

## **ATTI DEL DIRETTORE GENERALE**

### **DELIBERAZIONE N. 365 del 20/04/2022**

#### **OGGETTO:**

**APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT  
2022 (PARM)**

**PROPONENTE: QUALITA' E ACCREDITAMENTO**

Il Dirigente Responsabile: ZAPPA PAOLA

Il Funzionario istruttore: PAOLA ZAPPA

Fascicolo n. 1 - 0 Anno 2021

Titolario 01 - 01 - 05

Immediatamente esecutiva: SI

Soggetta a privacy: NO

Pubblicazione differita: NO

Con introiti: NO

Con oneri: NO

**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 nota Protocollo n. G1.2022.0002966 del 13/01/2022 con la quale la Direzione Generale Sanità ha fornito le Linee Operative Regionali relative alle attività di Risk Management per la sicurezza del paziente e delle cure nelle strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche della Lombardia, da sviluppare per l'anno 2022 nel Piano Annuale di Risk Management, che dovrà essere rendicontato entro il 31 gennaio 2023;

**VISTO** il piano predisposto dal Risk Manager Aziendale, Dott.ssa Paola Zappa, nel quale (avendo considerato il profilo di rischio aziendale, l'analisi dei contenziosi, degli eventi avversi, delle segnalazioni registrate nel sistema di Incident reporting, dei reclami, dei dati degli indicatori) vengono declinate le attività per la Gestione dell'emergenza SARS COV-2 e le attività ordinarie di Risk Management per l'anno 2022;

**CONSIDERATO** che in tale piano, tenendo conto delle prioritarie aree di rischio evidenziate e degli indirizzi regionali, vengono pianificate le attività per la Gestione dell'emergenza SARS COV-2 e le attività ordinarie di Risk Management e vengono inoltre individuati i seguenti progetti specifici:

- La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP);
- Le misure per la gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line dell'ASST Nord Milano;
- Strategie di prevenzione del rischio di caduta dei pazienti in ospedale: CONOSCERE PER EVITARE

**RITENUTO**, pertanto, di dover approvare il predetto Piano Annuale di Risk Management 2022 e i progetti specifici nello stesso contenuti, dando incarico al Risk Manager aziendale di provvedere alla trasmissione di quanto sopra a Regione Lombardia entro il 29 aprile 2022, ai sensi della citata nota regionale Protocollo n. G1.2022.0002966 del 13/01/2022;

**SU PROPOSTA** del Responsabile della U.O.S. proponente il quale attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa del presente provvedimento, come riportato nel parere tecnico, conservato agli atti;

**ATTESO** che la Struttura proponente ha acquisito dalla U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie l'attestazione che il presente provvedimento non comporta né oneri né introiti, come riportato nel parere contabile, allegato al presente provvedimento;

#### **IL DIRETTORE GENERALE**

**PRESO ATTO** del parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario, conservati agli atti;

**- d e l i b e r a -**

per le motivazioni esposte in premessa:

- di approvare e adottare il Piano Annuale di Risk Management 2022, allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale della stessa (all.1);
- di dare atto che, in attuazione a quanto disposto dalla Direzione Generale Sanità con nota n. G1.2022.0002966 del 13/01/2022, tale documento sarà trasmesso al "Controllo Strategico Struttura Gestione del Rischio e Supporto ai Processi Amministrativi" di Regione Lombardia entro il 29 aprile 2022 da parte del Risk Manager aziendale;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta né oneri né introiti come riportato nel parere contabile allegato al presente provvedimento;
- di conferire mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari, successivi, incombenti all'esecuzione del presente provvedimento;
- di dare atto che il provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss. mm. e ii.;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on-line aziendale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss. mm. e ii.;
- di trasmettere il provvedimento al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE GENERALE  
dott.ssa Elisabetta Fabbrini

**Proposta n° 351 del 06/04/2022**

**OGGETTO: APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT 2022 (PARM)**

**Parere Contabile**

**Parere:** Favorevole

**Data:** 19/04/2022

**Note:**

**Direttore U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie**  
Dott.ssa Domenica Luppino

---

Mastro	Conto	Descrizione	Sez.	Importo	Anno	Da	A

## **RELATA DI PUBBLICAZIONE**

DELIBERAZIONE N. 365 / 2022 DEL 20/04/2022

OGGETTO: Approvazione ed adozione del Piano Annuale di Risk Management 2022 (PARM)

La presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio sul sito aziendale, come previsto dalle norme vigenti, dal giorno 20/04/2022 al giorno 08/05/2022.

