Gestione terapeutica e di supporto per pazienti con sospetta/infezione COVID-19

			anticoagulante. Inserimento Trattamento riabilitativo	
ASSTNM- IA 27	18/3/20	0	Prima emissione	La gestione della dimissione del paziente sospetto/COVID-19 e l'isolamento domiciliare fiduciario
ASSTNM- IA 28	21/7/20	0	Prima emissione	Organizzazione e gestione del paziente che accede ai poliambulatori odontoiatrici dell'ASST Nord Milano
ASSTNM- IA 29	21/7/20	0	Prima emissione	Disinfezione delle impronte protesiche odontoiatriche
ASSTNM- IA 30	21/8/20	0	Prima emissione	Gestione del flusso dei pazienti in PS. Fase 2 pandemia COVID 19
ASSTNM- IA 31	9/11/20	1	Modifica titolo. Adeguamento normativa. Specifiche operatori sanitari e socio-sanitari. Allegati	Epidemia da SARS – CoV-2: indicazioni per la Sorveglianza sanitaria dei lavoratori
ASSTNM- IA 32	30/11/20	0	Prima emissione	Linee guida per la individuazione di donatori guariti da COVID 19, del plasma convalescente, per l'uso clinico nei pazienti affetti da COVID – 19 in fase attiva.
ASSTNM- IA 33	In lavorazione	0	Prima emissione	Modalità generali di accesso alle strutture. Evoluzione dello scenario epidemiologico

Indicatore ②	Elaborazione di “procedure” aziendali per la gestione del paziente COVID positivo per i seguenti temi: diagnosi - terapia – ventilazione – isolamento - DPI
	N. di procedure aziendali elaborate → 22 Standard: SI

4) Piano di crisi

OBIETTIVO

- prendersi cura potenzialmente di un numero maggiore di pazienti nel contesto di un focolaio crescente, pur mantenendo cure adeguate per gli altri pazienti;

Il Gruppo di supporto all'organizzazione per la rimodulazione delle attività in funzione della pandemia COVID-19 ha elaborato il **“PIANO DI PRONTO AMPLIAMENTO IN CASO DI RECRUDESCENZA EPIDEMIA COVID-19 ASST NORD MILANO”** (ALLEGATO 3), che è stato inviato con protocollo 36281 il 31/12/2020 ad ATS - Dipartimento Programmazione Accreditamento. Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie. Programmazione Governo Reti di Offerta e Tempi di Attesa.

Indicatore ③	Predisposizione del Piano di Crisi
	“Piano di pronto ampliamento in caso di recrudescenza epidemia COVID-19 – ASST NORD MILANO” del 31/12/2020 Standard: SI

ALTRE ATTIVITA'

Al fine di mantenere la mission dei due presidi ospedalieri e garantire la cura dei pazienti non COVID, sono stati predisposti percorsi specifici in oncologia, dialisi, ostetricia/ginecologia, psichiatria, pediatria, chirurgia (obiettivi di budget). In tutto il periodo sono stati mantenuti contatti formalizzati con gli Ospedali HUB e con i referenti Reti di Patologia per il trasferimento e/o presa in carico dei pazienti con problematiche non differibili.

Sono state attuate misure per il rafforzamento del personale sanitario, in particolare:

- remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinari
- reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico e sanitario con emanazione di "Avviso pubblico di manifestazione di interesse"
- reclutamento personale per il Piano di Vaccinazioni.

L'ASST ha aderito al "Progetto Michelangelo", iniziativa del Comune di Milano e delle associazioni del sistema socio sanitario regionale, mettendo a disposizione 40 operatori sanitari e dal 12/11/2020 ha attivato presso l'Ospedale di Sesto S. Giovanni una "Degenza di Sorveglianza".

A supporto degli operatori sono state realizzate le seguenti azioni:

- Conferimento incarico a bioeticista di collaborazione task force
- Condivisione delle "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili". SIAARTI
- Attuazione dell'intervento formativo "Confronto tra medici dei reparti COVID e rianimatori"
- Attivazione Sportello supporto psicologico emergenze COVID- Operatori sanitari
Alcuni dati settembre - dicembre 2020: colloqui individuali 84; incontri di gruppo 32
- Pubblicazione sulla pag INTRANET delle Pillole di buona pratica WHP specifiche per COVID 19 e benessere operatori

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I risultati raggiunti per le principali attività sono proposti all'interno dei paragrafi e una loro sintesi è proposta con l'esito indicatori.

Le criticità più evidenti, che saranno maggiormente presidiate nel 2021, sono state:

- difficoltà nella gestione tempestiva dei flussi comunicativi, in particolare la comunicazione interna
- difficoltà nella realizzazione degli incontri/sopralluoghi per l'analisi di fattori di successo ed elementi di criticità in **tutte** le aree coinvolte nella cura dei pazienti covid19
- necessità di competenze aggiuntive per favorire il passaggio ad un ruolo professionale rinnovato per reagire ai cambiamenti imposti dall'epidemia da covid 19, per assistere/curare in forma sicura i pazienti e sostenere l'organizzazione anche nei momenti più difficili.

TUTTA LA DOCUMENTAZIONE, VERBALI E REPORT INTEGRALI SONO DISPONIBILI IN ASST NORD MILANO.

La sintesi è presente nell'ALLEGATO 4 "Check list Covid CDC".



2 MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA (SIMES)

Nel 2020 sono stati registrati in SIMES tre eventi sentinella:

Lista eventi sentinella					
	Tipologia Evento	Identif. Evento	Data Evento	Regione	Struttura Sanitaria
○	SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	11439	04/12/2020	LOMBARDIA	ASST NORD MILANO
○	SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	11273	03/06/2020	LOMBARDIA	ASST NORD MILANO
○	MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	10866	29/03/2020	LOMBARDIA	ASST NORD MILANO

Non sono stati coinvolti pazienti COVID positivi .

Indicatore ⑥	Realizzazione di audit-RCA su eventi sentinella nella gestione dei pazienti Covid positivi
	N. 0 / 0 Standard: 100%

A seguito dell'evento 10866 è stata aggiornata la Procedura aziendale FAR-PrA-002 "Gestione delle soluzioni elettrolitiche concentrate per uso endovenoso" (16/6/2020) ed è stata inserita la voce "elettroliti concentrati" nella Griglia di rilevazione per i sopralluoghi nella UO COVID positive, con evidenziazione di criticità in quattro reparti:

- Alert poco visibile (4)
 - ➔ consegna di "alert più visibile", in attesa di nuova revisione della procedura
- presenza di potassio concentrato in reparto non autorizzato alla conservazione (1)
 - ➔ restituzione immediata al servizio farmacia



3 MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI E SINISTRI

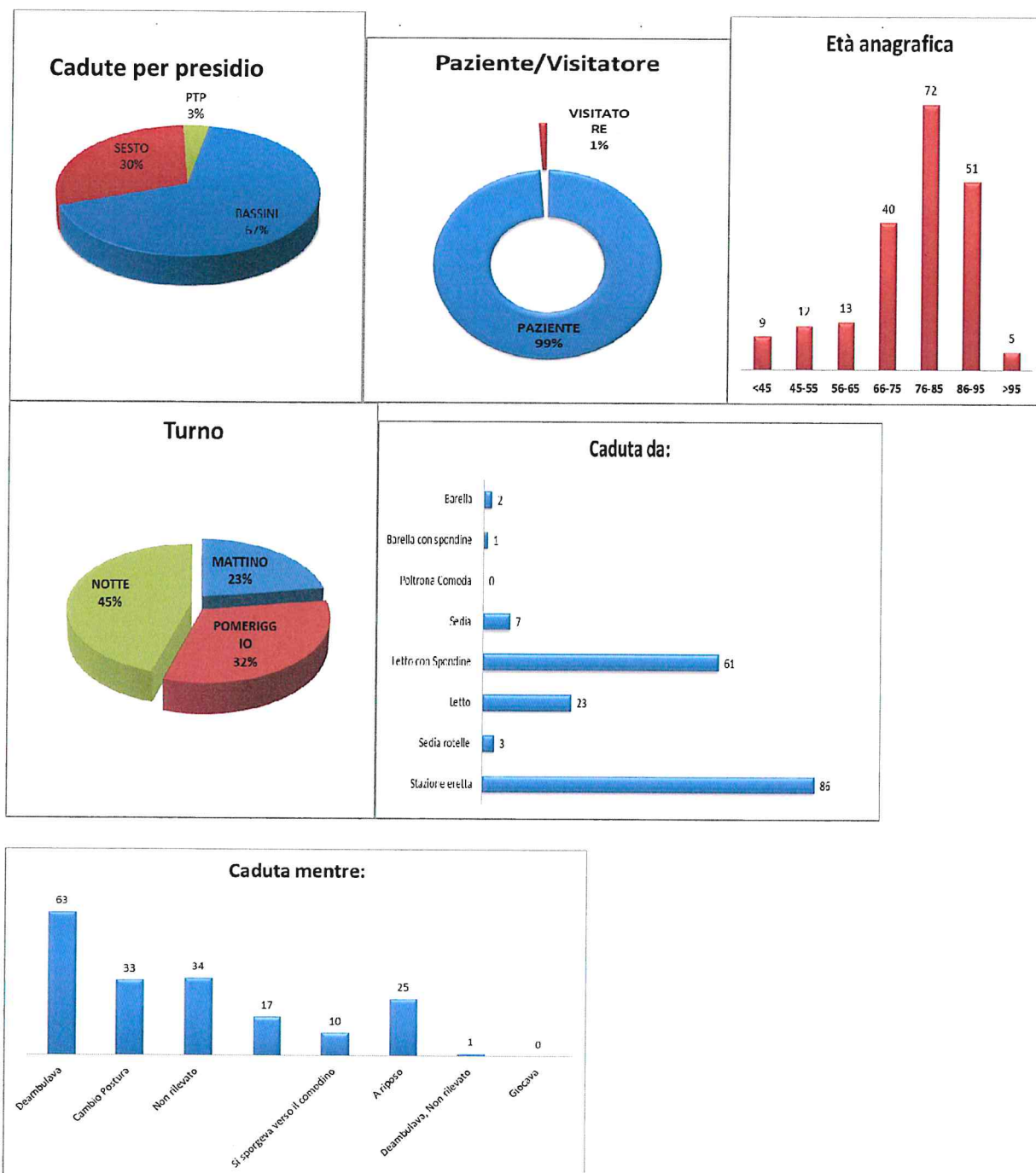
3.1 Sinistri

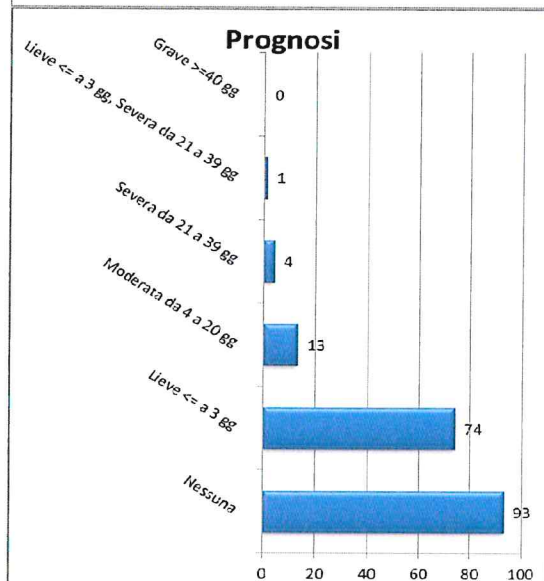
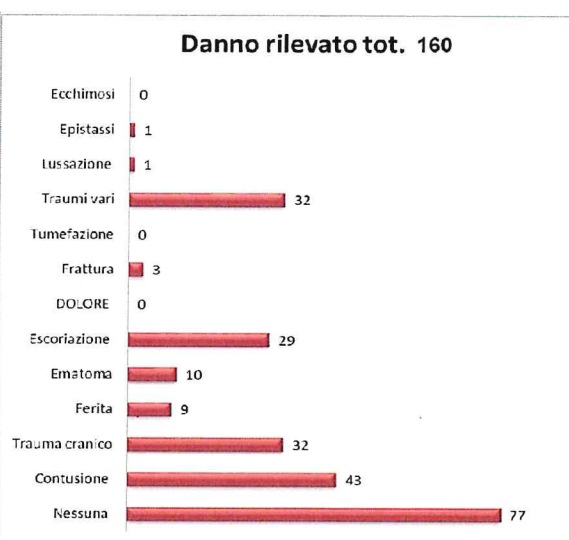
E' proseguita la collaborazione con l'ufficio Affari Legali per la gestione dei Sinistri e con l'Ufficio URP per le segnalazioni, allo scopo di migliorare la reattività aziendale ai vari eventi.

Sono state rispettate le scadenze previste dalle Linee Operative di Risk Management 2020 e sono stati aggiornati i dati sul Data Base regionale Sinistri – Polizze come da cadenze semestrali.

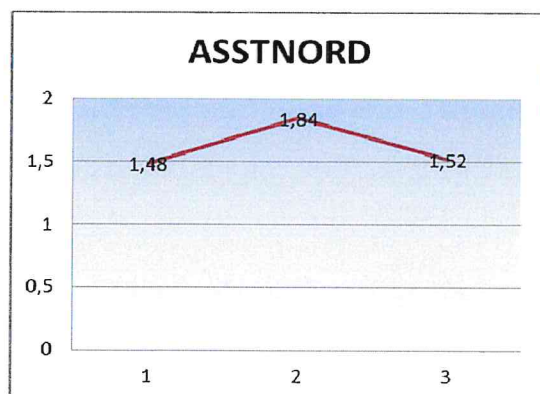
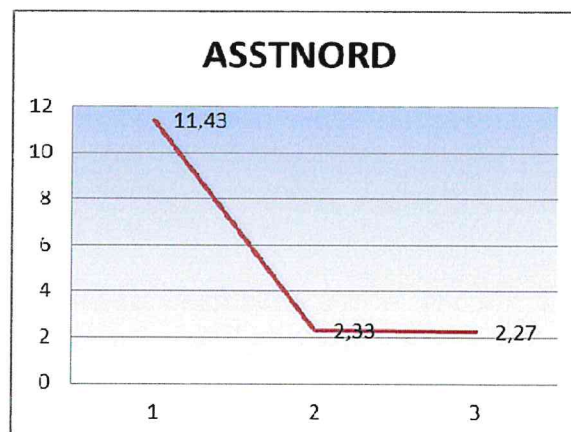
3.1 Cadute

Le cadute totali registrate nel sistema sono 178, con le seguenti specificazioni

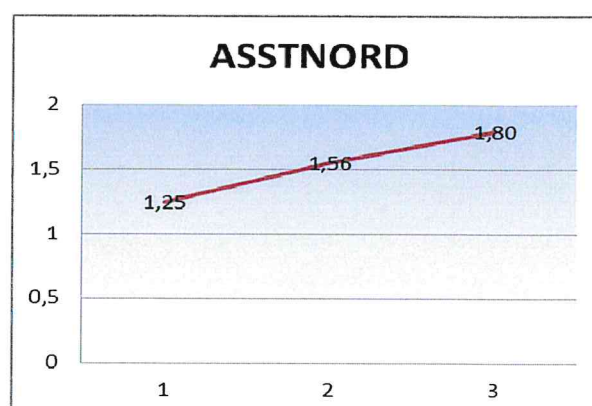




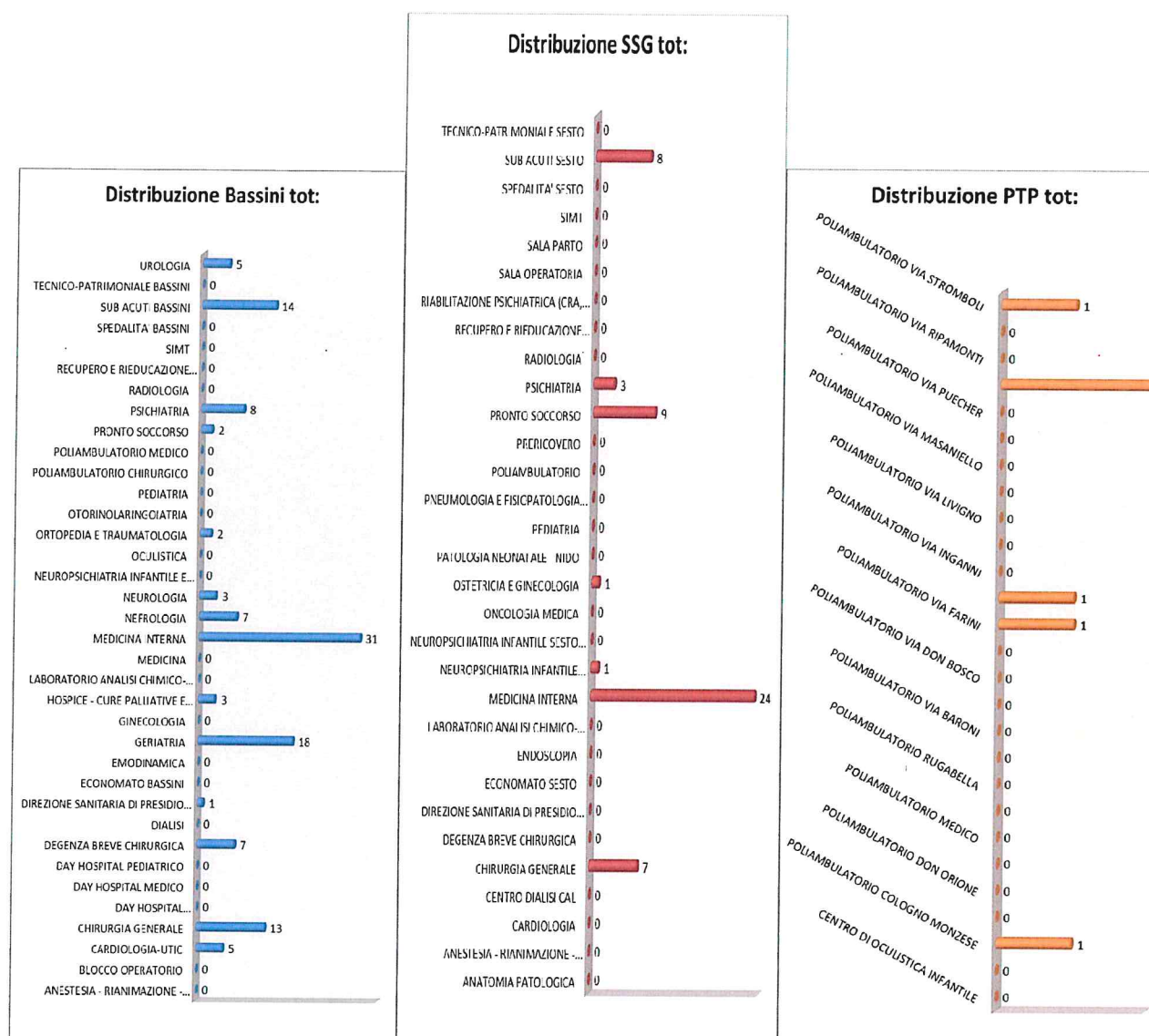
L'indicatore n° cadute con prognosi severa-grave/n° totale di cadute con prognosi nel triennio 2018 – 2020 evidenzia una netta diminuzione dei casi nel tempo.



