



Deliberazione n. 0001038 del 30/04/2021 - Atti U.O. Direzione Strategica

Oggetto: PRESA D'ATTO DEI PROGETTI INDIVIDUATI NEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2021 DELLA ASST SANTI PAOLO E CARLO**IL DIRETTORE GENERALE**

premesso che, con D.G.R. n. X/4473 del 10.12.2015, è stata costituita l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) San Paolo e Carlo” e che pertanto quest’ultima, ai sensi dell’art. 2, comma 8 lettera c), della Legge Regionale n. 23 dell’11.08.2015, a decorrere dall’01.01.2016, è subentrata nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alla A.O. San Paolo e A.O. San Carlo;

vista la propria Deliberazione n.1 dell’01.01.2016, esecutiva ai sensi di legge, avente ad oggetto “Presa d’atto della D.G.R. n. X/4473 del 10.12.2015 “Attivazione L.R. 23/2015: Costituzione Azienda Socio - Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo”;

preso atto che la Giunta Regionale della Lombardia, con D.G.R. n. XI/1065 del 17.12.2018, ha nominato il Dott. Matteo Stocco, quale Direttore Generale dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo, con decorrenza dal 01.01.2019 al 31.12.2023;

richiamate le Linee di indirizzo regionali relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management, comunicate con nota della Direzione Generale Welfare protocollo numero G1.2021.0002680 del 19/01/2021, allegato 1, “Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2021”;

considerato che, coerentemente con le predette Linee Operative, è stato predisposto il Piano Annuale Risk Management e Qualità per l’anno 2021 per la ASST Santi Paolo e Carlo, parte integrante del presente provvedimento con relativi allegati:

- Allegato n.1 Scheda progetto n.1 “Valutazione del rischio da COVID-19 negli ospedali;
- Allegato n. 2 Cronoprogramma delle attività correlate alla risoluzione delle Non Conformità e delle Raccomandazioni rilevate nel corso delle Visite Ispettive Esterne (VIE);

tutto ciò premesso, propone l’adozione della seguente deliberazione;

IL DIRETTORE GENERALE

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario;

D E L I B E R A

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di prendere atto del Piano Annuale Risk Management e Qualità per l’anno 2021 per la ASST Santi Paolo e Carlo, parte integrante del presente provvedimento con relativi allegati:
 - Allegato n.1 Scheda progetto n.1 “Valutazione del rischio da COVID-19 negli ospedali;



- Allegato n.2 Cronoprogramma delle attività correlate alla risoluzione delle Non Conformità e delle Raccomandazioni rilevate nel corso delle Visite Ispettive Esterne (VIE);
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun onere a carico della ASST;
 3. di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta del Direttore Generale e che la sua esecuzione è affidata a alla Dr.ssa Sabrina Passarella, Risk Manager Aziendale;
 4. di dare atto che il presente provvedimento deliberativo è immediatamente esecutivo, in quanto non soggetto a controllo di Giunta Regionale, verrà pubblicato sul sito internet Aziendale, ai sensi dell'art. 17 comma 6 L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii.



Documento firmato digitalmente da: Direttore Amministrativo Daniela Bianchi, Per il Direttore Sanitario Sabrina Passarella, Direttore Socio Sanitario Giorgio Luciano Cattaneo, Direttore Generale Matteo Stocco ai sensi della normativa vigente.

Pratica trattata da: Valentina Castello

Dirigente/Responsabile proponente: Matteo Stocco

Il presente atto si compone di n. 16 pagine, di cui n. 13 pagine di allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
--	--	--------------------

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ

Anno 2021

INDICE

PREMESSA.....	2
1. GESTIONE DELLA PANDEMIA DA COVID 19	2
2. QUALITÀ E CERTIFICAZIONE ISO 9001/2015.....	8
3. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI.....	9
4. MONITORAGGIO E ANALISI EVENTI AVVERSI	10
5. GESTIONE CONTENZIOSO.....	10
6. PIANO FORMAZIONE AZIENDALE	11
7. DEBITO INFORMATIVO	11
8. ALLEGATI.....	11

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
---	---	---------------------------

PREMESSA

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo di Milano è stata costituita con D.G.R. n. X/4473 del 10.12.2015. Le strutture sanitarie che afferiscono ad ASST sono costituite da n. 2 presidi ospedalieri, San Paolo e San Carlo Borromeo, che intercettano il bacino di utenza dell'area sud-ovest della Città metropolitana di Milano, e dalla rete territoriale facente capo ai Municipi 5, 6 e 7 dell'ex ASL di Milano.