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Nord Milano

# **PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT**

## **Anno 2022**

dott.ssa Paola Zappa  
Risk Manager Aziendale

## INDICE

	<b>PREMESSA</b>
<b>1</b>	<b>GESTIONE DELLA EMERGENZA DA SARS COV-2 (COVID-19)</b>
<b>2</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI</b>
<b>3</b>	<b>MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA (SIMES)</b>
<b>4</b>	<b>MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI E SINISTRI</b> <b>3.1 Cadute</b> <b>3.2 Sinistri</b>
<b>5</b>	<b>INCIDENT REPORTING</b>
<b>6</b>	<b>RISCHIO CLINICO IN TRAVAGLIO/PARTO: i TRIGGER materno fetali</b>
<b>7</b>	<b>PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE – MEDIAZIONE</b>
<b>8</b>	<b>PROGETTI AZIENDALI</b> <b>8.1 Prevenzione infezioni - SEPSI</b>
<b>9</b>	<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E DI SUPPORTO</b>
<b>10</b>	<b>INDICATORI</b>

## PREMESSA

L'assetto organizzativo della ASST Nord Milano è costituito dalle seguenti strutture:

- Ospedale Edoardo Bassini – Cinisello Balsamo
- Ospedale Città di Sesto San Giovanni
- Distretto parco della Valle Media del Lambro; Distretto Parco Nord
- N. 19 Poliambulatori (rete del Nord Milano e tutta la città di Milano)

L'Azienda è organizzata in 6 Dipartimenti, che costituiscono il “cuore” dell'organizzazione:

- Dipartimento delle Scienze Chirurgiche; Dipartimento delle Scienze Mediche; Dipartimento dei Servizi Diagnostici; Dipartimento Materno Infantile; Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze; Dipartimento Amministrativo

Sono inoltre presenti:

- Dipartimento Funzionale interaziendale di Medicina Legale: la Direzione è affidata al Direttore della Medicina Legale della ASST Santi Paolo e Carlo;
- Dipartimento Funzionale interaziendale di Cure Palliative: il Coordinamento è attribuito all'ASST FBF-Sacco e si struttura su due livelli, uno regionale e uno locale.
- Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia (DMTE).

Nelle diverse fasi della pandemia da COVID-19 le strutture aziendali sono state rimodulate, in particolare i due ospedali, in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali e con la domanda di ricovero dei pazienti COVID positivi.

Vista l'evoluzione della situazione pandemica dell'anno 2021 si è posta particolare attenzione alla domanda di ricovero e di cure dei pazienti COVID negativi. Si è optato per una differenziazione tra i due ospedali:

- ospedale Bassini di Cinisello Balsamo con presenza di reparti COVID
- ospedale Città di Sesto S. Giovanni con reparti NO COVID e con accoglienza di pazienti COVID, non trasferibili negli HUB e in assenza di sintomi respiratori, in stanze dedicate nelle UO di psichiatria, ostetricia e pediatria

A dicembre 2021 l'assetto dell'Ospedale Bassini è rappresentato nella tabella:

REPARTI	TIPOLOGIA REPARTO PER CATEGORIE PAZIENTE (COVID-19)	PL TOTALI IN USO	ubicazione
CARDIOLOGIA	COVID NEG	14	3 piano corpo F
CHIRURGIA GENERALE	COVID NEG	19	1 piano corpo E
DEGENZA BREVE CHIRURGIA GENERALE	COVID NEG	10	P.T. corpo F
HOSPICE	COVID NEG*	10	7 piano corpo F
MEDICINA	COVID NEG	25	2 piano corpo F
MEDICINA COVID c/o SUBACUTI	COVID POS	6	3 piano corpo E
MEDICINA COVID ex GERIATRIA	COVID POS	24	5 piano corpo E
MEDICINA FILTRO (ex CHIRURGIA)	FILTRO	5	2 piano corpo E
MEDICINA MULTISPECIALISTICA	COVID NEG	12	2 piano corpo E
NEFROLOGIA	COVID NEG	10	5 piano corpo A
NEUROLOGIA	COVID NEG	10	5 piano corpo A
ORL	COVID NEG	6	4 piano corpo E
ORTOPEDIA (chirurgia protesica)	COVID NEG	10	6 piano corpo F
ORTO-TRAUMATOLOGIA	COVID NEG	10	P.T. corpo F
PSICHIATRIA	COVID NEG*	14	1 piano corpo A
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	COVID NEG	18	6 piano corpo F
RIANIMAZIONE	COVID NEG*	4	P.T. corpo E
SUBACUTI COVID	COVID POS	14	3 piano corpo E
UROLOGIA	COVID NEG	15	4 piano corpo E
UTIC	COVID NEG*	4	3 piano corpo F

\*stanza di isolamento per casi sospetti o positivi

E' prevista una progressiva riorganizzazione che contempla il ritorno alla situazione pre covid o, in caso di recrudescenza dell'epidemia da SARS CoV2, una trasformazione per step consecutivi, corrispondenti ai livelli indicati nei provvedimenti della DG Welfare di Regione Lombardia.

Il Piano 2022 sviluppa tutte le attività correlate alla gestione dell'emergenza COVID; le attività ordinarie di risk management saranno sviluppate/proseguite compatibilmente con le misure da mettere in atto per l'emergenza COVID.

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

Il Piano di Risk Management per l'anno 2022, in continuità con quanto programmato e realizzato nel 2021, prevede azioni a sostegno della Direzione e delle unità operative nella gestione dell'emergenza.

E' stata fatta un'analisi delle aree critiche che possono generare conseguenze agli utenti, con le attività utili a contenere/mitigare gli effetti della pandemia e il relativo monitoraggio.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano		MAPPATURA RISCHI DEL PROCESSO DI GESTIONE COVID - anno 2022					
PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA COVID DA OPERATORE A PAZIENTE - DA PAZIENTE A OPERATORE							
Attività	Criticità	Cause	Stato attuale				Azioni correttive
			G	P	R	IPR	
Approvvigionamento DPI	Mancanza di alcuni dispositivi	Difficoltà reperimento	10	2	1	20	SOLO MONITORAGGIO
Vestizione - Svestizione	Utilizzo non corretto DPI	Scarsa conoscenza. Presenza di operatori non dipendenti ASST Nord Milano, con alto turnover. Attivazione di settori COVID in reparti no COVID per gestione pazienti "casualmente positivi".	10	5	3	150	Corsi di formazione. Momenti di addestramento in loco. SPP-PrA-005 "Gestione e utilizzo dei DPI nelle attività sanitarie e socio-sanitarie di assistenza a soggetti affetti da Covid-19"
Predisposizione della cartellonistica	Problemi di chiarezza della comunicazione/contenuto, in particolare per utenza	Ambiente fisicamente poco idoneo.	2	2	2	8	SOLO MONITORAGGIO
Differenziazione ambienti/percorsi sporco/pulito	Commistione zona sporca/pulita. Variabilità comportamentale	Ambiente fisicamente poco idoneo. Scarsa conoscenza. Attivazione di settori COVID in reparti no COVID per gestione pazienti "casualmente positivi".	9	8	1	72	Definizione caratteristiche ambiente/materiali - cartellonistica Check list di apertura reparto COVID/ isolamento paz incidentalmente COVID +.