L'indicatore cadute/GG degenza X 1000, il cui standard di riferimento è 2,8 – 18,2, nel 2020 è pari a 1,52, si mantiene nei range ed è sovrapponibile al dato.



L'indicatore cadute/casi X 100, il cui standard di riferimento è 2% - 5%, è in crescita costante.



Nel 2020 vi è stato un incremento importante delle cadute nel PS di Sesto SG, passate da 0 a 9 (numeri assoluti), dove gli operatori hanno evidenziato il problema correlandolo all'assenza dei parenti/care giver durante l'attesa causa restrizioni da covid 19 e in medicina Bassini, passate da 15 a 31 (numero assoluto).

Nel 2020 risultano 2 cadute da barella, assenti negli anni precedenti.

Meritevole di approfondimento il dato "caduta da letto con spondine", che passa dal 33% del 2019 al 35,4% del 2020; il dato è indicativo, perché sono presenti difformità e incompletezza nelle registrazioni, rilevate al controllo delle singole segnalazioni.

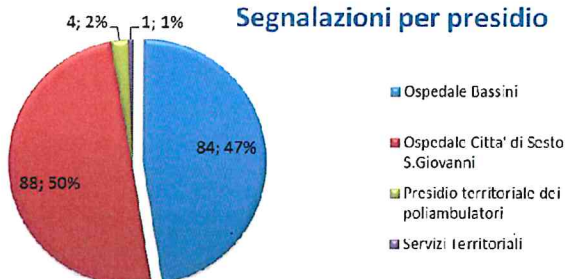
Nel 2021 è prevista un'analisi dettagliata per individuare azioni di miglioramento per prevenire il rischio di danno da caduta e mitigare l'eventuale danno, con ricostituzione del GAD Cadute.



4 INCIDENT REPORTING

Le segnalazioni inserite a sistema nel 2020 sono 177, a fronte delle 242 segnalazioni del 2019.

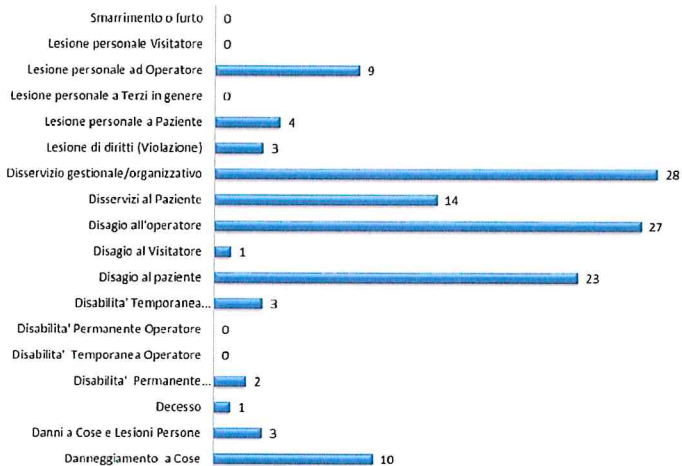
Segnalazioni per presidio



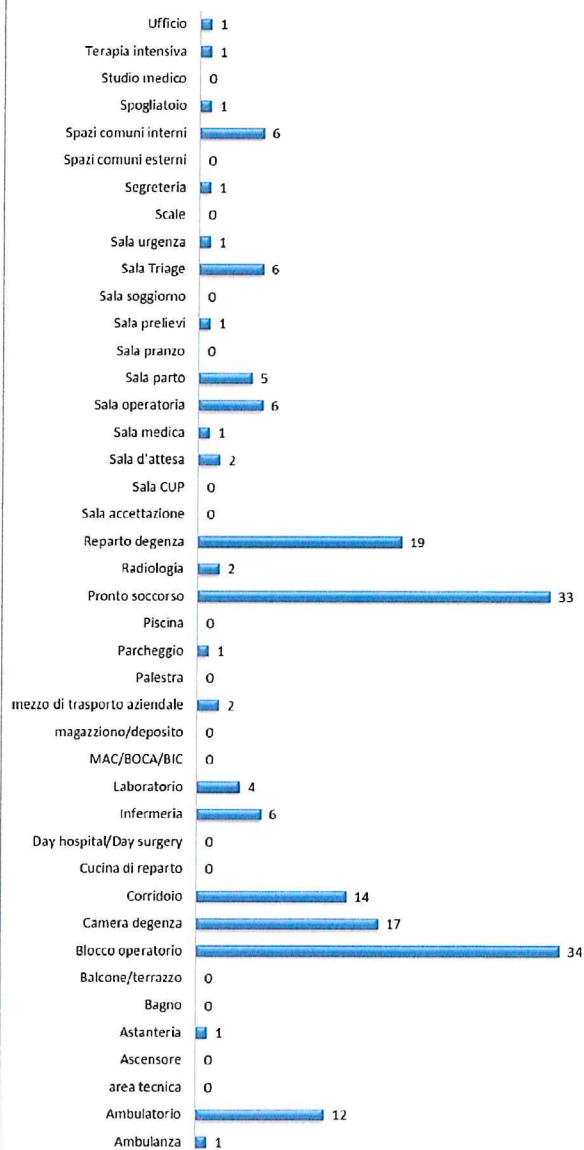
Fattori



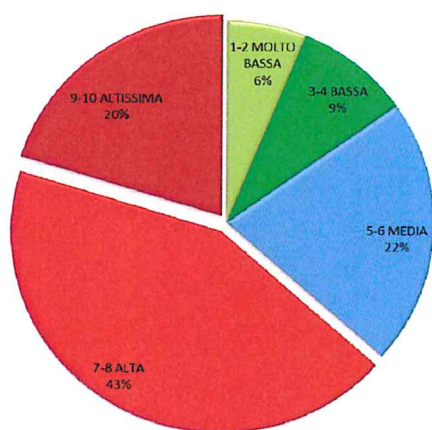
Tipologia danno



Luogo evento

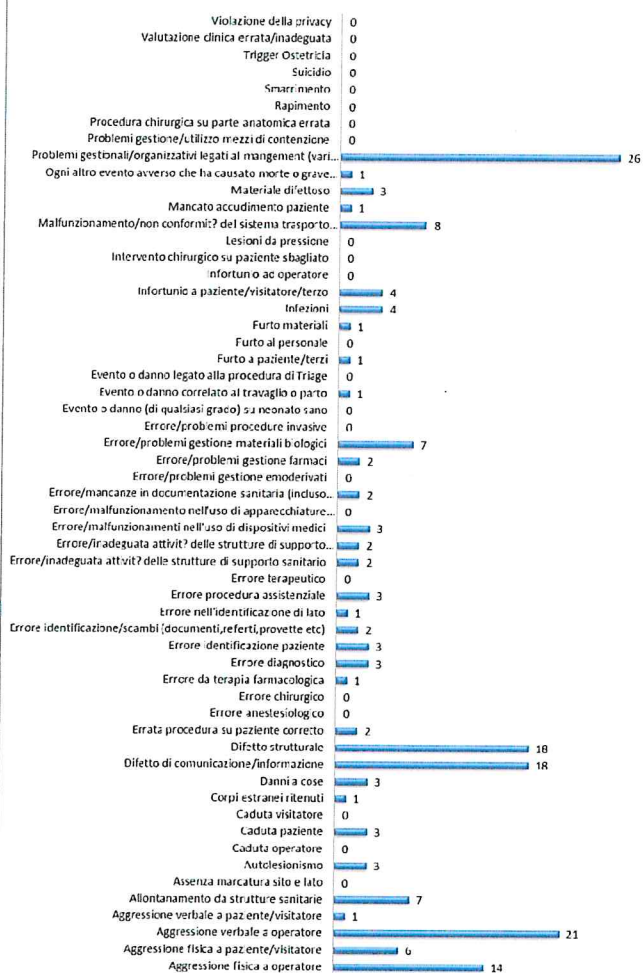


Gravità del danno





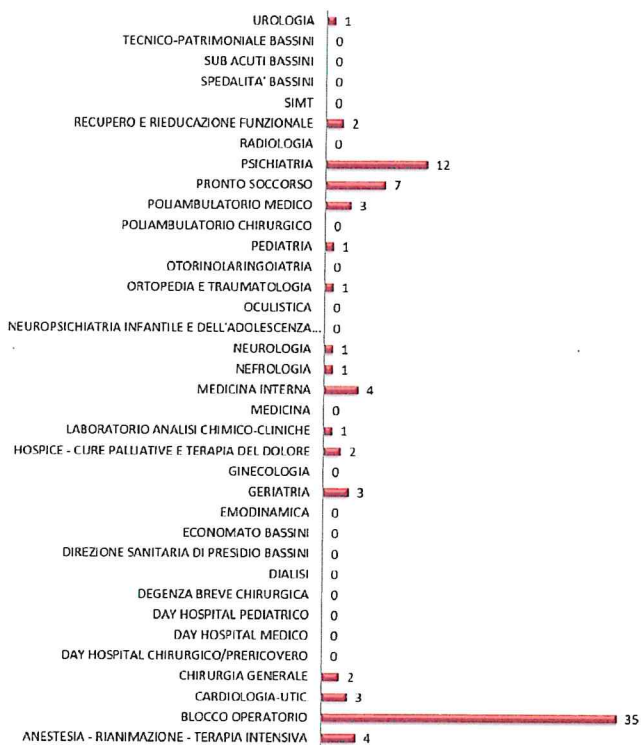
Tipologia evento



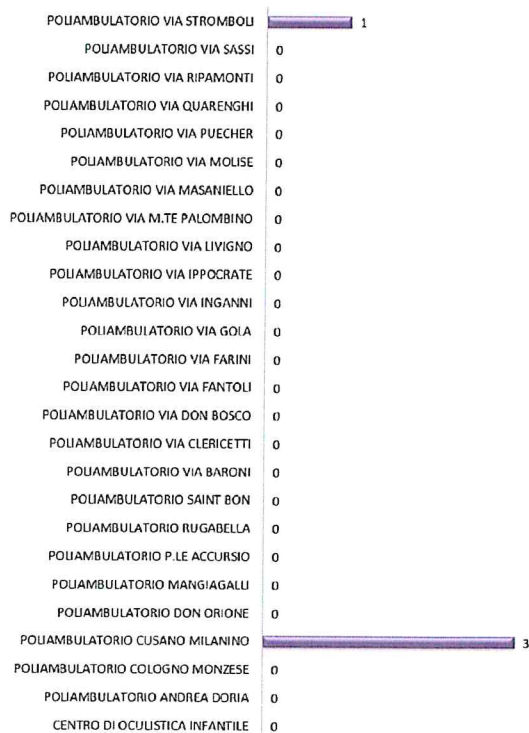
Distribuzione segnalazioni Osp. S.S.G. tot 88

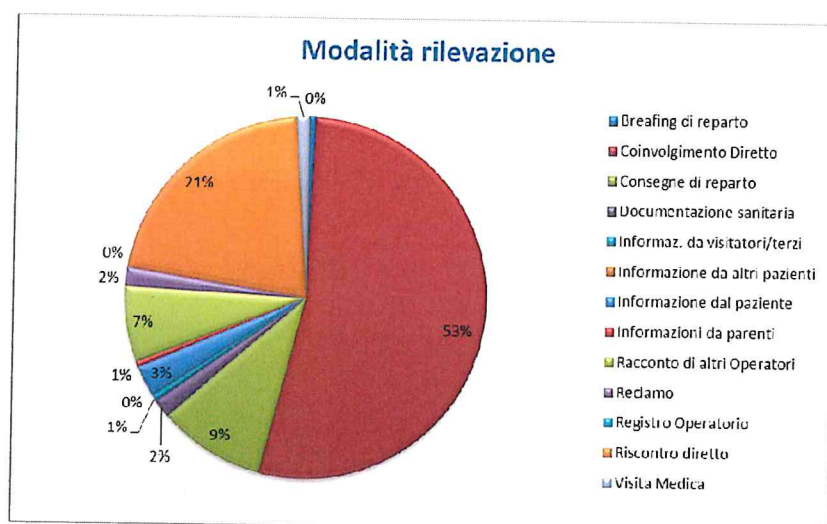


Distribuzione segnalazioni Osp. Bassini. tot 84



Distribuzione segnalazioni Poliamb.. tot 4





Le UO maggiormente segnalanti rimangono i Pronto Soccorso e i servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali, con una confermata prevalenza di episodi di aggressività fisica o verbale nei confronti degli operatori, pari al 19,7% delle segnalazioni.

Questo tema è stato oggetto di approfondimenti nella ASST Nord Milano già nei primi mesi del 2020 e nel corso dell'anno erano stati programmati interventi formativi sulla prevenzione e gestione degli agiti aggressivi, ma la pandemia COVID-19 ha interrotto questo processo.

Come Risk Management si è quindi cominciato a studiare ulteriori interventi per cercare di arginare il fenomeno, anche alla luce della Legge 14/8/2020 n. 113 "Disposizioni in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio - sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni", con programmazione di una ricostituzione del gruppo di lavoro e di avvio delle azioni di miglioramento.

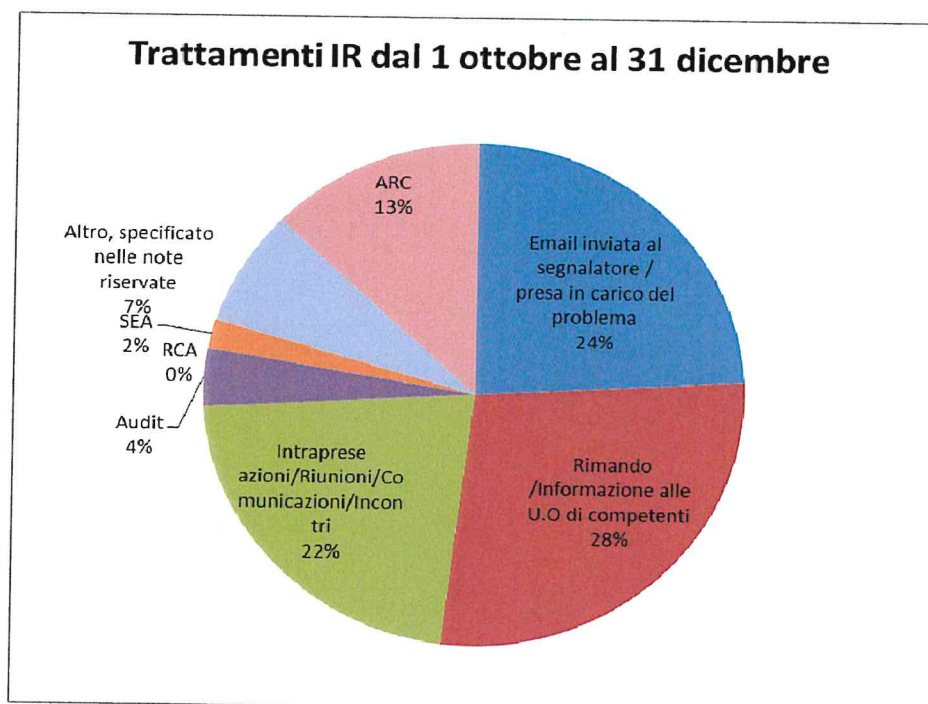
Colpisce il numero di segnalazioni provenienti dal Blocco Operatorio dell'ospedale Bassini, dalla cui lettura nel dettaglio emergono 10 segnalazioni di "assenza/incongruità dei DPI", 2 per problemi di assembramento ai punti di timbratura, 2 per problemi strutturali; la maggior parte sono segnalazioni comunque legate alla riorganizzazione conseguente l'emergenza COVID 19.

In generale alcune segnalazioni non si riferiscono ad aspetti specifici di rischio clinico (es. presenza di cimici in corridoio, problemi alla circolazione automobilistica dipendenti, peso del camice e collare piombati ...) oppure interessano prioritariamente la sicurezza degli operatori.

Nel primo caso sono state inviate comunicazioni ai servizi specifici, nel secondo caso al servizio del Medico Competente, con il quale si è comunque lavorato in sinergia.

Dal mese di ottobre al mese di dicembre sono stati registrati i diversi interventi effettuati dalla funzione Risk Management, sintetizzati nello schema e nel grafico che segue.

COD	Descrizione	N°
1	Email inviata al segnalatore / presa in carico del problema	13
2	Rimando /Informazione alle U.O di competenti	15
3	Intraprese azioni/Riunioni/Comunicazioni/Incontri	12
4	Audit	2
5	RCA	0
6	SEA	1
7	Altro, specificato nelle note riservate	4
Archiviata, non pertinente	ARC	7



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'importante riduzione delle segnalazioni, -65, potrebbe essere stata influenzata dall'impegno per la gestione dei pazienti durante l'epidemia, dai ritmi e dai carichi di lavoro, ma è un fattore critico da tenere strettamente monitorato proprio per il possibile "aggravamento dei rischi e del rischio clinico per i pazienti" conseguente all'organizzazione di nuovi servizi e attività.

Emerge forte la necessità di riorganizzare momenti di confronto e condivisione della cultura della sicurezza di pazienti e operatori, con ridefinizione della rete dei referenti qualità e rischio clinico di UO, obiettivo per l'anno 2021.

Ulteriore obiettivo è la programmazione e realizzazione di eventi formativi per:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- migliorare la qualità delle prestazioni erogate con il monitoraggio e il contenimento degli eventi avversi.



5 I TRIGGER MATERNO FETALI

Nel 2020 i dati dei parti/tagli cesarei indicano una riduzione rispetto agli anni precedenti, in parte motivata dalla riorganizzazione dell'UO e dell'Ospedale di Sesto S. Giovanni per la pandemia da COVID 19.

Il trend sarà monitorato accuratamente nel corso del 2021

Confronto dei dati 2018-2020:

	Italiane	Straniere
2018 Totale 890	41 %	59 %
2019 Totale 830 - 60	42%	58%
2020 Totale 678 - 152	39%	61%

Tagli Cesareo e parti operativi :

ATTIVITA'	2019	2020
Parti totali	830	678
Parti cesarei programmati	115 (13,8%)	88 (13%)
Parti cesarei in travaglio	78 (11%)	53 (8,9%)
Tagli cesarei in codice rosso	//	15 (2,5%)
Parti con Ventosa	34 (4,7%)	27 (4,5%)
Parti indotti	273 (38%)	177 (30%)
Induzioni farmacologiche	206 (75,4%)	119 (67%)
Induzioni con amnioressi	40 (14,6%)	32 (18%)
Induzioni con CRB	27 (9,8%)	26 (14,6)
Parti gemellari	7	16
Parti prematuri in età inferiore alla 37 settimana	32 (3,8%)	24 (3,5%)

Complessivamente la percentuale dei Tagli Cesarei è stata del 23,25 nel 2019 e del 23% nel 2020 (OMS → 10-15% soglia che garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto), con una leggerissima riduzione.

Anche in questo caso il trend sarà monitorato accuratamente nel corso del 2021.

I TRIGGER MATERNO FETALI

Le segnalazioni relative ai Trigger in Cedap vedono una diminuzione tra il 2019 e 2020, ma non è stato possibile effettuare un riesame documentale di un campione di cartelle cliniche per verificare la presenza eventuale di casi meritevoli di segnalazione.

Nel corso dell'anno non è stato possibile organizzare incontri con direttore e coordinatrici ostetrica e infermieristica per una analisi condivisa dei dati; è in programmazione un primo incontro entro il febbraio 2021.



TRIGGERS GEDAPS	2019	2020
Distocia di spalla,	2	2
Emorragia > 1500 ml	10	12
Neonato a termine ricoverato in neonatologia	4	
Anomalie fetali non diagnosticate	6	
pH ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso	8	2
Ritenzione garza/strumento	1	
Lacerazioni 3-4 grado	4	1
Ritorno in sala operatoria	11	12
Complicanze da epidurale	1	1
SGA inaspettato	9	3
Ventosa adoperati senza successo	2	1
Ricovero in terapia intensiva	4	7
Parto non assistito	2	1
Morte neonatale peso magg 500g	3	
Isterectomia		1
Parto a domicilio		3
	65	48

Ne 2019, durante il SWR, era emerso un problema “legato ad una resistenza culturale, nonché al continuo turnover degli operatori che percepiscono la segnalazione come un mero adempimento, ulteriore burocratico. ... è emerso pesantemente l'aspetto critico della parte documentale che risulta ridondante, lunga e complessa, che induce quindi maggiormente all'errore di compilazione e/o omissione di informazioni scritte”.

Un primo lavoro di revisione della documentazione clinica ha prodotto una nuova cartella clinica (novembre 2020), ancora in fase di studio e con implementazione prevista nel 2021.

L'ipotizzata formazione ad hoc è posticipata al 2021, con valutazione mirata del fabbisogno formativo.

6 PROGETTO La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP)

Nel mese di luglio è stato attivato il progetto:

ASST NORD MILANO

Responsabile	Dott.ssa Barbara Mangiacavalli								
1. Titolo del Progetto	La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP)								
2. Motivazione della scelta	Il problema delle lesioni da pressione ha acquisito un sempre maggiore rilievo, dato l'invecchiamento progressivo della popolazione. In rapporto al setting assistenziale vengono riportati in letteratura valori di prevalenza globale del 14,8% in reparti per acuti e del 21,5% in quelli per terapia intensiva; in Italia i dati hanno percentuali variabili dal 8,6 al 13%. Da studi internazionali è evidente che i costi a carico del sistema sanitario, e soprattutto i «costi umani», potrebbero essere abbattuti o ridotti. I dati 2019 della ASST evidenzieranno che le LdP acquisite in ospedale sul totale delle LdP sono il 23,97 % nella struttura di Cinisello e il 13,68% in quella di Sesto S. Giovanni. Una quota di lesioni risulterebbe presente all'ingresso in pz provenienti dal domicilio o da Residenza Sanitaria Assistenziale. Attualmente il modello di gestione dei pazienti in ospedale e sul territorio presenta alcune criticità, per l'incompletezza di una rete integrata di assistenza tra strutture e professionisti (Ospedale - Fragilità e cure domiciliari - RSA) in grado di comunicare tra di loro e di offrire al paziente soluzioni efficaci e sicure.								
3. Ambito di intervento	Ospedale Bassini di Cinisello - Ospedale di Sesto S. Giovanni - Fragilità e Cure Domiciliari								
4. Obiettivi	1) Valutare l'entità del fenomeno nella ASST Nord Milano; 2) Omogeneizzare i comportamenti clinico-assistenziali tra ospedale e territorio, nel rispetto dei diversi percorsi formativi ed esperienziali dei professionisti/gruppi professionali								
5. Strumenti e metodi	Indagine di prevalenza (da valutare) Lavoro in gruppo								
6. Realizzazione/prodotto	Strumento integrato per la gestione del paziente nel percorso ospedale/territorio								
7. Durata	Annuale								
8. Risultati e indicatori	<table> <tr> <th>Risultato</th><th>Indicatore</th></tr> <tr> <td>Costituzione del gruppo di lavoro</td><td>Elenco con nominativi e qualifiche operatori</td></tr> <tr> <td>Indagine di prevalenza o elaborazione dati 2019</td><td>Report</td></tr> <tr> <td>Costruzione di uno strumento integrato ospedale/territorio per la gestione del paziente a rischio o con lesioni da pressione</td><td>Documento specifico</td></tr> </table>	Risultato	Indicatore	Costituzione del gruppo di lavoro	Elenco con nominativi e qualifiche operatori	Indagine di prevalenza o elaborazione dati 2019	Report	Costruzione di uno strumento integrato ospedale/territorio per la gestione del paziente a rischio o con lesioni da pressione	Documento specifico
Risultato	Indicatore								
Costituzione del gruppo di lavoro	Elenco con nominativi e qualifiche operatori								
Indagine di prevalenza o elaborazione dati 2019	Report								
Costruzione di uno strumento integrato ospedale/territorio per la gestione del paziente a rischio o con lesioni da pressione	Documento specifico								

Diffusione/condivisione delle informazioni	Verbale incontri con infermieri, medici e operatori socio sanitari di UO/territorio
Sperimentazione del documento	Report

la cui tempistica non è stata rispettata, visto la recrudescenza della pandemia da COVID-19.

① Costituzione del gruppo di lavoro

Il 2/7/2020 è stato convocato dai Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario il gruppo di progetto ristretto, costituito da:

Dott. Gianfranco Galli - Dirigente Professioni Sanitarie - SITRA
 Dr.ssa Caterina Lo Presti - Referente Centro Servizi
 Dr.ssa Maristella Moscheni - Risk manager
 Dr.ssa Paola Zappa - UOC controllo gestione
 per l'attribuzione del mandato del Direttore Socio Sanitario (vedi verbale).

In data 23/7/2020 il gruppo di lavoro ristretto, che ha visto l'inserimento di:

- Dott.ssa Paola Gini – Responsabile Fragilità e Cure Domiciliari
- Inf. coordinatrice Francesca Marrone – Gestione processi organizzativi SITRA
- Dott.ssa Giuliana Pieraccini – Referente SITRA PO Sesto S. Giovanni
- Dott. Davide Zenoni – Direttore Farmacia

ha approvato il progetto in forma definitiva e sono state concordate le azioni specifiche (vedi verbale).

② Analisi dei dati LdP aziendali.

Valutazione della fattibilità di un'indagine di prevalenza.

PREMESSA

E' stata condotta una ricerca per verificare in letteratura i dati di incidenza e prevalenza delle lesioni da pressione, nella consapevolezza che una stima reale del fenomeno è piuttosto difficoltosa, vista l'eterogeneità degli studi disponibili.

Le lesioni da pressione (LdP) rappresentano un problema rilevante in tutti i setting di cura. In Italia, interessano circa il 20% dei soggetti istituzionalizzati (Peghetti, 2011; Rasero et al. 2015; Chiari et al. 2017), richiedendo un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane e materiali. Le conseguenze associate alla loro presenza, possono coinvolgere aspetti di tipo clinico e sociale in quanto frequentemente sono dolorose, possono cronicizzarsi nel tempo e aumentare la mortalità della popolazione interessata a causa di infezioni, ed hanno un notevole impatto sulla qualità di vita (Redelings, 2005) delle persone e dei loro familiari.

Vengono riportati in letteratura valori di incidenza variabili dal **0,4-38%** in reparti ospedalieri per acuti, al 2,225% in case di cura, al 0-17% in ambito domiciliare, e valori di prevalenza globale del **14,8%** in reparti per acuti e del 21,5% in quelli per terapia intensiva. In Italia i dati di prevalenza disponibili riportano percentuali variabili dal **8,6 al 13%**, con percentuali più alte rispettivamente nei reparti di rianimazione 26,6%, neurologia 13% e geriatria 11% (G GERONTOL 2013;61:19-24, "Epidemiologia delle lesioni da decubito in una popolazione di pazienti anziani fragili ospedalizzati a domicilio" V. Tibaldi, G. Bottignole, P. Bertone, A. Spagna, I. Sciarillo, V. Chiusano, K. Molinar Roet, L. Leto, C. Crescenti, A. Pastorino, G.C. Isaia, N. Aimonino Ricaudas).



I dati AISLEC del 2010 indicano una prevalenza del 28,94% nelle aree intensive 17,98% nelle medicine/lungodegenze. Con un dato di prevalenza globale del **19,53%** (Peghetti A (2011) AISLeC, continua la ricerca: il fenomeno LdP e la prevalenza nazionale. Italian Journal of WOCN, 1(1): p. 75). Jenkins et al. (2010), riportano un'incidenza di lesioni cutanee da pressione nei malati acuti su reparti medici, chirurgici e TI, variabile tra lo **0% ed il 5.4%**.

Il tallone è la seconda sede anatomica più colpita dalle lesioni da pressione subito dopo l'area sacrale in tutte le età considerate. La prevalenza delle lesioni da pressione del tallone (LPT) varia dal 7,3% al 18,2%

e una recente Root Cause Analysis ha mostrato un tasso di prevalenza delle LPT di stadio III e IV nell'assistenza domiciliare pari al 51% (Documento AISLeC: "Raccomandazioni per la valutazione e gestione del paziente affetto da lesioni da pressione del tallone" – Sistema Nazionale Linee Guida. <https://snlg.iss.it/> consultato il 28/8/2020).

Di seguito sono riportate le tabelle con dati italiani.

Tabella 5. Prevalenza e incidenza delle lesioni da pressione, e frequenza delle cadute per disciplina

Disciplina	Prevalenza LdP (%)	Incidenza LdP (%)	all:
geriatria	27,8	4,8	
medicina generale	14,2	2,7	
ortopedia/traumatologia	7,6	4,9	
terapia intensiva*	20,8	10,4	
recupero/riabilitazione	18,4	4,2	
lungodegenza	29,6	7,2	
totale	17,4	5,1	

LdP: lesioni da pressione
* in terapia intensiva non sono stati rilevati il ricorso alla contenzione e la frequenza de

"Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e il contributo del personale: uno studio regionale"

M. Mongardi, L. Sciolino, M. Seligardi, D. Fortuna, D. Guglielmi.

L'infermiere, 2017;54:4:e68-e78e

2. Analisi dei risultati dello studio di incidenza di LdP attuato nel corso del 2016 - 4

Rischio di sviluppo LdP - FVG

Pazienti osservati	N.	Rischio
Pazienti con sviluppo LdP	111	2.9%
Pazienti senza sviluppo LdP	3.684	
Totale pazienti osservati	3.795	

Distribuzione Rischio di sviluppo LdP per setting - FVG

Strutture	Rischio
Medicina	3.5%
Ortopedia	1.4%
Medicina Riabilitativa	0.0%

Giornata regionale della sicurezza e della qualità delle cure – 5/12/2017

Regione Friuli Venezia Giulia

Risultati studio multicentrico ESI (Emilia Romagna 2013 – 2015)

Rischio di sviluppo LdP

Pazienti osservati	N.	Rischio
Paz. con sviluppo LdP	1.524	5,6%
Paz. senza sviluppo LdP	25.541	
Totale pazienti osservati	27.065	

Distribuzione Rischio di sviluppo LdP per setting

Strutture	Rischio
Medicina	4,2
Ortopedia	4,9
Rec. Riabilitazione	4,5

M. Mongardi et al. «Nursing Sensitive Outcome Studio Multicentrico nazionale» 2012 – 2015 Emilia Romagna

Particolarmente interessanti, e sicuramente utili per un confronto con i dati di ASST Nord Milano, sono i risultati dello Studio Multicentrico nazionale ESI (Esiti Sensibili alle cure Infermieristiche), con raccolta dati realizzata dal 1 febbraio al 31 marzo 2015 (M. Mongardi et al. «Nursing Sensitive Outcome Studio Multicentrico nazionale» 2012 – 2015 Emilia Romagna).

La ricerca ha evidenziato un'ampia variabilità in termini di tipologia e numero di pazienti, nonché di discipline in studio, ma ci fornisce un dato nazionale e un dato regionale relativamente recenti e ci supporta nella scelta dello standard di riferimento:

LESIONI DA PRESSIONE INCIDENZ

Disciplina		
Geriatrica	5.4%	11.2%
Medicina generale	4.2%	6.4%
Ortopedia/Traumatologia	4.9%	4.4%
Terapia intensiva	11.3%	12.8%
Recupero/Riabilitazione	4.5%	5.8%
Lungodegenza	7.1%	-
Totale	5.6%	6.8%

LESIONI DA PRESSIONE PREVALENZ

Disciplina		
Geriatrica	22.6%	25.9%
Medicina generale	12.8%	18.6%
Ortopedia/Traumatologia	2.5%	6.1%
Terapia intensiva	9.7%	20.4%
Recupero/Riabilitazione	14.2%	20.7%
Lungodegenza	25.9%	-
Totale	12.3%	15.8%

Analisi dei dati LdP Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano

L'analisi dei dati di LdP aziendali fatta in questa prima fase si riferisce ad una conoscenza del razionale del progetto e delle modalità di registrazione dei dati.

Il 7/7 si è svolto un incontro tra la dott.ssa Zappa e le RAQ del SITRA – dott.ssa Caligiuri, inf. coord. Marrone – dove sono state condivise alcune informazioni:

- il "Sistema di monitoraggio delle LdP" è stato ideato e realizzato dal SITRA
- la raccolta dati rientra tra i progetti per gli obiettivi di budget dello scorso anno, con l'obiettivo specifico di avere un prospetto in grado di fornire un'informativa sull'andamento delle LdP aziendali e costruire un **cruscotto** di monitoraggio nel tempo
- sono state scelte 14 UO dell'Ospedale E. Bassini di Cinisello e 4 UO dell'Ospedale Città di Sesto San Giovanni (vedere report)
- i dati delle Rianimazioni potrebbero essere parziali (imputazione "non obbligatoria" e non correlata ad obiettivo di budget)
- in Hospice la voce "altra UO" comprende i pazienti provenienti dall'ospedale di Sesto San Giovanni
- i dati sono stati imputati dall'infermiere coordinatore di UO nel "Sistema di monitoraggio delle LdP" nel periodo compreso tra l'1/5/2019 e il 31/12/2019
- in media, la data di rilevazione corrisponde alla data di dimissione del paziente

In considerazione delle modalità di raccolta non sarà possibile un confronto puntuale con standard di riferimento (incidenza/prevalenza), ma si farà lo sforzo di interpretare gli esiti il più rigorosamente possibile.

Criticità

- inserimento "spontaneo" del dato, che non è stato controllato e potrebbe risentire di errori di imputazione
- qualità del dato: solo LdP o anche altre lesioni? (es ginocchio, gamba, avambraccio)
- tempo di rilevazione e disegno, che non è possibile classificare "a rigore" come incidenza
- numerosità del campione

Per completare la panoramica della gestione delle LdP nell'ASST Nord Milano sono stati visionati alcuni documenti:

- SITRA-pRa-002 "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nell'adulto"
- MOD 3645 AR012765-021/Y Scheda di valutazione e trattamento delle lesioni
- SI/AMBI-EBA-FI-008 "Guida prevenzione delle ulcere da decubito" (foglio informativo Ambulatorio di Vulnologia)
- SI/AMBI-EBA-FI-010 "Guida alla tecnica di cambio medicazione semplice a domicilio" (foglio informativo Ambulatorio di Vulnologia)

- SI/AMBI-EBA-FI-014 Opuscolo di presentazione dell'Ambulatorio di Vulnologia ed è stato fatto un colloquio informativo con l'infermiere coordinatore dell'ambulatorio – amb. di vulnologia.

Valutazione della fattibilità di un'indagine di prevalenza

Nel mese di luglio 2020 sono state analizzate le deliberazioni relative al Servizio noleggio ausili antidecubito ed è stato contattato RTI Service Med SpA – aggiudicatario per materassi a basso rischio – che ha confermato la disponibilità e la presenza in capitolato del servizio per l'effettuazione di un'indagine di prevalenza.

Da riverificare e valutare nel mese di settembre.

Nell'incontro del 22/9/2020, visto lo scenario epidemiologico SARS – COV2 e le linee di indirizzo regionali per una "graduale ripresa dell'attività sanitaria in condizioni di sicurezza per tutti i pazienti, i visitatori e gli operatori", si è ritenuto più appropriato rimandare l'indagine al 2021, in base all'evoluzione della situazione".

③ Effettuazione indagine di prevalenza o elaborazione dati aziendali

OBIETTIVO: Valutare l'entità del fenomeno nella ASST Nord Milano

Elaborazione dati aziendali

Indicatore ①	Numero totale pz con almeno una lesione / giornate totali di degenza*1000
Indicatore ②	Numero totale pz con almeno una lesione / totale dimessi*100
Indicatore ③	Numero totale pz con una nuova lesione acquisita durante il ricovero / totale dimessi*100

Di seguito sono descritti i dati generali di azienda e di presidio.

Si rimanda al SITRA l'eventuale approfondimento dei dati di unità operativa.