Prevenzione CLUSTER in reparti no COVID	Mancata attivazione e coinvolgimento della funzione Risk Management	Scarsa conoscenza iter di attivazione (come da indicazioni RL)	7	6	4	168	ASSTNM-IO- 007 Gestione del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e nei reparti di degenza (emergenza COVID 19) - allegato 8
DOCUMENTAZIONE - PASSAGGIO DI CONSEGNE							
Attività	Criticità	Cause	Stato attuale				Azioni correttive
			G	P	R	IPR	
Compilazione della cartella clinica	Compilazione incompleta - inadeguata. Difficoltà nella lettura	Presenza di modulistica differenziata per area medica e area chirurgica. Presenza di operatori non dipendenti ASST Nord Milano, con alto turnover.	8	2	4	64	Utilizzo della CC ASSTNM-MA-057
Prescrizione e somministrazione della terapia	Utilizzo di simboli errati --> somministrazione errata nella tempistica	Presenza di FUT differenti per area medica e area ch. Equipe - operatori che non sempre si conoscono. Presenza di operatori non dipendenti ASST Nord Milano, con alto turnover.	9	2	6	108	Utilizzo di FUT ASSTNM-MA-112/M4
Passaggio consegna	Scarsa condivisione tra professionisti diversi - incompleta - inadeguata	Equipe con operatori che non sempre si conoscono. Presenza di operatori non dipendenti ASST Nord Milano, con alto turnover.	4	3	6	72	Briefing/consegna quotidiana (almeno una volta die) tra medici e infermieri
CURA E ASSISTENZA PAZIENTI							
Attività	Criticità	Cause	Stato attuale				Azioni correttive
			G	P	R	IPR	
Scelta e gestione della Terapia farmacologica	Alta variabilità comportamentale	Evoluzione rapida delle conoscenze.	6	5	2	60	SOLO MONITORAGGIO per eventuale aggiornamento documentazione aziendale
Gestione ossigenoterapia	Scorretta gestione casco C-PAP	Scarsa conoscenza/discontinuità nell'uso e applicazione delle competenze (per andamento alternante). Presenza di operatori non dipendenti ASST Nord Milano, con alto turnover	8	6	4	192	Formazione e addestramento in loco. Corso FAD per la <b>manutenzione</b> delle competenze → "La sicurezza dell'operatore sanitario e del paziente: aspetti principali nella gestione dei pazienti COVID"



Scelta e gestione alimentazione	Dieta inadeguata - rischio malnutrizione	Evoluzione rapida delle conoscenze.	6	5	2	60	SOLO MONITORAGGIO per eventuale aggiornamento documentazione aziendale
Gestione della comunicazione con i parenti	Mancato aggiornamento situazione pz	Accesso interdetto a parenti-caregiver	4	2	3	24	SOLO MONITORAGGIO
Gestione della comunicazione con i pazienti	Difficoltà di relazione con persone scettiche nei confronti di cura e assistenza. Contestazione delle cure e aumento contenzioso	Non piena padronanza di strumenti comunicativi. Stanchezza	9	10	2	180	1) Sportello supporto psicologico emergenza COVID per operatori. 2) ASSTNM-PrA 15 "Informazione del paziente e acquisizione del consenso al trattamento sanitario". 3) Gruppo di lavoro Agiti aggressivi
Gestione della comunicazione paziente/parente	Assenza di relazione. Assenza di conforto	Accesso interdetto ai parenti-caregiver	4	2	3	24	SOLO MONITORAGGIO
Gestione beni personali dei pazienti	Presenza in reparto di beni (preziosi) --> rischio di perdita	Accesso interdetto ai parenti-caregiver	4	6	3	72	ASSTNM-PO-007Custodia e restituzione degli effetti personali dei pazienti e dei pazienti deceduti

Sopralluoghi Risk Management - Direzione Medica di Presidio - Servizio Prevenzione e Protezione - Bed Manager – Direzione Aziendale Professioni Socio SANitarie. Verifica con check list di apertura reparto COVID e Griglia rischio

GRAVITÀ (G)		PROBABILITÀ (P)		RILEVABILITÀ (R)	
<i>Ininfluyente</i>	1	<i>Remota</i>	1	<i>Remota</i>	9-10
<i>Bassa</i>	2-3	<i>Bassa</i>	2-3	<i>Bassa</i>	7-8
<i>Moderata</i>	4-6	<i>Moderata</i>	4-6	<i>Moderata</i>	4-6
<i>Alta</i>	7-8	<i>Alta</i>	7-8	<i>Alta</i>	2-3
<i>Molto Alta</i>	9-10	<i>Molto Alta</i>	9-10	<i>Molto Alta</i>	1

Si è posta particolare attenzione alle azioni intraprese nel biennio 2020-2021, alle quali sono affiancate le consuete attività di gestione del rischio.