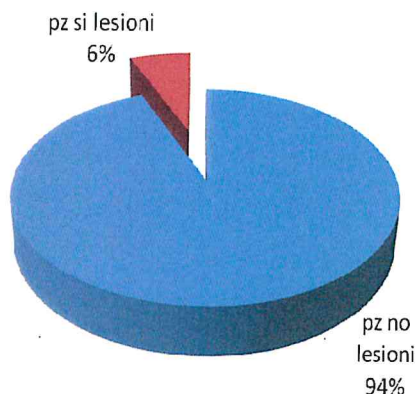
	Pazienti con LdP (n° CC diversa)	Pazienti con LdP "durante"	Totale PZ dimessi	Giorni degenza	Totale lesioni
TOT BASSINI	326	80	4708	42966	452
TOT SESTO	64	11	1443	16337	95
TOT GENERALE	390	93	6151	59303	547

	Indicatore ①	Indicatore ②	Indicatore ③
Ospedale E. Bassini di Cinisello	7,58‰	6,92%	1,69%
Ospedale Città di Sesto S. Giovanni	3,91‰	4,43%	0,76%
TOTALE	6,57‰	6,34%	1,51%

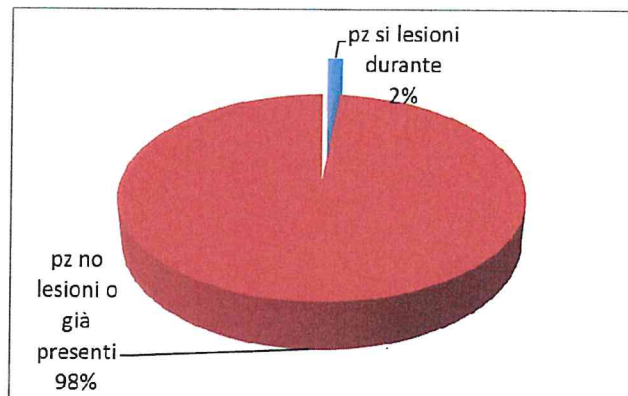
STANDARD di riferimento:

Incidenza Regione Lombardia:	6,8%	(5,6% nazionale)
Prevalenza Regione Lombardia :	12,3%	(15,8% nazionale)

GRAFICO 1a: % pazienti con e senza LdP



1b: % pazienti con lesioni acquisite "durante"



I risultati sono in linea con gli standard regionali e nazionali, con una percentuale molto bassa se ci si riferisce alle LdP che si sono sviluppate nel periodo della degenza, che globalmente sono ~ 2%. Come da letteratura l'indice si modifica in relazione al contesto di ricovero, facendo osservare percentuali più alte nelle UO di Terapia Intensiva, Geriatria e Cure Sub Acute.

GRAFICO 2: Percentuale pazienti con LdP già presenti + acquisite e pazienti con LdP acquisite in corso di ricovero sul totale dei dimessi - suddivisi per UO

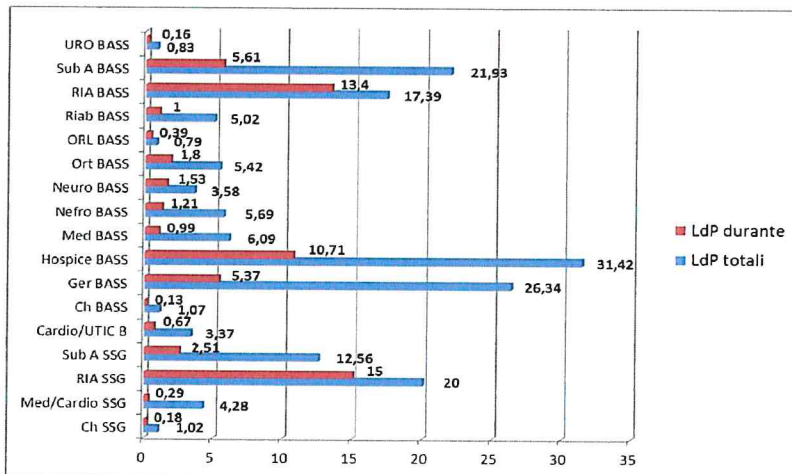
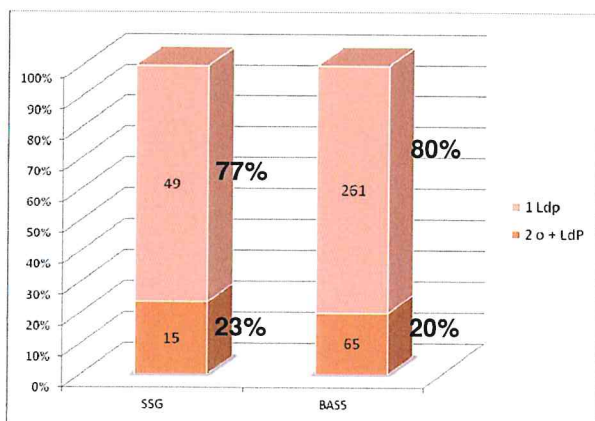


GRAFICO 3: Lesioni per paziente



Circa il 20% dei pazienti presentava più di una lesione; in pochi casi il paziente era portatore di 3 LdP. E' nell'ordine di due/tre pazienti la presenza di 4 LdP.

GRAFICO 4: Provenienza dei pazienti

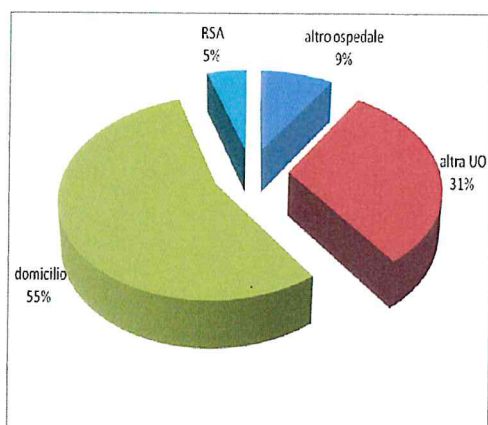


GRAFICO 5a: Luogo insorgenza LdP

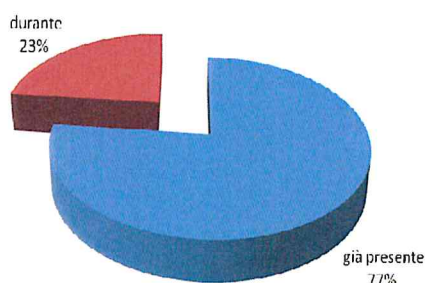
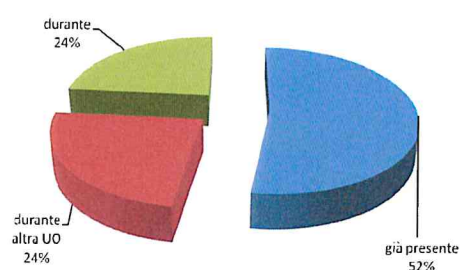
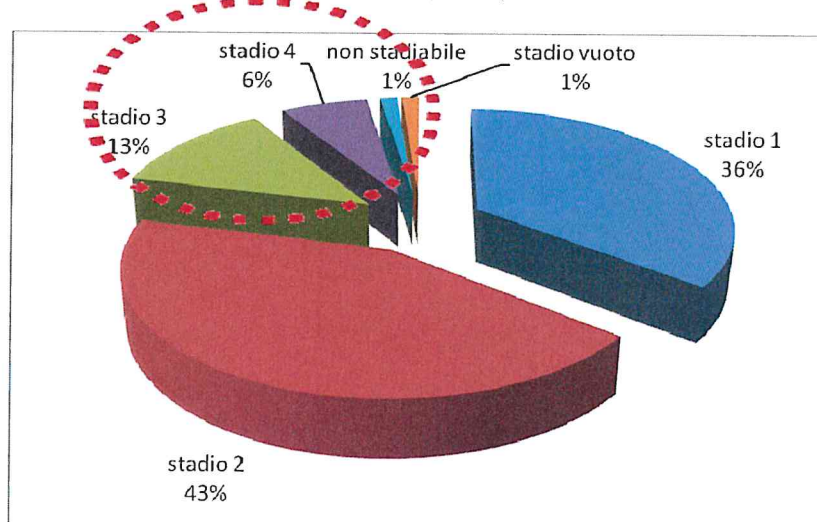


GRAFICO 5b: : Luogo ins LdP + altra UO



Risultano acquisite in ASST Nord Milano il 23% delle lesioni, ma se si aggrega il dato “pazienti provenienti da altra UO” – che è sempre un’articolazione aziendale – il valore si porta a ~ 50%. Il risultato non è di facile lettura e non è stato possibile sapere se la lesione è stata acquisita in altra UO aziendale o se era già presente al momento del ricovero.

GRAFICO 6a: Stadio della lesione (già presenti + acquisite)



Di assoluta rilevanza è lo stadio della LdP, che ha un forte impatto sia sul benessere del paziente, sia sulla pianificazione e attuazione dell'assistenza (risorse umane, tempo e materiali).

Il 20% sono le lesioni più gravi 3°, 4° stadio e non stadiabili, ma queste risulterebbero nella grande maggioranza acquisite in contesti esterni all'ospedale.

GRAFICO 6b: Stadio della lesione (acquisite in corso di ricovero)

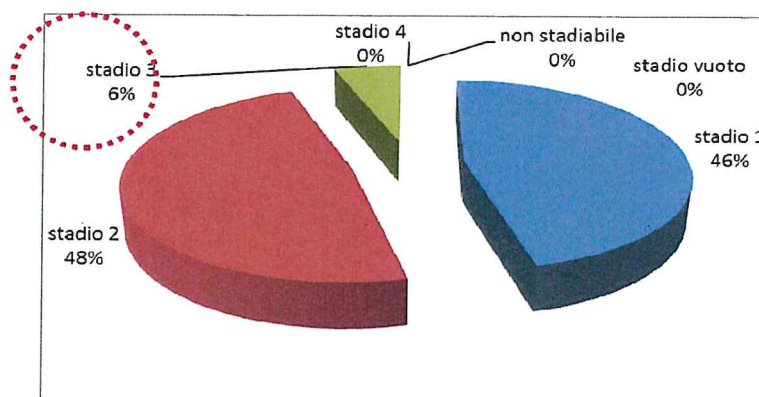


GRAFICO 7a: Sede della lesione (già presenti + acquisite)

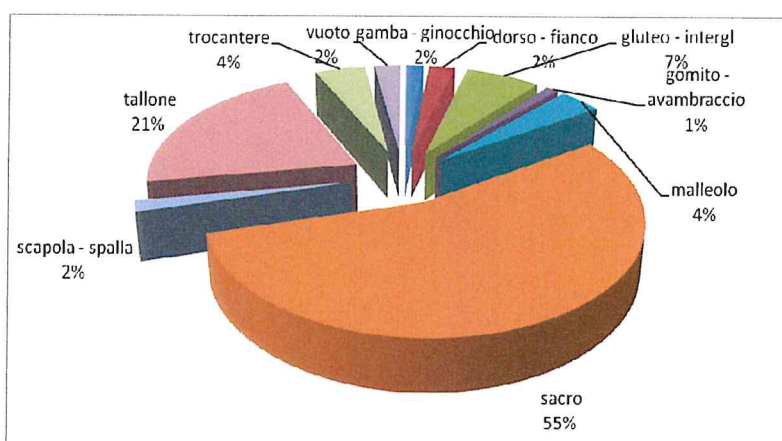
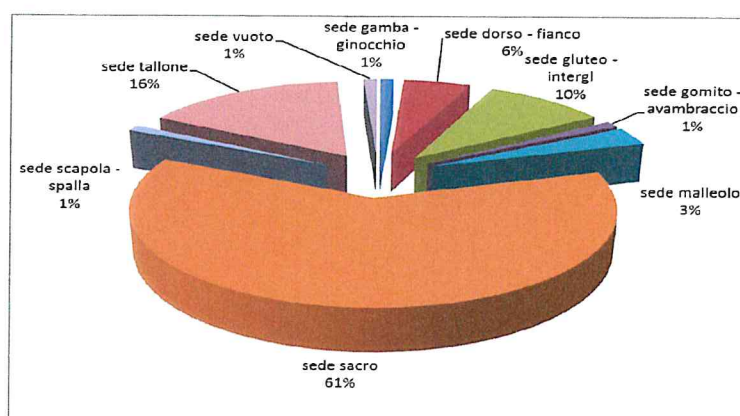


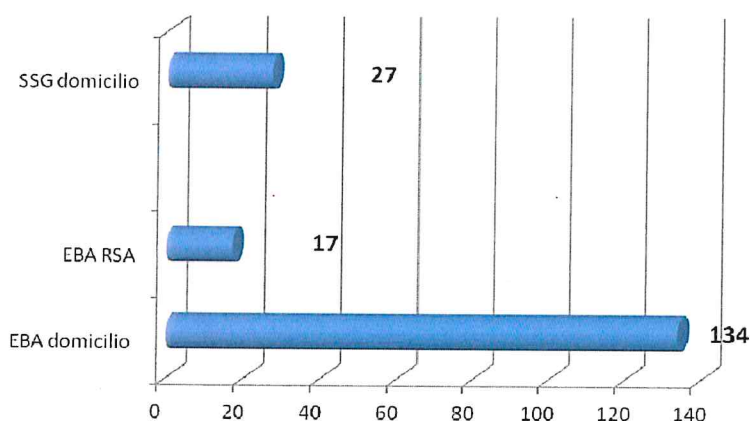
GRAFICO 7b: Sede della lesione (acquisite in corso di ricovero)



Le zone più esposte sono il sacro e il tallone, che complessivamente rappresentano il 76% e il 77% del totale.

Sarebbe opportuno approfondire in alcune UO il criterio per la raccolta e per la classificazione della lesione, poiché risultano registrate lesioni all'avambraccio e a gamba/ginocchio, che rappresentano un'anomalia di sede e potrebbero non essere Lesioni da Pressione, ma lesioni ad altra genesi (vascolare, traumatica, diabetica ...).

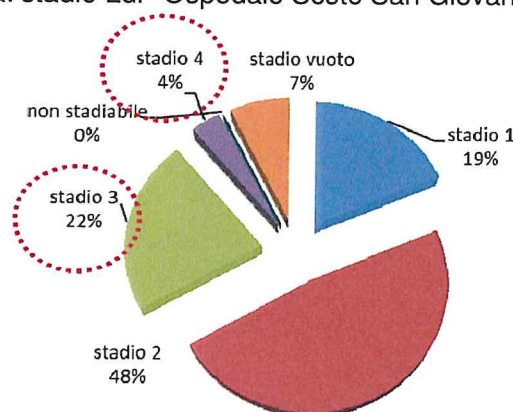
GRAFICO 8: Pazienti da RSA E domicilio con LdP già presenti all'ingresso



Per la finalità del progetto ci si è concentrati sulle LdP in pazienti provenienti dal domicilio e dalle RSA, per confermare o meno la presenza del problema.

Circa l'89% dei pazienti provenienti da RSA presentava una o più LdP; per il domicilio il dato è del 77%. Il denominatore è costituito dal totale dei pazienti registrati nel sistema.

GRAFICO 8a: stadio LdP Ospedale Sesto San Giovanni pz provenienti dal domicilio



Il 26% delle lesioni in pazienti dell'Ospedale di Sesto si collocano tra il 3° e il 4° stadio; sono il 19% nei pazienti ricoverati all'Ospedale Bassini

GRAFICO 8b: stadio LdP Ospedale Bassini pz provenienti da RSA

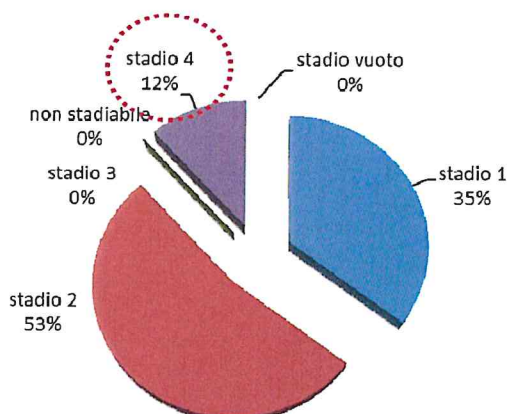
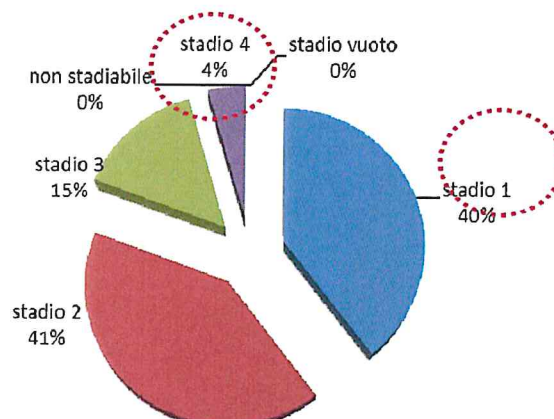


GRAFICO 8c: stadio LdP Ospedale Bassini pz provenienti dal domicilio



Questi dati sono stati presentati al gruppo di lavoro ristretto il 23/7/2020 (vedere verbale).

Dopo aver verificato qual è l'entità "numerica" del fenomeno in ASST Nord Milano, con un *focus* particolare sulla situazione domiciliare e delle Residenze Sanitarie Assistenziali, si è ritenuto indispensabile analizzare il Fascicolo di ricovero dei pazienti di queste ultime due categorie e conoscere quali di questi pazienti sono/erano già noti/in carico ai servizi della ASST.

Entrambi gli aspetti sono ritenuti preparatori per il conseguimento del 2° obiettivo del progetto "omogeneizzare i comportamenti clinico-assistenziali tra ospedale e territorio, nel rispetto dei diversi percorsi formativi ed esperienziali dei professionisti/gruppi professionali".

La compilazione della Cartella Clinica dei pazienti con LdP provenienti dal territorio e dalle RSA

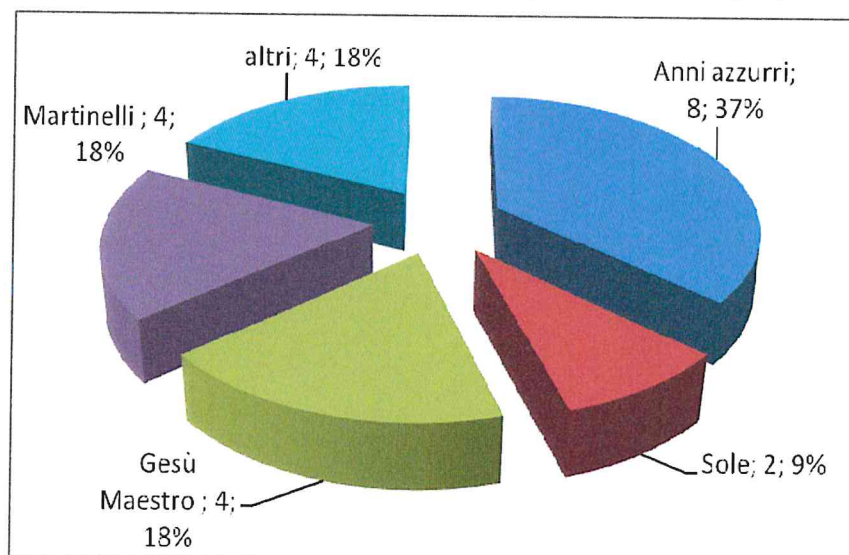
La tracciabilità documentale è uno dei presupposti per garantire la continuità assistenziale e si è quindi concordato di analizzare - tramite scheda di raccolta dati - **tutte** le CC dei pazienti **con** lesioni provenienti da RSA e domicilio (vedere verbale 23/7/2020).

Obiettivo specifico → **valutare la qualità delle registrazioni presenti in CC nelle fasi di accettazione e dimissione del paziente (relativamente al tema LdP).**

L'assenza della registrazione/documentazione non indica che l'assistenza/la cura non sono state prestate o che sono state prestate in maniera non idonea, ma la cartella clinica rappresenta la fonte primaria per ricostruire la correttezza e la "perizia" della prestazione offerta al paziente e costituisce un importante strumento per verificare a posteriori l'iter di cura/assistenza.

• Documentazione dei pazienti provenienti da RSA

I primi dati elaborati si riferiscono ai pazienti provenienti da RSA, che sono passati da 17 a 22 (possibile errore di imputazione del dato), con una prevalenza di ospiti provenienti dalla RSA Anni Azzurri (8) → in 1



solo caso è presente e indicata nella loro documentazione la LdP.

Nelle altre tre situazioni in cui è presente un documento di accompagnamento del pz è registrato: 1 caso → lo stadio, poi confermato in ospedale; 2 casi → "no lesioni".

Non è mai indicato il trattamento in corso.

Complessivamente la percentuale è del 18%.

Uno dei due pz con "no lesioni" non ha la registrazione nella raccolta dati (BAI) all'ingresso in ospedale.

20 delle 22 LdP inserite nel data base sono di 1° o 2° stadio. Una lesione al tallone è di 3° stadio, ma non è stato possibile appurare con certezza il momento di insorgenza o un eventuale peggioramento di LdP già presente.

L'unico caso di lesione al sacro di 4° stadio in paziente proveniente dalla RSA Residenze del sole vede la registrazione nel format specifico della struttura di provenienza.



Alcuni quesiti iniziali:

- quale valenza viene attribuita alle LdP di 1° e 2° stadio?
- vi è una conoscenza omogenea tra operatori dell'ospedale e delle RSA nell'individuare lo stadio della lesione?

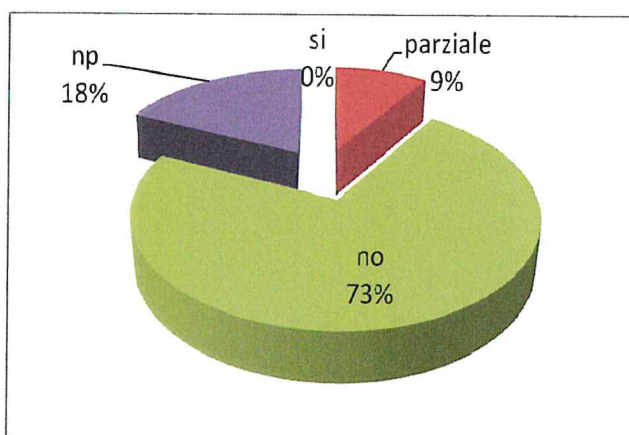
Il totale delle registrazioni nella raccolta dati all'ingresso è pari al 82%, seguita dalla compilazione della Scheda LdP nel 41% dei casi e dalla compilazione parziale nel 36% (17 cartelle).

In 5 casi la scheda non è compilata e in 2 casi non è possibile capire se effettivamente la lesione sia già presente o si è formata in un momento successivo.

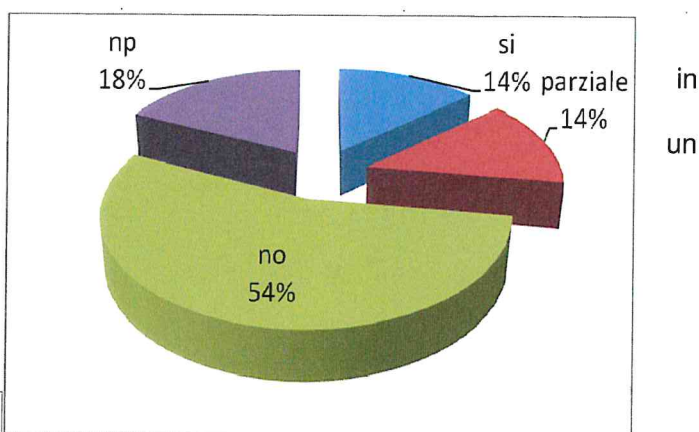
La consulenza all'Ambulatorio di vulnologia compare in 1 caso in corso di ricovero e in nessun caso alla dimissione (indagata per una eventuale presa in carico).

Nei punti successivi la voce *non prevista/non pertinente* comprende anche i 4 casi di EXITUS.

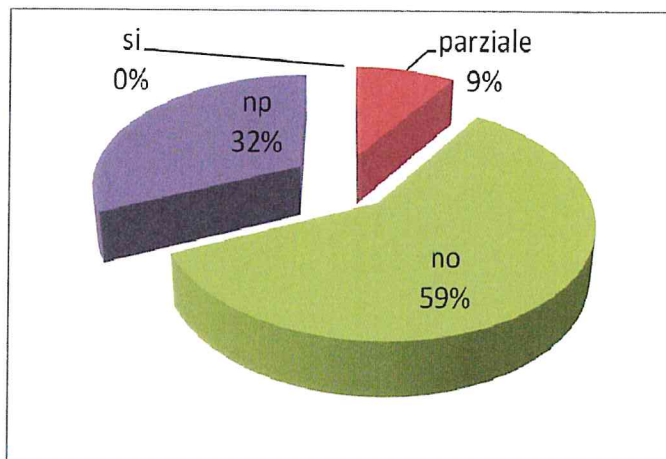
Alla dimissione la Scheda LdP è stata compilata toto o parzialmente in 6 cartelle, con il mantenimento dello stadio nel 14% dei casi e peggioramento nelle condizioni del paziente nel 23% dei casi (5 pazienti); il peggioramento è stato ☒ in particolare, e soprattutto, quando sono comparse nuove LdP.

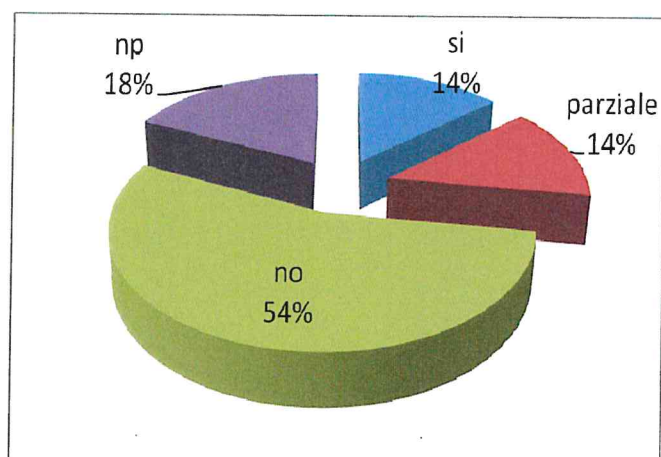


La Valutazione infermieristica alla dimissione propone un dato sovrapponibile per la parziale compilazione; è del 32% il valore non previsto/non valutabile, in quanto 3 cartelle sono di *ricovero breve*, dove non esiste questa sezione; nei 13 "no" ci sono 2 registrazioni di "dimissione protetta", in assenza di ulteriore documentazione. In un caso si legge "si allega lettera infermieristica", ma non se ne è trovata copia.



La Scheda infermieristica di trasferimento è presente solo con una parziale compilazione in 2 casi.





La Registrazione in lettera di dimissione è completa in 3 casi, ma in 1 caso il medico scrive → "Per medicazioni vedi indicazioni scheda infermieristica" (MOD 3645?) , che non è stata ritrovata in cartella, sebbene ci sia una nota completa nel diario infermieristico.

Non è chiaro come viene gestita dalla UO dimettente questa documentazione.

4 sono i pazienti deceduti.

Quesiti:

- viene consegnata copia di documentazione specifica (es Scheda LdP), senza che vi sia una registrazione in CC?
- viene consegnata un documento specifico

(es lettera inf.ca con indicata la lesione, la medicazione ecc), senza che se ne trattenga copia in CC?

- viene consegnato a paziente a rischio/care giver la "Guida prevenzione delle ulcere da decubito"? Se sì, non viene registrato in CC?

Nelle cartelle di 11 pazienti non vi è la perfetta coincidenza con quanto registrato nel data base.

In particolare per alcune lesioni non è evidente il momento di insorgenza e parrebbero avere avuto origine durante il ricovero. Altre aggiuntive, insorte durante la degenza, non sono proposte nel data base. Vi è una difficoltà di lettura delle schede LdP/registrazioni a diario relativamente alla stadiazione. (Vedere caselle evidenziate in giallo).

In 4 cartelle risulta registrata la lesione nel verbale di PS e/o nell'esame obiettivo/anamnesi; in 3 casi + in un caso di compilazione della scheda per ritorno in RSA - dove non è indicata la presenza di LdP - non sempre vi è coerenza piena dei dati, sia per quanto riguarda la sede, che per lo stadio.

Complessivamente si evidenzia un problema di tracciabilità e di continuità delle cure sia in ingresso che in uscita.

• Documentazione dei pazienti provenienti dal domicilio

Il 27/7/2020 sono stati fatti due incontri per presentare ai coordinatori infermieristici il progetto e i dati, con richiesta di coinvolgimento nel lavoro di analisi delle UO che nel 2019 hanno registrato i pazienti con LdP, nonché delle strutture poliambulatoriali, per i possibili sviluppi futuri.

Il 4/4/2020 si è svolto il primo incontro con il gruppo di lavoro dei coordinatori/infermieri di UO per testare la scheda e omogeneizzare le modalità di lettura e raccolta dei dati, con presentazione di diapositive riassuntive.

La **scheda di raccolta dati** è stata testata su due cartelle di pazienti provenienti da RSA ed è stata rimodulata nella sua versione definitiva:

Cognome e nome _____			N° CC _____		UO _____	
Lesione registrata _____						
1) Provenienza						
☐ RSA _____		☐ domicilio		☐ ADI/pz cronico _____		

2) Documentazione lesione “ente/sogg di provenienza” esterno

☐ SI ☐ NO ☐ (☐ documento specifico)

Se si

☐ indicato stadio ☐ NO indicato
☐ indicata medicazione completa ☐ indicata medicazione parziale ☐ No indicata

3) Registrazione all’ingresso Lesione nella documentazione clinica aziendale:

☐ SI in “raccolta dati/BAI” ☐ NO in “raccolta dati/BAI”

Presente anche in

☐ verbale PS ☐ esame obiettivo/anamnesi ☐ diario ☐ altro

4) Scheda LdP ingresso

☐ si completa ☐ si parziale ☐ no
☐ stadio confermato ☐ stadio non confermato ☐ Non valutabile

5) Consulenza Ambulatorio Vulnologia

☐ si ☐ no ☐ non prevista/non pertinente

6) Scheda LdP alla dimissione

☐ si completa ☐ si parziale ☐ no ☐ non prevista/non pertinente

7) Stadio LdP alla dimissione

☐ uguale ☐ migliorato ☐ peggiorato ☐ non prevista/non pertinente

8) Scheda infermieristica di trasferimento

☐ si completa ☐ si parziale ☐ no ☐ non prevista/non pertinente

9) Valutazione infermieristica alla dimissione

☐ si completa ☐ si parziale ☐ no ☐ non prevista/non pertinente

10) Indirizzato Ambulatorio Vulnologia

☐ si ☐ no ☐ non previsto/non pertinente

11) Registrazione in lettera di dimissione

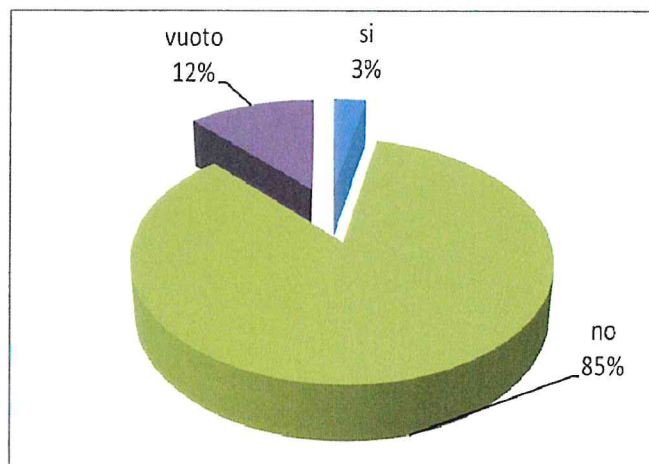
☐ si completa ☐ si parziale ☐ no ☐ non prevista/non pertinente

12) Compilazione SDO

☐ SI ☐ NO

13) Note

Durante il mese di agosto 2020 sono state analizzate **160 CC** per un totale di **150** pazienti. Nel conteggio sono stati considerati gli episodi di ricovero (160) o il numero dei pazienti (150) in relazione al parametro indagato. 29 sono i pazienti deceduti, pari al 19%.



Per il dato LdP, nel 95% vi è un corrispondenza tra quanto registrato nel “Sistema di monitoraggio delle LdP” e registrazione in CC; nel restante 5%: non è presente alcuna lesione né all’ingresso né alla dimissione, oppure non è chiaro se la LdP fosse effettivamente presente o sia insorta in corso di ricovero, oppure è stata registrata una sola LdP, ma in CC vi è evidenza di ulteriori lesioni insorte durante la degenza.

Alla voce «presenza di documentazione esterna» che riporta l’esistenza di LdP si osserva il dato positivo in 5 casi. 4 sono pazienti ricoverati all’ospedale Bassini e 1 all’ospedale di Sesto.

La segnalazione completa è riscontrabile in un solo caso, che è stato accolto in Hospice; in un altro è

indicato il solo stadio.

Vi è una nota di “scheda ADI illeggibile” (Martinelli).

Dei 5, sono solo 1 risulterebbe in carico all’Assistenza Domiciliare Integrata a fronte di 18 complessivi.

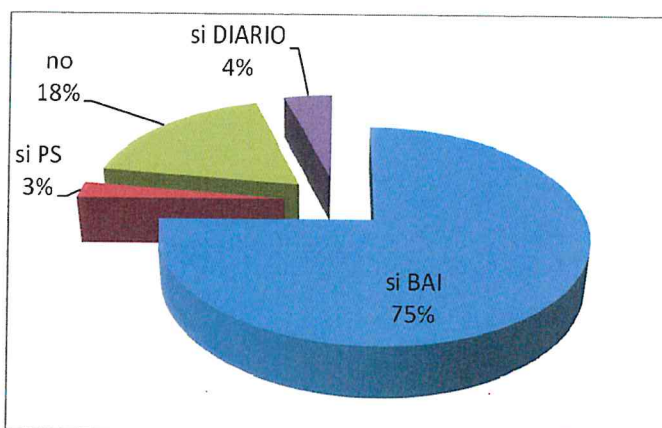
Dal conteggio sono stati eliminati quei pazienti che non presentavano LdP al momento del ricovero (campo vuoto).

E' stata valutata nella documentazione clinica aziendale la registrazione all'ingresso della lesione, in particolare nel documento «Raccolta dati e identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica (BAI) all'accoglienza», dove è dedicato un apposito paragrafo al problema LdP nel BAI mantenere la funzione cardiocircolatoria. Contestualmente è stata fatta la verifica nel verbale di Pronto Soccorso, nella sezione Esame Obiettivo e Anamnesi e nel diario (a compilazione infermieristica o medica).

Emerge che il BAI mantenere la funzione cardiocircolatoria è stato compilato 120 volte, anche se in alcune situazioni in forma incompleta; in sette cartelle dove non c'è stata la compilazione è però registrata la LdP nel diario e in quattro casi nel verbale di PS, con tracciabilità del dato nel 82% delle cartelle.

In aggiunta al BAI è presente la registrazione:

- in 15 casi a DIARIO
- in 10 casi nel verbale di PS
- in 8 casi nell'esame obiettivo e/o nell'anamnesi
- in 2 casi nel verbale di PS + anamnesi
- in 9 casi nel verbale di PS + EO/anamnesi + diario.



La compilazione della «Scheda di valutazione e trattamento delle lesioni» all'ingresso è stata considerata completa in presenza di tutti i campi compilati; parziale quando sono stati omessi data e/o stadio, e/o caratteristiche, e/o medicazione, e/o firma. In alcune cartelle è stata ritrovata modulistica obsoleta, dove non sono previsti tutti i campi da indagare.

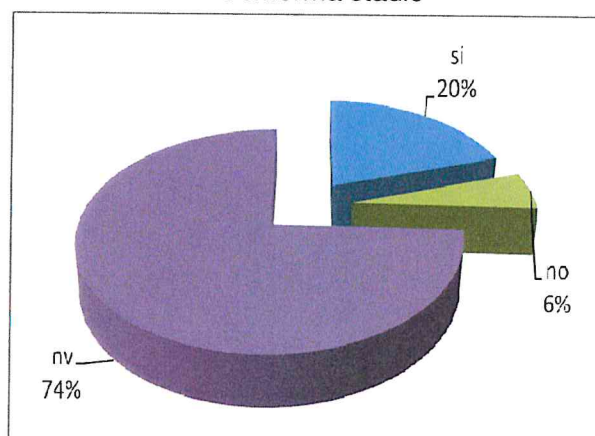
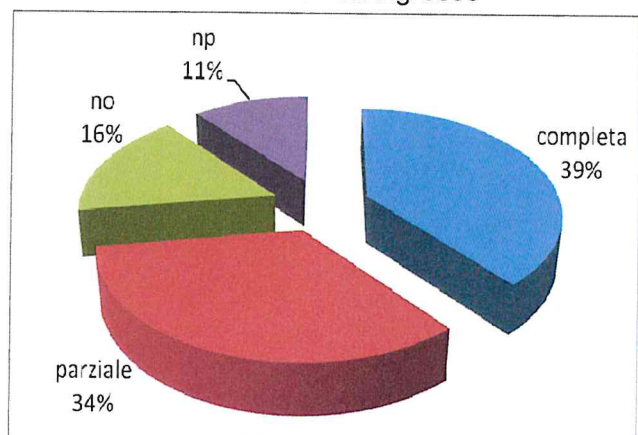
Le schede compilate in toto sono 62. Dai 44 "no" devono essere scorporate 18 schede dei pazienti registrati come non portatori di LdP all'ingresso, riaggiustando la percentuale al 16%.

Il confronto con i dati SITRA 2016 di «Valutazione della compilazione e appropriatezza della documentazione infermieristica nell'Ospedale Bassini» indica la presenza di scheda compilata nel 74% dei casi 2016 (anche se non si specifica una compilazione all'ingresso), versus 84% del 2019.

Lo stadio registrato è stato confermato in 32 schede, mentre non è stato confermato in 9; in 119 casi non è stato possibile risalire al valore, ma non è possibile stabilire con certezza se si è trattato di una "omissione" del compilatore (in molteplici schede non è fleggiata alcuna voce) o di una effettiva difficoltà di interpretazione della documentazione.