Il Piano annuale Risk Management e i progetti operativi 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
- garantire la protezione e la sicurezza di pazienti, operatori, visitatori che a diverso titolo hanno accesso ai servizi della ASST Nord Milano.
- mettere in atto le azioni correttive emerse a seguito della applicazione della FMECA relativa al processo dei tamponi per la ricerca del SARS COV-2 e riapplicare la FMECA;

L'attività sarà focalizzata sui seguenti elementi:

1. soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID;
2. riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti;
3. soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza pandemica e gestione delle riaperture dei servizi rivolti a pazienti non COVID con mantenimento nel tempo dei servizi di emergenza;
4. percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero e loro monitoraggio, con particolare attenzione all'attuazione delle indicazioni per la gestione dei cluster
5. analisi dell'andamento nel tempo dei casi COVID-19 positivi, analisi dei ricoveri e delle dimissioni e dei piani di apertura dei posti letto messi a disposizione per l'emergenza;
6. erogazione delle vaccinazioni COVID -19,
7. formazione del personale sanitario e di supporto;
8. sorveglianza sanitaria del personale e gestione dei DPI.

La programmazione e pianificazione delle azioni strategiche per la gestione della pandemia da COVID 19 avviene in sinergia con la Direzione Generale.

Il monitoraggio del Piano e la stesura del Rapporto finale vengono effettuati con l'ausilio e la compilazione della «check list Covid CDC».

## 2. IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Nell'anno 2022 proseguono i progetti operativi per promuovere tutte le Raccomandazioni Ministeriali e, nello specifico, l'implementazione delle seguenti:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (vedere capitolo 8), con un capitolo dedicato alla implementazione della «check-list di verifica sull'applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, nei reparti di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza e nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza».
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (vedere capitolo 4)
19. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

## 3. MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA (SIMES)

Come da indicazioni regionali e nazionali.

#### **4. MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI E SINISTRI (cadute – sinistri)**

Come da indicazioni regionali e nazionali.

Per la problematica cadute e implementazione della Raccomandazione n. 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, il GAD ha definito i seguenti obiettivi:

1. raccolta e analisi semestrale dei dati;
2. aggiornamento della procedura aziendale e di tutta la documentazione pubblicata sull'argomento;
3. organizzazione di un corso sul tema cadute a frequenza obbligatoria
4. ricerca di pubblicazioni che affrontino il tema della prevenzione specifica delle cadute dal letto con spondine.

Vedi scheda progetto.

#### **5. INCIDENT REPORTING**

A seguito del cambio del sistema aziendale per la segnalazione di eventi avversi/eventi sentinella e per la rielaborazione dei dati inseriti, dopo la sperimentazione del 2021 sono previsti:

- il perfezionamento del programma
- la revisione della ASSTNM-PO-011 "Processo di gestione degli eventi avversi e dei near miss"
- la revisione della ASSTNM-IO-019 "Come effettuare la segnalazione di un evento sul sistema Web Hospital Risk Management".

Saranno pianificati e attuati momenti di confronto e condivisione della cultura della qualità delle cure e della sicurezza di pazienti e operatori con la Rete dei referenti qualità e rischio clinico di UO.

#### **6. RISCHIO CLINICO IN TRAVAGLIO/PARTO: i TRIGGER materno fetali**

Come da indicazioni regionali e nazionali.

#### **7. PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE - MEDIAZIONE**

Come da indicazioni regionali e nazionali.

#### **8. PROGETTI AZIENDALI**

L'analisi delle aree critiche (correlate o meno all'emergenza COVID 19) ha posto in evidenza la necessità di lavorare per la sicurezza e della qualità delle cure sui temi indicati nei progetti:

- La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP)
- Le misure per la gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line dell'ASST Nord Milano
- Strategie di prevenzione del rischio di caduta dei pazienti in ospedale: CONOSCERE PER EVITARE

Come da singola scheda progetto (allegati).



### 8.1 Prevenzione infezioni - sepsi

In collaborazione con il Comitato aziendale per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA) è stato pianificato il progetto "Igiene mani" per il monitoraggio dell'adesione alla pratica di igiene mani a partire dai dati sulle ICA e dagli esiti delle osservazioni 2021.

Saranno effettuati interventi mirati sull'antibiotico resistenza e sulla SEPSI.

## 9. FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E DI SUPPORTO

Prosegue 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.

## 10. INDICATORI

<b>Indicatore ①</b>	Realizzazione incontri per l'analisi di fattori di successo ed elementi di criticità nelle aree coinvolte nella cura dei pazienti covid19
	N. di incontri nelle UO Covid positive / N tot. di UO Covid positive Standard: 100%
<b>Indicatore ②</b>	Elaborazione o revisione di "procedure" aziendali per la gestione del paziente COVID positivo
	N. di procedure elaborate/revisionate $\geq 3$ Standard: SI
<b>Indicatore ③</b>	Aggiornamento del Piano di Crisi
	Presenza del Piano con aggiornamenti in caso di recrudescenza dell'epidemia Standard: SI
<b>Indicatore ④</b>	Progettazione di eventi formativi su tematiche correlate alla qualità di cura/assistenza e alla sicurezza dei pazienti
	N. di progetti formativi $\geq 2$ Standard: SI
<b>Indicatore ⑤</b>	Partecipazione agli incontri della Rete Aziendale Referenti Qualità e Rischio Clinico
	N. referenti presenti ad almeno il 75% degli incontri / N. tot. referenti Standard: 70% (referenti delle aree sanitarie)



<b>SCHEMA PROGETTO - ANNO 2022</b>			
ASST/IRCCS/ATS	ASST NORD MILANO		
Nome Risk Manager	ZAPPA PAOLA		
1. Titolo del Progetto	La gestione integrata ospedale e territorio dei pazienti a rischio o con Lesioni da Pressione (LdP)		
2. Motivazione della scelta	<p>Il problema delle lesioni da pressione ha acquisito un sempre maggiore rilievo, dato l'invecchiamento progressivo della popolazione e questo aspetto risulta esacerbato dall'epidemia di COVID 19.</p> <p>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%. Tali lesioni possono dar luogo a complicanze sia a livello locale (infezioni della lesione e dei tessuti sottostanti, osteomieliti), sia a livello sistemico (sepsi), complicanze associate ad un alto tasso di mortalità. Da studi internazionali è evidente che i costi a carico del sistema sanitario, e soprattutto i «costi umani», potrebbero essere abbattuti o ridotti.</p> <p>I dati 2019 della ASST evidenziano che ~ 50% delle lesioni sono acquisite in ospedale; una quota di lesioni risulta presente all'ingresso in pz provenienti dal domicilio o da Residenza Sanitaria Assistenziale.</p> <p>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.</p>		
3. Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsi		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	UO dei reparti di degenza di Ospedali di Cinisello e Sesto S. Giovanni, SITRA, Direzione Socio Sanitaria, Risk Management		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Omogeneizzare i comportamenti clinico-assistenziali tra ospedale e territorio, nel rispetto dei diversi percorsi formativi ed esperienziali dei professionisti/gruppi professionali. Garantire la continuità di cure e assistenza tra ospedale e territorio, tra territorio e ospedale		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Strumento integrato per la gestione del paziente nel percorso ospedale/territorio		
9. Strumenti e metodi	Lavoro di gruppo - Sperimentazione		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Sperimentazione della scheda in una UO di degenza	Report	
	Diffusione/condivisione delle informazioni	Verbale incontri con infermieri, medici e operatori socio sanitari di UO/territorio	



## PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT 2022

	Utilizzo della scheda per i pz dimessi dall'ospedale con LdP	Presenza della scheda nel 90% dai casi di pz con LdP	
	Utilizzo della scheda per i pazienti del territorio (2 RSA) che vengono ricoverati in ASST Nord Milano	Presenza scheda nel 50% dei casi di paz accolti da RSA con LdP	

## SCHEDA PROGETTO - ANNO 2022

ASST/IRCCS/ATS	ASST NORD MILANO		
Nome Risk Manager	ZAPPA PAOLA		
1. Titolo del Progetto	Le misure per la prevenzione e gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line dell'ASST Nord Milano		
2. Motivazione della scelta	<p>In uno scenario in cui tutte le realtà sanitarie vedono aumentare ed inasprirsi le violenze ai danni degli operatori sanitari, anche in ASST Nord Milano il fenomeno risulta essere presente con 76 episodi di aggressione fisica o verbale segnalati nel 2019 e 35 casi segnalati nel corso del 2020, anno caratterizzato dall'emergenza COVID, con tutti gli aspetti conseguenti. Già nei primi mesi del 2020 la tematica è stata oggetto di approfondimento ed erano stati programmati interventi formativi sulla prevenzione e gestione degli agiti aggressivi, ma la pandemia COVID-19 ha interrotto questo processo.</p> <p>Diventa quindi fondamentale lo studio di interventi finalizzati ad 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".</p>		
3. Area di RISCHIO	Rischio aggressioni personale sanitario e di front-line		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Tutte le UO della ASST Nord Milano, con interventi specifici nei Settori maggiormente a rischio		
5. Nuovo/Proseguimento	Proseguimento		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Elaborare e implementare un programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Procedura aziendale "Misure per la prevenzione e gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line dell'ASST Nord Milano"		
9. Strumenti e metodi	Lavoro di gruppo - Sopralluoghi - audit - formazione		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Formazione degli operatori	Formazione del 70% degli operatori delle aree maggiormente a rischio	
	Monitoraggio dell'implementazione della procedura	Report	



<b>SCHEDA PROGETTO - ANNO 2022</b>			
ASST/IRCCS/ATS	ASST NORD MILANO		
Nome Risk Manager	ZAPPA PAOLA		
1. Titolo del Progetto	Strategie di prevenzione del rischio di caduta dei pazienti in ospedale: CONOSCERE PER EVITARE		
2. Motivazione della scelta	Le cadute sono l'evento avverso più frequentemente osservato nei report di segnalazione degli eventi sentinella delle strutture ospedaliere in Italia. Dall'analisi degli indicatori relativi alle richieste di risarcimento per le cadute del triennio 2018 - 2020 in Regione Lombardia, si nota come i dati della ASST Nord Milano siano poco più superiori alla media regionale. Gli indicatori cadute/gg degenza e cadute/casi sono in linea con il dato di letteratura, ma nel 2021 si è evidenziato un leggero incremento del n° cadute con prognosi severa-grave. Risulta indispensabile, dopo due anni di pandemia, riprendere la formazione degli operatori sul tema specifico e rivedere la procedura aziendale data 2017.		
3. Area di RISCHIO	Rischio caduta		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	UO dei reparti di degenza ADULTI - Ospedali di Cinisello e Sesto S. Giovanni		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Adozione di "linee guida" relative alla gestione del rischio caduta del paziente in ospedale: - formazione degli operatori sulle strategie di prevenzione del rischio di caduta dei pazienti in ospedale; - utilizzo di scheda di valutazione del rischio caduta.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Prosecuzione dell'implementazione scheda di valutazione del rischio di caduta e realizzazione di un percorso formativo ad hoc		
9. Strumenti e metodi	Lavoro di gruppo. Formazione		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Analisi delle segnalazioni di Cadute di pazienti in Ospedale	Report condiviso nel GAD	
	Formazione degli operatori	Effettuazione di almeno una edizione di corso	
	Revisione della PrA 010 "Prevenzione e gestione delle cadute dell'adulto in ospedale"	Presenza documento revisionato	<b>2023</b>
	Monitoraggio dell'implementazione della procedura	analisi documentale cartelle infermieristiche (presenza criteri 60% dei casi)	<b>2023</b>