Scheda LdP all'ingresso

Conferma stadio



All'ingresso o in corso di ricovero è stata richiesta per 17 pazienti (19 episodi) – 12% - la consulenza

dell'esperto in wound care mediante attivazione dell'ambulatorio di Vulnologia dell'ospedale Bassini, con conseguente registrazione nello spazio "Indicazioni integrative" della parte specifica.
 Uno dei pazienti era già seguito dall'ambulatorio.

12 persone - 8% - presentavano già all'ingresso lesioni di 3° o 4° stadio ed è importante sottolineare che 6 di questi pazienti – 4,2% sul totale delle persone con LdP già presenti e 0,1% sul totale dei dimessi del periodo - sono stati ricoverati per problematiche correlate a LdP:

- lesione sacrale con escara e possibile tramite fistoloso → escarectomia talloni e radice coscia sinistra
- sepsi in lesione infetta → escarectomia sacrale
- decubiti multipli → paziente terminale, trasferita in Hospice
- stato settico in decubito sacrale infetto → exitus
- febbre da sovra infezione da LdP → terapia medica
- sepsi da stafilococco aureo LdP sacrale → toilette decubito sacrale

La compilazione completa o parziale della «Scheda di valutazione e trattamento delle lesioni» alla dimissione è avvenuta in 36 casi; il "non previsto" (np) interessa 31 situazioni e comprende i casi di persone decedute.

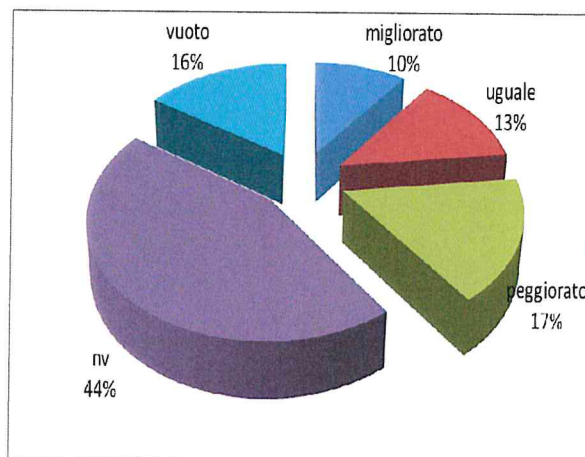
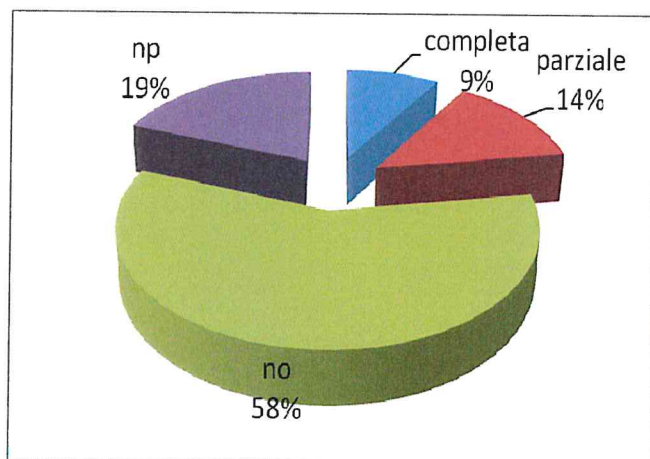
Lo «stadio LdP alla dimissione» non è risultato valutabile in 71 casi. La voce "vuota" considera i deceduti, dove si è proceduto a compilazione nel solo caso di "peggioramento".

Come per i pazienti provenienti da RSA, il peggioramento è stato fleggato ☒ anche quando sono comparse nuove LdP.

Preme sottolineare che nel 9% dei migliorati sono ricompresi 4 casi di guarigione.

Scheda LdP alla dimissione

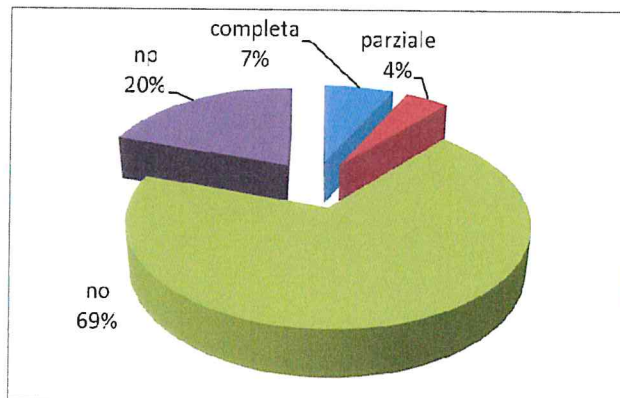
Stadio alla dimissione



Per i successivi tre parametri relativi alla modulistica di trasferimento/dimissione, si è ricercata una menzione alla problematica LdP.

La risposta "np" è stata barrata in caso di pazienti deceduti e quando la lesione risulta guarita.

La «Scheda infermieristica di trasferimento», che viene compilata al passaggio da una UO all'altra, è uno dei 3 documenti, accanto alla Valutazione infermieristica alla dimissione e alla Lettera di dimissione, utili per la verifica della tracciabilità di cura/assistenza.

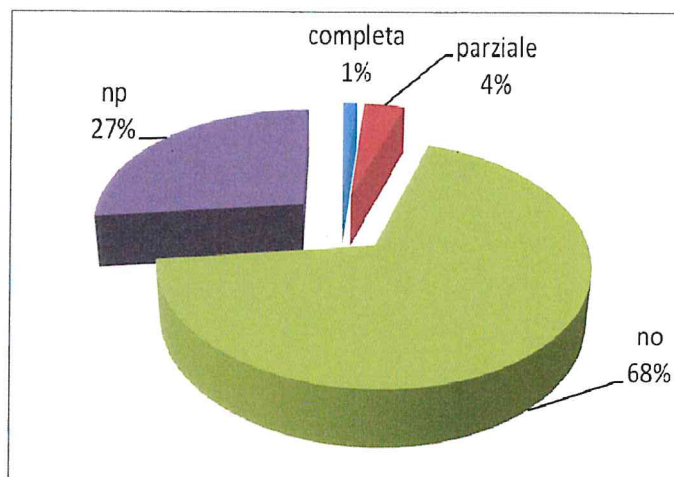


Questa prima scheda, quando utilizzata, viene fotocopiata e accompagna il paziente. Teoricamente non è prevista la sua compilazione per il paziente dimesso e trasferito in struttura esterna ad ASST Nord Milano, ma in alcuni casi l'infermiere la predispone e viene allegata alla documentazione che accompagna il paziente. Da un'intervista con una coordinatrice infermieristica viene segnalato che raramente ne rimane traccia in cartella..

Nell'indagine risulta presente e completa 11 volte, mentre è con compilazione parziale in 7 casi.

La «Valutazione infermieristica alla dimissione» è una sezione integrata nel fascicolo «cartella clinica» e non è prevista la consegna al paziente/persona di riferimento, che ne prendono visione solo in caso di richiesta di fotocopia della cartella stessa.

E' stata barrata la risposta "np" quando è stata utilizzata la "Cartella Day hospital/ Day surgery/ Ricoveri brevi", poiché nella revisione in uso non è riportato il campo specifico.



Anche in questo caso il dato di compilazione completa e parziale è piuttosto basso (2 e 5), mentre 109 volte non è stata segnalato il problema LdP e le azioni infermieristiche intraprese e/o necessarie per rispondere al BAI.

Si sottolinea che in 5 casi è stata barrata la voce "dimissione protetta", con probabile attivazione dei servizi territoriali a carico del medico di medicina generale.

Dall'intervista con il coordinatore infermieristico/infermiere di riferimento di Cure Subacute, Medicina e Geriatria viene confermato che

spesso viene data la documentazione alla dimissione, senza registrazione puntuale della cosa in CC.

In nessuna UO viene consegnata la "Guida prevenzione delle ulcere da decubito" in uso nell'ambulatorio di Vulnologia.

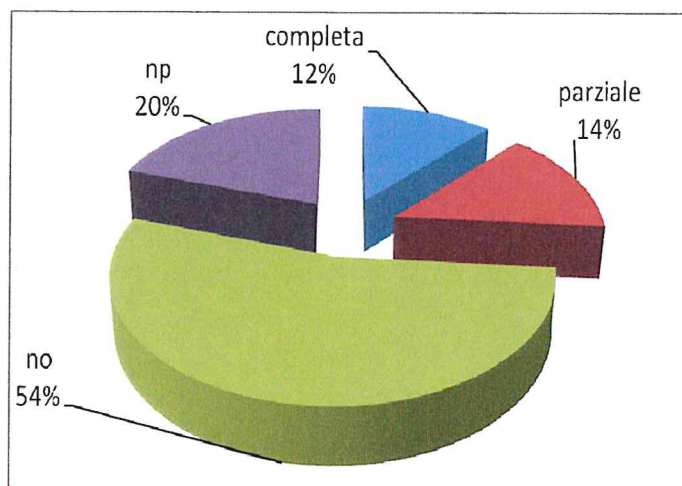
Il confronto con i dati SITRA 2016 evidenzia la presenza di scheda trasferimento e/o valutazione inf.ca nel 48% dai casi 2016, versus 19% del 2019, che è però riferito nello specifico alle indicazioni per la prevenzione/gestione LdP.

La lettera di dimissione risulta riportare in forma completa i dati Ldp in 19 casi, parzialmente in 23.

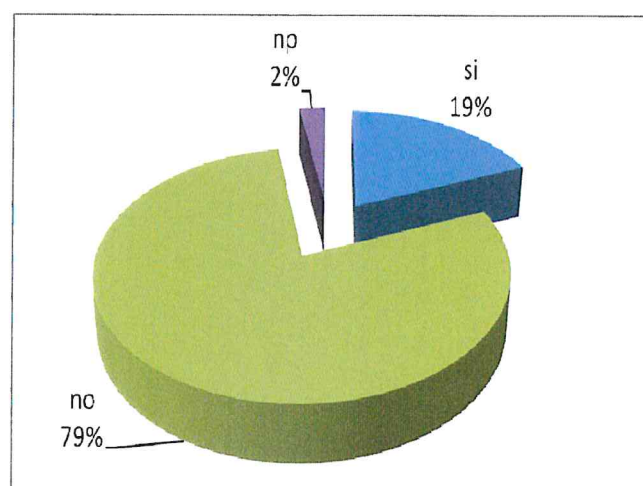
Incrociando il dato con il parametro "compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera" (LdP), risulta che per 18 cartelle che hanno una lettera di dimissione con registrazione completa o parziale di LdP, non vi è un corrispettivo nella SDO.

In 16 casi registrati le lesioni sono di stadio $\geq 3^\circ$, ma in 12 casi di assenza di registrazione la lesione è di 3° stadio e in un caso di 4° stadio. Complessivamente vi è menzione nella SDO in 30 casi. In 4 casi, a LdP guarita o non ritrovata in CC, è stato fleggato "np".

Lettera di dimissione



SDO



Alla dimissione sono stati indirizzati all'Ambulatorio di Vulnologia 2 pazienti.

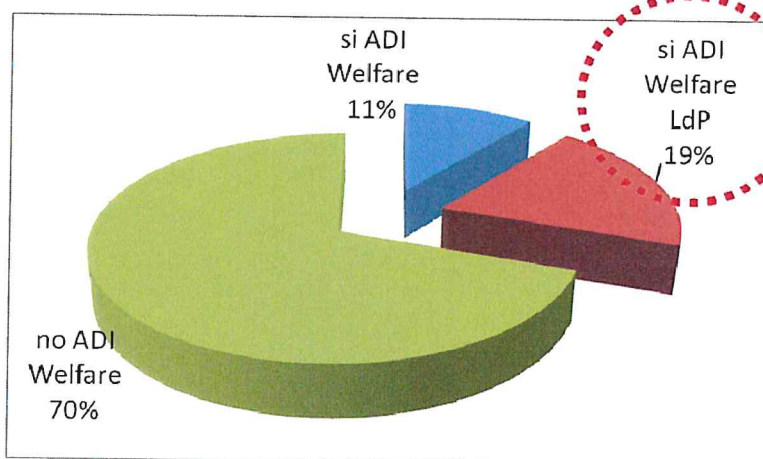
Dalla UO Cura Subacute, in caso di paziente in dimissione e che deve proseguire la medicazione in ambulatorio di vulnologia, l'appuntamento per i giorni successivi viene direttamente concordato.

ALTRE OSSERVAZIONI

- in alcune cartelle non vi è corrispondenza tra quanto scritto dall'infermiere e quanto scritto dal medico (sede, stadio, stadio 3 braden [sic]); dall'intervista ai coordinatori si evince una situazione disforme nella condivisione delle informazioni tra i professionisti, con reparti dove il processo è consolidato e reparti dove permangono delle criticità
- in circa 12 cartelle vi è una certa incoerenza nelle registrazioni.
 - segnalato nel BAI → presenza contemporanea di sì e no lesioni; è flegato no lesioni, ma lesione registrata a diario oppure sulla scheda di medicazione; è flegato no lesione, ma aggiunto "arrossamento"
 - in 3 cartelle nel BAI scritte in aggiunta con altra grafia (e penna di altro colore), in assenza di data e firma per tracciabilità.

La parte che segue indaga in forma indiretta l'aspetto della continuità assistenziale/continuità delle cure tra ospedale e territorio, a partire dai pazienti con LdP che sono stati indirizzati e presi in carico dalle strutture territoriali della o afferenti alla ASST Nord Milano.

Il 24,6%, pari a 37 pazienti (31 ospedale Bassini e 6 ospedale di Sesto) - è stato preso in carico dal Centro Servizi Aziendale (CSA) o direttamente dal Servizio Fragilità e Cure Domiciliari della ASST Nord Milano; 3 pazienti sono stati segnalati dalle UO, ma non è stato possibile attivare il servizio per il decesso della persona; 3 persone risultano prese in carico, ma non è stata verificata la CC perché non disponibile;



2 persone presenti nell'elenco del Servizio Fragilità e Cure Domiciliari non sono state conteggiate in questo lavoro perché al controllo della CC è risultato che abbiano acquisito la lesione in corso di ricovero.

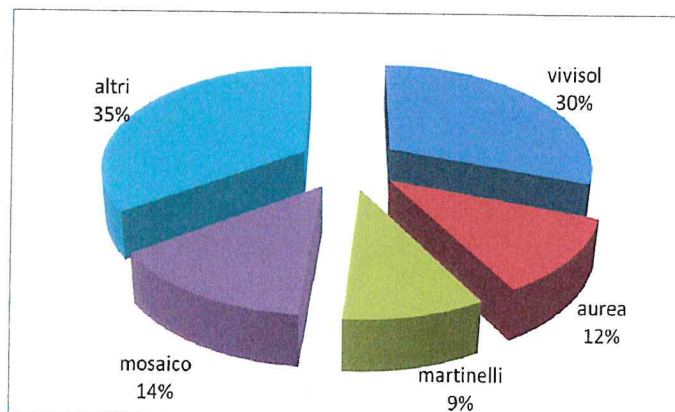
24 persone (20 ospedale Bassini e 4 ospedale di Sesto) sono state prese in carico espressamente per la gestione delle LdP.

Il numero sale a 54 - **34,6%** - se si comprendono anche i pazienti per i quali risulta registrata in CC la richiesta di attivazione ADI/ADI cure palliative, ma dove non è stato possibile risalire ad

ASST ed Ente Gestore.

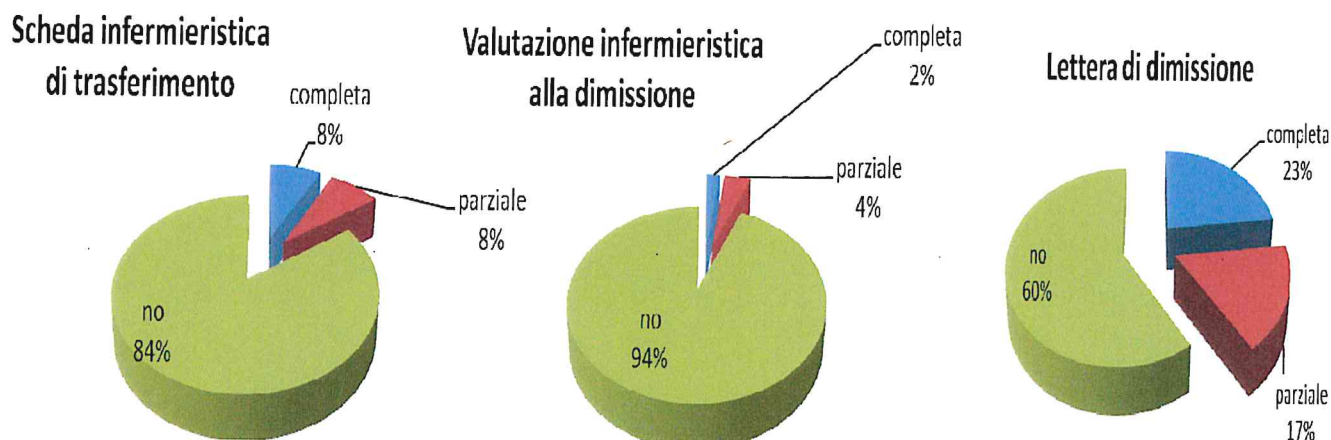
L'ente gestore per ASST Nord Milano più rappresentato è Vivisol s.r.l. (nel loro sito vi è una parte specifica dedicata al Wound Care) con 13 pazienti presi in carico, seguito dalla Cooperativa Mosaico A.R.L. con 6 pazienti.

Con i dati disponibili non è stato possibile definire esattamente il tempo intercorso tra dimissione e inizio ADI; in particolare non è si è riusciti a



definire con certezza la presenza di ADI prima del ricovero.

Una verifica più dettagliata sulla tracciabilità, con incrocio dei dati pazienti con ADI/presenza di documentazione alla dimissione, emergono le situazioni sono descritte di seguito:



Per meglio comprendere l'iter di attivazione delle dimissioni protette, è stata fatta un'intervista con la referente del Centro Servizi Aziendale ed è stata visionata la documentazione necessaria e l'Istruzione aziendale CSA-IA-001 "Attivazione ADI da parte dei reparti ospedalieri". In sintesi:

- il medico invia la richiesta al CS (cartacea → di persona, via fax o scanner vai mail)
- il CSA contatta l'Ente Gestore scelto
- l'Ente Gestore si rapporta con paziente/care giver e, quando necessario, contatta, contatta/si reca nel reparto di degenza

Attualmente è presente solo documentazione cartacea, ma è previsto il passaggio all'inserimento on-line nell'applicativo della Centrale Unica Regionale Dimissione Post Ospedaliera - Regione Lombardia.

A seguito dell'intervista con il coordinatore infermieristico/infermiere di riferimento di Cure Subacute, Medicina e Geriatria è stato confermato l'iter, che viene gestito direttamente dal medico di UO; a memoria degli intervistati non risultano fatte visite in sede da parte dell'Ente Gestore, ma solo contatti telefonici.

ALTRE OSSERVAZIONI

- nelle cartelle dei pazienti che sono stati gestiti dal CSA è presente quasi sempre la modulistica completa, in qualche caso parziale (es. manca uno dei moduli, un modulo non è firmato dall'infermiere ecc);
- in molte delle cartelle dei pazienti che sono stati indicati come presi in carico dai servizi della ASST Nord Milano/Fragilità territoriale, ma senza intervento del CSA, è raramente presente una modulistica specifica; viene però richiamata nella lettera di dimissione l'opportunità di cure domiciliari e si rinvia al giudizio del medico curante, che poi ha provveduto ad attivare il servizio;
- in 7 casi di pazienti con richiesta di accesso ad attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare (Cure domiciliari, RSA, Cure intermedie), nella documentazione apposita il paziente viene indicato come non portatore di LdP/non indicate medicazioni.

Valgono i medesimi quesiti posti per i pazienti provenienti da RSA.

Per l'aspetto relativo alla piena padronanza del contenuto LdP e alla presenza di una conoscenza omogenea degli operatori, nei primi mesi del 2020 sono stati realizzate 3 edizioni del corso residenziale "Il trattamento delle lesioni cutanee acute e/o croniche" per complessivi 27 infermieri, poi sospesi a causa della pandemia COVID 19.



In analogia con i pazienti delle RSA, si evidenzia complessivamente una difformità di comportamenti tra e nella UO e un problema di tracciabilità e di continuità delle cure sia in ingresso che in uscita.

Tutti i dati sono stati presentati e discussi nell'incontro del 22 settembre 2020 (vedere verbale).

In GENERALE si confermano criticità nella documentazione esterna e nel Fascicolo di ricovero, sia che il paziente provenga/rientri nella RSA, sia che venga indirizzato al proprio Medico di Medicina Generale o sia che risulti in carico/venga affidato ai Servizi Territoriali.

Questi risultati motivano e sollecitano la creazione dei presupposti necessari per una migliore gestione del problema "paziente a rischio o con LdP", rappresentati da:

- un approccio multidisciplinare alla patologia (aspetti clinico-assistenziali)
- un approccio multi sistemico (fattori interni/esterni)

che si integrano e si sostengono a vicenda.

In data 28 settembre 2020 si è tenuto un incontro con la Direzione Socio Sanitaria e con la Direzione Sanitaria e si sono definiti i seguenti punti:

1. presentazione dei dati a coordinatori infermieristici e a medici delle UO maggiormente interessate dalla problematica o che sono esperti in wound care (come da indicazione dott.ssa Fumagalli): infettivologa e internista dott.ssa Erika Gianelli, chirurgo generale dott. Marco Colzani, geriatra e medico medicina SSG da definire + condivisione dati con RSA e con gli Enti Gestori, scegliendo gli Enti da coinvolgere.
Possibilità di incontro unico (entro il mese di novembre).
Si è concordato di programmare un primo incontro di presentazione dei dati ai soli coordinatori infermieristici e con i medici sopra indicati.
La presentazione del progetto e dei dati a RSA e Enti Gestori viene posticipata in un secondo tempo, dopo che si è fatta una ricognizione puntuale della situazione territoriale; si ipotizzano interventi "singoli". Acquisita la disponibilità, si ipotizza di condividere/lavorare congiuntamente sulla documentazione in ingresso.
2. valutazione per possibile coinvolgimento dei futuri Infermieri di famiglia e informativa a MMG.
Anche per questo punto si è deciso di rimandare il coinvolgimento ad un momento successivo per:
 - consentire la definizione del progetto "quadro", a seguito delle Deliberazioni Regione Lombardia – COVID 19, che è stato assegnato al nuovo dirigente incaricato dal 21/9/2020
 - attendere indicazioni dalla direzione ATS del riferimento dei Medici di Medicina Generale, con il quale interfacciarsi per tutte le tematiche
3. revisione documentazione infermieristica alla dimissione → costituzione gruppo di lavoro ristretto: infermieri già individuati per il progetto "Il fascicolo di ricovero - La Cartella Clinica Elettronica", integrati da infermieri dell'Ambulatorio Vulnologico e dai medici identificati + operatori RSA – Enti gestori (conclusione del lavoro 28/2/2021).
4. revisione/elaborazione di uno strumento informativo semplificato per l'informazione a paziente e care giver → idem come sopra per gruppo di lavoro (conclusione del lavoro 28/2/2021).
Per questi due aspetti, come per il punto 1, si è concordato di posticipare il coinvolgimento di RSA e Enti Gestori.
Ok per i restanti aspetti citati al punto 3.
5. programmare un incontro con il Gruppo base per aggiornamento sullo stato dei lavori (entro il mese di gennaio 2021).
Si programmerà l'incontro dopo aver definito un calendario dei lavori dei gruppi sulle tematiche specifiche.

I punti ④ Costruzione dello strumento integrato ospedale/territorio per la gestione del paziente a rischio o con lesioni da pressione, ⑤ Diffusione/condivisione delle informazioni e ⑥ Sperimentazione del nuovo strumento verranno sviluppati nel 2021.

7 PROGETTO Il fascicolo di ricovero - La Cartella Clinica Elettronica

Nel mese di luglio è stato attivato il progetto:

ASST NORD MILANO

Responsabile	Dott.ssa Anna Lisa FUMAGALLI														
1. Titolo del Progetto	Il fascicolo di ricovero - La Cartella Clinica Elettronica														
2. Motivazione della scelta	La documentazione clinica risponde alla necessità di integrare informazioni e attività di tipo clinico con quelle infermieristiche e di altri operatori socio-sanitari, di individuare un linguaggio comune tra i professionisti e di prevenire gli errori grazie all'annullamento/riduzione della duplicazione di informazioni per la cura/assistenza del paziente. Si ritiene utile lavorare sulla revisione della documentazione in uso nelle UO aziendali, con la selezione dei contenuti che possono essere introdotti nella "futura" Cartella Clinica Elettronica, nella convinzione che un "fascicolo di ricovero di qualità" possa influire sulla qualità di assistenza/cure erogate.														
3. Ambito di intervento	UO/aree aziendali selezionate														
4. Obiettivo generale	Uniformare la documentazione che costituisce il fascicolo di ricovero, anche in previsione della introduzione/evoluzione della Cartella clinica elettronica (CCE)														
5. Strumenti e metodi	Lavoro in gruppo														
6. Realizzazione/prodotto	Fascicolo di ricovero rispondente ai requisiti da Delib XI/2393 11/11/2019														
7. Durata	Annuale														
8. Risultati e indicatori	<table> <tr> <th>Risultato</th><th>Indicatore</th></tr> <tr> <td>Costituzione del gruppo di lavoro ristretto. Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare</td><td>Elenco con nominativi e qualifiche operatori</td></tr> <tr> <td>Analisi della documentazione esistente</td><td>Report</td></tr> <tr> <td>Revisione/elaborazione della documentazione clinica</td><td>Fascicolo di ricovero revisionato</td></tr> <tr> <td>Revisione/costruzione di un "manuale d'uso"</td><td>Manuale di compilazione del Fascicolo di ricovero Manuale di gestione documentale aziendale</td></tr> <tr> <td>Diffusione/condivisione delle informazioni</td><td>Verbale incontri con infermieri, medici e operatori socio sanitari di UO</td></tr> <tr> <td>Sperimentazione della documentazione</td><td>Report</td></tr> </table>	Risultato	Indicatore	Costituzione del gruppo di lavoro ristretto. Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare	Elenco con nominativi e qualifiche operatori	Analisi della documentazione esistente	Report	Revisione/elaborazione della documentazione clinica	Fascicolo di ricovero revisionato	Revisione/costruzione di un "manuale d'uso"	Manuale di compilazione del Fascicolo di ricovero Manuale di gestione documentale aziendale	Diffusione/condivisione delle informazioni	Verbale incontri con infermieri, medici e operatori socio sanitari di UO	Sperimentazione della documentazione	Report
Risultato	Indicatore														
Costituzione del gruppo di lavoro ristretto. Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare	Elenco con nominativi e qualifiche operatori														
Analisi della documentazione esistente	Report														
Revisione/elaborazione della documentazione clinica	Fascicolo di ricovero revisionato														
Revisione/costruzione di un "manuale d'uso"	Manuale di compilazione del Fascicolo di ricovero Manuale di gestione documentale aziendale														
Diffusione/condivisione delle informazioni	Verbale incontri con infermieri, medici e operatori socio sanitari di UO														
Sperimentazione della documentazione	Report														

la cui tempistica non è stata rispettata, visto la recrudescenza della pandemia da COVID-19.

① Costituzione del gruppo di lavoro ristretto

Il 2/7/2020 il Direttore Sanitario ha convocato un incontro preliminare per la costituzione del gruppo di progetto ristretto. Presenti:

Dott. Tudor Draghici (per Direzione Medica di Presidio - Sesto S. Giovanni)

Dott.ssa Anna Lisa Fumagalli – Direttore Sanitario

Dott. Gianfranco Galli - Dirigente Professioni Sanitarie - SITRA

Dott. Antonio Manfredi – Dirigente Area Percorsi di cura

Dott.ssa Barbara Mangiacavalli – Direttore Socio Sanitario

Dott.ssa Francesca Visco (per Direzione Medica di Presidio - Cinisello)

Dr.ssa Paola Zappa - UOC controllo gestione

Si condivide la composizione del gruppo, in aggiunta ai presenti:

Dr.ssa Caterina Baccilieri - Responsabile Qualità e Risk management

Ing. Pietro Lanzoni – Direttore SIA

Dr.ssa Maristella Moscheni - Risk manager

Dott. Davide Zenoni – Direttore Farmacia

Dott.ssa Agata Ardini – Direttore Medico FF – DMP di Cinisello

② Analisi della documentazione esistente

Nel mese di luglio sono stati raccolti alcuni dati sulla documentazione esistente in ASST:

- l'elenco completo dei documenti analogici è disponibile presso l'UO Qualità e Risk Management
- il fascicolo di ricovero (CC) è costituito da documenti analogici e documenti digitali
- la richiesta della documentazioni è gestita dal Centro Stampa, che provvedere a contattare la Tipografia Rubettino per la stampa. Viene inoltrata richiesta per coprire il fabbisogno annuale (no anno solare, ma a controllo delle scorte) per la documentazione "stabile", per la documentazione in fase di revisione la richiesta è trimestrale.

Modulistica analogica che costituisce il Fascicolo di ricovero

La principale documentazione analogica che costituisce il fascicolo di ricovero, e di interesse per il presente lavoro, è:

DENOMINAZIONE MODULO	CODICE DOCUMENTO	RILEVATO PRESSO
CARTELLA BREVE	MOD 3030 -AR012530 - ASSTNM - MA - 058 REV 1	SSG/BASSINI
MODULO ANTIBIOTICO PROFILASSI PREOPERATORIA	DSA/CIO-MA-003 (RIF, DSA/CIO-MAPDTA-001	SSG/BASSINI
MODULO INFORMATIVA RICOVERO GENERALE CONSENSO PRIVACY	VISTO 6/4/2020 SIGLA OK.MFF	BASSINI
GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE	CSA-MA-001	SSG/BASSINI
MODULO CALCOLO DEL RISCHIO TVP FOGLIO 1	ICP-PBA-MP-S15/B	BASSINI
MODULO CALCOLO DEL RISCHIO TVP FOGLIO 2	ICP-PBA-IP-001	BASSINI
SCHEDA DI AMMISSIONE PRC	DAR-SAR/PCH-SSG-MS-001	SSG
PAGAMENTO PRESTAZIONI SANITARIE DI PRC	SPE-MS-051	SSG
CHECK LIST ESAMI ESEGUITI IN PRC	DAR-SAR-SSG/PCH-MS-002	SSG
SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE CHIRURGICA	SAR/PCH-EBA-MP-001	BASSINI
FRONTESPIZIO PRERICOVERO	MOD. 1591 -AR013514	BASSINI
CHEK LIST L'ESECUZIONE DEL DISEGNO PREOPERATORIO	SI/AMBI-EBA-MS-001	BASSINI
SCALA BRISTOL	DSA-CIO-IA-004 ALL. 3	SSG/BASSINI
DETERMINAZIONI GLICEMICHE	DMP-EBA-MP-021L	BASSINI
SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITA' DI CURE SUBACUTE	NON CODIFICATO	SSG
FOGLIO MUST (MALNUTRITION-UNIVERSAL SCREENING TOOL)	NON CODIFICATO	SSG
SCHEDA RILEVAZIONE PARAMETRI	ASSTNM-MA-094	SSG/BASSINI
PARAMETRI GIORNALIERI	MOD.POB3634-AR012760 REV. 0	SSG/BASSINI



DENOMINAZIONE MODULO	CODICE DOCUMENTO	RILEVATO PRESSO
SCEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI	MOD3645AR012765-021/Y-REV1	SSG/BASSINI
VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA: SCALA DI CONLEY E FATTORI INTRINSECI	ASSTNM-MA-040 REV. 1	SSG/BASSINI
SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (BRADEN)	ASSTNM-DITRA-MA-003 REV. 0	SSG/BASSINI
BRASS	CSA-MA-002 REV. 0	SSG/BASSINI
GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE	CSA-MA-001 REV. 3	SSG/BASSINI
FUT AREA CHIRURGICA	ASSTNM-MA-111/C REV.1	SSG/BASSINI
GESTIONE DIABETE MELLITO CON INSULINA S.C.	SAR/PCH-EBA-MP-033 REV 1	BASSINI
GESTIONE ENDOVENOSA DIABETE MELLITO CON GLUCOSIO/INSULINA/POTASSIO	MEI-EBA-PRP-007 REV.0	BASSINI
SCHEDA DI RICOGNIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA	ASSTNM-MA-113/D REV. 3	SSG/BASSINI
REGISTRAZIONE RICHIESTE ESAMI BIOUMORALI	ASSTNM- MA-118 REV.0	SSG/BASSINI
CARTELLA CLINICA STANDARD MOD. 3622	ASSTNM-MA-057 REV. 1	SSG/BASSINI
DIARIO CLINICO	ASSTNM-MA-117 REV. 0	SSG/BASSINI
CHECK LIST PERCORSO SICURO IN CHIRURGIA	ASSTNM-MA-033 REV. 0	SSG/BASSINI
CHECK LIST PERCORSO SICURO CHIRURGIA E ENDOSCOPIA	PBA-MO-513 REV. 6 (OBSOLETO MA TROVATO IN UO)	BASSINI
SCHEDA SEDAZIONE ADULTI PROCEDURE INTERVENTISTICHE	SAR-EBA-MS-011 REV. 1	BASSINI
QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO ADULTI	NON CODIFICATO	SSG
QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO ADULTI	SAR/PCH-EBA-MS-052 REV. 0	BASSINI
CARTELLA ANESTESIOLOGICA PERIOPERATORIA (FASCICOLO)	DAR-SAR/PCH-SSG-MS-003 REV. 0	SSG
CARTELLA ANESTESIOLOGICA PERIOPERATORIA (FASCICOLO)	SAR-EBA-MS-019 REV. 0	BASSINI
SCHEDA INFERMIERISTICA BLOCCO OPERATORIO	SAR/BO-SSG-MS-001 REV.0	SSG
REGISTRAZIONE/RINTRACCIABILITA' INTRAOPERATORIA ATTIVITA INFERMIERISTICA	DAR-SAR-ANE-PBA-MS-217 REV. 0	BASSINI
SCHEDA INFERMIERISTICA DI TRASFERIMENTO	MOD 3644-AR012764	SSG/BASSINI
RACCOLTA DATI E IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA (BAI) ALL'AMMISSIONE	ASSTNM-MA-096 REV. 0	SSG/BASSINI
PIANIFICAZIONE, ATTUAZIONE E VALUTAZIONE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	MOD3643-AR012763	BASSINI
PIANIFICAZIONE, ATTUAZIONE E VALUTAZIONE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	ASSTNM-MA-093	SSG/BASSINI
CARTELLA CLINICA BREVE DAY HOSPITAL/DAY SURGERY/RICOVERI BREVI MOD. 3030	ASSTNM-MA-058 REV.1	SSG/BASSINI
GRAFICO TEMPERATURA	NON CODIFICATO	SSG

Alcune UO hanno in uso documenti specifici non codificati.

Modulistica digitale che costituisce il Fascicolo di ricovero

Sono disponibili in ASST diversi applicativi che consentono la costituzione di documenti che popolano il fascicolo di ricovero.

Sono in uso moduli funzionali (implementazione orizzontale):

- Accettazione amministrativa
- Verbale di Pronto Soccorso
- Referti esami diagnostici
- Referti visite specialistiche (consulenze)
- Verbale operatorio
- Lettera di dimissione
- Scheda di dimissione Ospedaliera

con **firma digitale (firma forte)** e con il rispetto dei requisiti minimi di sicurezza → sistemi di autenticazione/autorizzazione, riservatezza, immodificabilità e conservazione ecc.

Sono presenti funzioni “di interfaccia” che consentono l’importazione di dati tra i differenti documenti (dove presente il fleg specifico).

E’ in uso in Hospice un **fascicolo di ricovero ibrido**, composto da documenti sia analogici sia digitali (con firma forte).

Nelle UO dell’ospedale di Sesto San Giovanni Medicina, Cure sub acute e Terapia Intensiva è in uso una modulistica compilata tramite applicativo HOpera:

- anamnesi – esame obiettivo
- diario
- scheda parametri
- FUT

che in questo momento non è gestita con i sistemi sopra indicati e che non presenta la **firma digitale**.

Per l'assolvimento del punto ② si è preso in esame un campione di cartelle cliniche, come illustrato di seguito.

Analisi di un campione di CC

A fine luglio/inizio agosto è stata fatta una verifica della compilazione della CC su un campione di 39 (32 ordinarie; 7 Day surgery) - per verificare la percentuale di campi compilati, compilati in parte o non compilati.

E' stato fatto un raffronto con i risultati, forniti da Qualità e rischio clinico, del progetto "Prima analisi della documentazione sanitaria presso l'Ospedale Bassini e Ospedale Città di Sesto San Giovanni per la verifica di alcuni item oggetto della check list di autovalutazione".

I dati sono relativi al 2017 e sono riferiti a soli 4 requisiti:

- pianificazione della dimissione
- griglia di rilevazione del rischio sociale e scala di Brass
- modulo di riconciliazione farmacologica
- educazione del paziente/familiare

pertanto consentono una parziale valutazione, anche perché nel tempo sono stati fatti interventi per migliorare l'adesione per una corretta compilazione della documentazione clinica.

Di seguito viene proposto il report, con in evidenza i campi più critici del 2019 e i campi del 2017. Per quest'ultimo punto si evince un miglioramento dei 4 indicatori, meno marcata per la voce "educazione del paziente e dei familiari,

• ESITI ANALISI CC

100% non presente etichetta PS

1) Presenza di infezioni trasmissibili/Presenza di barriere

Si	Si parz	No
87%	8%	5%

2) Apparecchi, protesi, cateteri di cui il paziente è portatore

Si	Si parz	No
87%		13%

In un caso O2 terapia

3) Problemi clinici aperti/Ipotesi diagnostiche

Si	Si parz	No
75%	3% (solo data e firma)	22%

4) Comorbidità

Si	Si parz	No
87% (1 → vedi allegato)		13%

Nella maggioranza di casi ☒ "vedi anamnesi"

5) Dolore

Si	Si parz	No
97%		3%

6) Necessità cure intensive

Si	Si parz	No
94%		6%

6a) aggiornamento

Si	Si parz	No
19%		81%

7) Valutazione iniziale piano diagnostico terapeutico-assistenziale

Si	Si parz	No
49%		51%

7a) aggiornamento

Si	Si parz	No
6%		94%

8) Piano discusso con pz/familiari

Si	Si parz	No
37%		63%

9) Pianificazione dimissione

Si	Si parz	No
82%	9%	9% 52%

10) Anamnesi sociale

Si	Si parz	No
44% (7 → griglia di rilevazione rischio sociale SA-MA-001)	5%	51% 55% (vedere Brass)

Anamnesi familiare 41% si 59% no

11) Anamnesi fisiologica → comportamenti a rischio

Si	Si parz	No
37% (3 → vedi allegato)	9%	54%

Parziale: no compilazione test screening e comportamenti a rischio

12) Anamnesi patologica remota

Si	Si parz	No
95% (16 → vedi allegato)		5%

13) Anamnesi patologica prossima

Si	Si parz	No
95% (16 → vedi allegato)		5%

14) Esami strumentali e bio umorali

Si	Si parz	No
19% (4 → vedi allegato)		81%

15) Terapia farmacologica domiciliare all'ingresso: nessuna; vedi scheda FUT; vedi web farm

Si	Si parz	No
87%		13%

In 4 – 10% - casi il modulo della riconciliazione non risulta compilato 47%

In 3 casi → modello versione precedente

15a) su FUT terapia domiciliare registrata su mod 113/D

Si	Si parz	No
		100%

15b) compliance alla terapia

Si	Si parz	No
90%		10%

**16) Esame obiettivo generale**

Si	Si parz	No
73% (1 → vedi allegato)	18%	9%

17) Screening nutrizionale

Si	Si parz	No
11%	26%	63%

18) Esame obiettivo per apparati

Si	Si parz	No
31%	64%	5%

19) Esame delle principali funzioni psichiche

Si	Si parz	No
62%	19%	19%

20) Esame neurologico

Si	Si parz	No
78%	3%	19%

21) Educazione del paziente e dei familiari

Si	Si parz	No
51%		49% (1 → solo firma) 75%

In 1 caso → in PS; un caso → EXITUS

22) Richiesta di manifestazione del consenso generico alle cure

Si	Si parz	No
18%		82%

Un caso di persona con deficit cognitivo grave

23) Tutela privacy

Si	Si parz	No
79%		21%

In 5 casi → modulo a parte; 5 casi → in CC+modulo a parte

24) Consenso informato adulti

Si	Si parz	No
20 → 49%		

intervento ch → non indicato il codice allegato FOGLIO INFORMATIVO; IN 1 CASO → no identificazione pz ; 1 → esami di laboratorio + emogasanalisi – 1 caso di persona con deficit cognitivo grave
Consenso 2, 3, 4 → compilate più pagine in sette casi (18%)

25) Consenso informato alla trasfusione

Si	Si parz	No
92%		8%

51% → “non pertinente”; 1 → no firma pz; 11 → no identificazione pz; 1 caso di persona con deficit cognitivo grave

26) Gruppo sanguigno

Si	Si parz	No
		100%

27) Protocolli clinici

Si	Si parz	No
78%		22%

**27b) Protocollo applicabile**

Si	Si parz	No
75%		25%

27c) Protocolli applicato

Si	Si parz	No
72%		28%

28) Epicrisi

Si	Si parz	No
71%		29%

Trasferimento si 28% no 72%

29) Condizioni del paziente alla dimissione

Si	Si parz	No
78%		22%

30) Valutazione infermieristica alla dimissione

Si	Si parz	No
81%		19%

31) REGISTRAZIONE ESAMI (MOD MEI – EBA - MS – 002)

Si	Si parz	No
74%	8% (solo in PS)	18%

In una buona parte dei casi solo all'ingresso o per esami effettuati in PS

32) Raccolta dai e identificazione BAI

BAI	si	Si parz	No
Respirare	72%	28%	
Alimentarsi e idratarsi	92%	8%	
Eliminazione urinaria e intestinale	77%	23%	
Igiene	82%	18%	
Movimento	90%	8%	2%
Riposo e sonno	87%	5%	8%
Mantenere la funzione cardiocircolatoria	64%	33%	3%
Ambiente sicuro	90%	8%	2%
Interazione nella comunicazione	85%	15%	
Procedure terapeutiche	95%		5%
Procedure diagnostiche	77%		23%

33) Risultato raggiunto (BAI pianificato)

Si	Si parz	No
53%	23%	23 %

34) BRASS all'ingresso

Si	Si parz	No
87%		13% 55%

OSSERVAZIONI**Allergie:**

- un caso di allergia su scheda 118 → non riportato in CC

- due casi di allergia → non riportati su uno dei FUT pz
- in alcuni fascicoli sono stati ritrovati documenti specifici di UO, documenti obsoleti, documenti non codificati, documenti poco leggibili per la qualità di stampa (fotocopie).

Il lavoro è stato condiviso nell'incontro del 15/9/2020, quando è stata fatta un'analisi sulle positività e criticità dei campi nel format della Cartella Clinica standard, a partire dalle considerazioni individuali e sulla base dell'esperienza professionale quotidiana (come da Verbale).

③ Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare

In data 23/7/2020 è stata convocata una riunione con i componenti del gruppo di lavoro ristretto, allargato a capi dipartimento e SITRA e relativi collaboratori.

Si è concordato di procedere al coinvolgimento delle diverse componenti nei gruppi di lavoro, in base all'obiettivo specifico definito, con possibilità di allargamento del gruppo multiprofessionale – multidisciplinare in relazione alle tematiche affrontate (come da verbale).

Gruppo multiprofessionale – multidisciplinare BASE

COGNOME NOME	QUALIFICA	UO
ARDINI AGATA	dirigente medico	DMP Bassini
BACCILIERI CATERINA	inf dirigente	Qualità e Risk management
BIANCA ALESSANDRO	dirigente medico	Chirurgia Sesto S. Giovanni
CAIMI MARINA	dirigente medico	Medicina Sesto S. Giovanni
CALIGIURI ROBERTA	fisioterapista coordinatrice	SITRA - Gestione processi org.vi
CAPOROTUNDO SILVIA	dirigente medico	Geriatria Bassini
CONCONI GIACOMO	dirigente medico	Chirurgia Bassini
DENOVA MARIANNA	dirigente medico	Chirurgia Sesto S. Giovanni
DRAGHICI TUDOR	dirigente medico	DMP Sesto S. Giovanni
FUMAGALLI ANNA LISA	DS	DS
GALLI GIANFRANCO	inf dirigente	Direttore SITRA
LANZONI PIETRO	ingegnere	SIA
LEONE CLEMENTINA	dirigente biologo	SIMT
MANCA THIESI ELENA	dirigente medico	Medicina Bassini
MANFREDI ANTONIO	dirigente medico	Area Percorsi di cura
MANGIACAVALLI BARBARA	DSS	DSS
MARRONE FRANCESCA	infermiera coordinatrice	SITRA - Gestione processi org.vi
MAZZILLI LAURA	assistente sociale	Coordinatrice Servizio Sociale
MOSCHENI MARISTELLA	ASV dirigente	Qualità e Risk management
PIERACCINI GIULIANA	referente inf. PO	SITRA – sede S. Giovanni
POLI SILVIA	dirigente medico	Chirurgia Bassini
VISCO FRANCESCA	dirigente medico	DMP Bassini
ZAPPA PAOLA	INF – Coord. gruppo	Controllo di Gestione – Coordinatrice gruppo
ZENONI DAVIDE	farmacista dirigente	Direttore farmacia

In data 15/9/2020 si è concordata la costituzione dei seguenti gruppi di lavoro:

1. Revisione Cartella clinica standard e Cartella clinica ricoveri brevi

- Con attivazione di sottogruppi specifici per
 - Screening nutrizionale (coinvolgimento dietiste)
 - Rischio sociale (coinvolgimento assistenti sociali)
 - Cartella trasfusionale (coinvolgimento personale SIMT)
- e coinvolgimento di professionisti specifici in base alla tematica.

NOMINATIVI GRUPPO BASE: Ardini, **Bianca**^(*), Caimi, **Caporotundo**^(*), Concone, Denova, Draghici, **Manca Thiesi**^(*), Poli, Visco.

(*) Coordinatori del gruppo

Per la parte Rischio Sociale → assistente sociale: dott.ssa Simona Dragoni
 Per la parte Cartella Trasfusionale → dirigente biologo: dott.ssa Serafina Marina
 Per la parte Screening nutrizionale → dietista: dott.ssa Annunziata De Blasi

2. Raccolta dati e identificazione BAI – Dimissione/trasferimento

NOMINATIVI GRUPPO

COGNOME NOME	QUALIFICA	UO
CONFALONIERI ELISABETTA	Infermiera coordinatrice	Chirurgia SSG
FIOTTA ANGELA	infermiera	Nefrologia - Neurologia EBA
FRIGERIO ILARIA	infermiera	Medicina SSG
GAZZONI DANIELA	infermiera	Ortopedia / Chirurgia multi specialistica EBA
MARRONE FRANCESCA (*)	infermiera coordinatrice	SITRA - Gestione processi org.vi
PASTORE LUIGIA	infermiera	Medicina EBA
SALLAKU ASTRIT	infermiera	Medicina EBA
TEDESCO DAVIDE	infermiere	Sub Acuti SSG

(*) Coordinatrice del gruppo

3. Consenso informato

NOMINATIVI: **Dott.ssa Anna Lisa Fumagalli**(*) – Dott. Mauro Longoni – 1 Dott. Sandro Mancarella -
 Dott.ssa Francesca Visco – Dott.ssa Paola Zappa + esperto esterno dott. Luigi Molendini

(*) Coordinatrice del gruppo

Supporto “metodologico” delle funzioni Qualità e Risk Management, SITRA, Percorsi di cura.

④ Rielaborazione del fascicolo di ricovero - cartella clinica

Prima di procedere alla revisione del fascicolo di ricovero in uso, si è ritenuto indispensabile effettuare con i professionisti un'analisi condivisa della documentazione clinica attuale, dei dataset clinici, di eventuali fabbisogni informativi insoddisfatti, per poter poi passare all'approfondimento dei processi di cura/assistenza e dei processi organizzativi, con un focus alla comprensione delle dinamiche tra le varie figure professionali coinvolte ed ai loro ambiti di competenza.

In data 15/9 il gruppo di lavoro si è incontrato ed ha preso in esame il format della Cartella Clinica standard (mod 3622). Si è partiti dalle considerazioni individuali dei campi della CC non compilati/compilati parzialmente, di cui non è chiaro il significato, ecc., sulla base dell'esperienza professionale quotidiana (è stata fornita una “scheda tipo” per uniformare e agevolare il percorso).

In parallelo è stata approfondita la normativa nazionale e regionale e si sono analizzate le procedure aziendali per identificare campi/voci che obbligatoriamente devono essere presenti nella cartella clinica:

- Linee guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale - CRS-LG-SIEE#02 - 20-01-2020
- Deliberazione n. XI/2700 del 23/12/2019 “Determinazioni relative al Programma Integrato di Miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020–2022”
- Deliberazione n. XI/2393 del 11/11/2019 “Approvazione del manuale del fascicolo di ricovero – 3ª edizione 2019”
- Garante Privacy – Provvedimento n. 55 del 7/3/2019



- DGR n. X/7543 del 18/12/2017 “Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: Piattaforma Primo”
- DGR n. X/7383 del 20/11/2017 “Manuale della Documentazione del percorso di terapia farmacologica”
- DGR n. X/5765 del 8/11/ 2016 “Le registrazioni dei pazienti”
- DGR n. X/3001 del 9/1/ 2015 “Immagini, suoni e biosegnali: manuale per i percorsi di cura”
- DGR n IX/4659 del 9/1/2013 “Manuale della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria”
- Deliberazione n. VIII/9014 del 20/2/2009 “Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento”
- D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”
- ASSTNM-PrA-016 “Protocollo per l'elaborazione e la gestione della documentazione sanitaria”
- ASSTNM-PA-009 “Politica di valutazione generale del paziente e Pianificazione delle cure”

Il gruppo **Revisione Cartella clinica standard e Cartella clinica ricoveri brevi** si è incontrato in data 6 e in data 15/10/2020.

Il gruppo **Consenso informato** si è incontrato in data 30/10 e in data 1/12/2020 ed è stata elaborata la prima stesura della PrA-015 “Informazione del paziente e acquisizione del consenso al trattamento sanitario”.

Il completamento dei lavori del punto ④, i punti ⑤ Costruzione di un “manuale d'uso”, ⑥ Diffusione/condivisione delle informazioni e ⑦ Sperimentazione del nuovo fascicolo di ricovero verranno sviluppati nel 2021.

**Piano annuale Risk Management.
gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19)
ASST NORD MILANO -**

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	C		
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 indentificato e con ruoli esplicitati nell'organizzazione	C		
1.4 L'unità è composta da almeno 10-15 membri, rappresentativi di queste aree: - Direzione strategica - Affari legali - risk management - CIO / epidemiologia → NA - 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 → non presente, ma INFORMATIVA - Medico competente - Ingegneria clinica - Struttura tecnico patrimoniale - SPP Possono essere inoltre coinvolti: - Fisioterapia e terapia respiratoria - Radiologi - Assistenti sanitarie anche per la gestione della dimissione e sorveglianza territoriale - Formazione - Centrale di sterilizzazione - Dietisti - Farmacia - Sistemi informatici - Responsabile acquisti - Laboratori - Consulenti esperti in etica,salute mentale,etc - Altri membri come servizi di volontariato, medico legale, clero - Altri da specificare → magistrato/bioeticista	C		

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.		NE	IN CORSO
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		
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		

3.1 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.		NA	
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	C		
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	C		

notificare il caso alle autorità			
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		
3.3.2 Questa valutazione stimata e' stata condivisa con i responsabili locali, regionali per pianificare lo stoccaggio del materiale	C		
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	C		
3.3.4 È stata sviluppata una strategia per stabilire le priorità in caso di necessità per l'assegnazione delle attrezzature limitate per l'assistenza ai pazienti, prodotti farmaceutici e altre risorse.		NE	In corso

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).	C		
3.3.6 È stato messo in atto un processo per garantire che la struttura fornisca i presidi e i materiali necessari per aderire alle pratiche raccomandate di prevenzione e controllo delle infezioni, tra cui: - Igienizzante per mani a base di alcool per l'igiene delle mani è disponibile in ogni stanza del paziente (idealmente sia all'interno che all'esterno della stanza) e in altre aree di cura del paziente e spazi comuni. - I lavelli sono ben forniti di sapone e asciugamani di carta per il lavaggio delle mani. - Sono disponibili manifesti immediatamente al di fuori delle stanze dei pazienti che indicano le precauzioni appropriate e necessarie per la prevenzione delle ICA e quali dispositivi di protezione - Dispositivi e maschere per le persone con sintomi respiratori da utilizzare vicino agli ingressi e nelle aree comuni, con recipienti per lo smaltimento. - 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	C		
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.	C		

3.4 Identificazione e gestione dei pazienti :

Item	Completato (C)	Non effettuato (NE) / Non Applicabile (NA)	Note / evidenze
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: - 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 → non completato - 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	C		

rapidamente ed isolare i pazienti COVID 19 (domande da porre e azioni da intraprendere)			
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 più 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: • 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 correlabili al COVID, e sono stati messi in atto dei sistemi di controllo della temperatura negli accessi ai servizi sanitari	C		
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: • 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.	C		
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).	C		
3.7.3 Sono stati identificati materiali appropriati per integrare e supportare programmi di istruzione e formazione per operatori sanitari, pazienti e familiari di pazienti (ad esempio, attraverso le istituzioni o organizzazioni professionali),	C		
3.7.4 La struttura ha sviluppato piani e materiali per l'istruzione e la formazione specifica per l'operatore sanitario che includono informazioni sulle misure raccomandate di controllo delle infezioni per prevenire la diffusione di COVID-19, tra cui: • Segni e sintomi di COVID-19. • Come monitorare i pazienti per segni e sintomi di COVID-19. • Come proteggere i pazienti, i visitatori e gli operatori sanitari utilizzando le corrette pratiche di controllo delle infezioni, tra cui l'igiene delle mani, la selezione e l'uso dei DPI, inclusa la formazione "just in time" sulla selezione e l'uso corretto dei DPI (incluso vestizione e svestizione), con una dimostrazione obbligatoria di competenza. • Come pulire e disinfettare adeguatamente le superfici e le attrezzature ambientali • Stare a casa quando è malato. • Azioni consigliate per esposizioni non protette (ad es., Non utilizzando DPI raccomandati, un contatto infettivo non riconosciuto del paziente).	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	

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.	C		
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 aree 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, il personale addestrato e i prodotti farmaceutici necessari per trattare un paziente con COVID-19 (ad es. Ventilatori, ossigeno).	C		
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.	C		
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).	C		
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 E' Stato predisposto un piano aggiornato nel tempo di individuazione delle aree non COVID per il mantenimento delle prestazioni di urgenza ed emergenza e per le prestazioni indicate da Regione, degli HUB interaziendali, dei servizi territoriali e degli ambulatori o punti prelievo necessari con indicazioni precise e relative precauzioni per utenti e operatori	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	C		

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.			
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 e' 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 e' 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 E' 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.	C		
3.8.1.13.E' stata identificata una area nella struttura che potrebbe essere usata come camere mortuaria accessoria		NA	
3.8.1.14 La camera mortuaria accessoria o gli spazi individuati sono condivisi con le istituzioni competenti.		NA	
3.8.1.15 Viene condotto un audit clinico o analisi di casi rivolti ai decessi per COVID 19 e la valutazione dell'applicazione dei protocolli o indicazioni ad oggi disponibili		NE	
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		