L'attività sanitaria dell'ASST viene erogata anche nelle strutture carcerarie:

- Istituto Penale per Minorenni - Milano;
- Casa Circondariale di Milano "San Vittore";
- Casa di Reclusione I di Milano - Opera.
- Casa di Reclusione II di Milano - Bollate;

La vocazione dei Presidi Ospedalieri è fortemente orientata all'attività svolta in favore dei pazienti che accedono ai due Pronto Soccorso, punto di riferimento per le aree ovest e sud della metropoli milanese, con quasi 150.000 prestazioni di urgenza/anno. Tale rilevante volume di pazienti caratterizza anche le attività di ricovero e cura nella pressoché totalità delle discipline mediche e chirurgiche, ognuna in grado di erogare, oltre alle prestazioni di base, anche attività di elevata specializzazione.

La Qualità e gestione del Rischio Clinico (QRC) dell'ASST Santi Paolo e Carlo è una Struttura Semplice, in staff alla Direzione Sanitaria, la quale, in linea con le indicazioni regionali, si propone di identificare i rischi associati a qualsiasi attività o processo operativo, quantificare ed analizzare i rischi correlati con le diverse attività produttive, monitorare i processi e i cambiamenti, con l'obiettivo ultimo di minimizzare i danni e ottimizzare le opportunità e gestire i processi collegati al Sistema Qualità Aziendale (SQA).

Nel corso del 2020 l'attività del gruppo di coordinamento per la gestione del rischio è stata inglobata all'interno dell'unità di crisi, nella quale sono confluite le figure più direttamente impegnate nella gestione dell'evento pandemico, che ha assorbito la quasi totalità delle risorse aziendali. Nel corso del 2021 si procederà a nuova definizione del Gruppo alla luce dell'attuale organizzazione aziendale.

Il presente piano integra il piano di risk management e il piano della qualità per l'anno 2021 per l'ASST Santi Paolo e Carlo ed è formulato in coerenza alle Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2021 di Regione Lombardia e con la Delibera 7 ottobre 2020 della Corte dei Conti "linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19".

1. GESTIONE DELLA PANDEMIA DA COVID 19

Per l'anno 2021 il piano annuale di Risk Management è orientato alla valutazione del rischio legata all'emergenza pandemica in atto. La partecipazione del risk manager alle periodiche riunioni dell'Unità di crisi aziendale rappresenta anche formalmente la sinergia messa in atto per gestire i diversi aspetti dell'emergenza e le molteplici azioni da mettere in campo per affrontare i cambiamenti dell'organizzazione.

In particolare, la valutazione del rischio è il metodo che guida le scelte aziendali nella programmazione e nella riorganizzazione delle specifiche attività sia in riferimento alle azioni messe in campo per affrontare le diverse fasi pandemiche, sia in riferimento alle procedure redatte a supporto dell'organizzazione.

Nell'anno 2021 è importante non solo consolidare l'esperienza già maturata, ma analizzare i numerosi dati disponibili per migliorare i processi e porre le basi per una ripresa progressiva delle attività che non può più prescindere da alcuni cambiamenti messi in atto e che sono destinati probabilmente a perdurare nel tempo. L'emergenza pandemica ha costretto l'intera azienda a rivedere più volte la propria organizzazione, abbandonando alcuni modelli consolidati e mettendo in campo nuove strategie operative. I continui cambiamenti hanno messo in luce prospettive nuove e creato nuove opportunità. Le buone pratiche attuate progressivamente nell'ultimo anno non potranno che essere consolidate, soprattutto in tema di "infection control". Si dovrà, inoltre, sulla base dei dati raccolti, effettuare un'accurata analisi dei rischi per individuare le aree critiche e sviluppare interventi e azioni volte a migliorare la gestione dei rischi stessi. L'analisi potrà essere condotta in riferimento alla procedura recentemente emanata AST_QRC_413 Descrizione dei processi e analisi dei rischi. Questo rappresenta certamente il tema principale del piano di risk management per l'anno in corso ed è declinato nella scheda di progetto allegata (scheda progetto n. 1 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA COVID-19 NEGLI

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
--	---	---------------------------

OSPEDALI). L'analisi e la ponderazione dei rischi permetterà di definire gli ambiti e le priorità di intervento per garantire un efficace contrasto al COVID-19 in ambito ospedaliero.

Durante le 3 ondate pandemiche sono già state adottate una serie di azioni che potrebbe essere necessario mantenere nel medio-lungo periodo o potrebbe porsi l'opportunità di individuarne eventualmente di nuove. A tale scopo l'ASST effettuerà la valutazione degli items declinati nelle Linee Operative di Risk Management emanate da Regione Lombardia per l'anno in corso.

1.1 Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro)

Fin dall'inizio della pandemia l'ASST ha messo in atto tutte le azioni possibili per individuare precocemente i pazienti COVID o sospetti, al fine di isolarli dai pazienti non COVID. I pazienti COVID sono stati isolati per coorte, individuando aree di degenza dedicate nei due ospedali, con l'attivazione e la disattivazione progressiva dei letti, in funzione delle richieste di Regione Lombardia e ATS, nei diversi livelli emergenziali, come definite dalla DGR 3264/2020, ma anche in funzione della pressione sui due pronto soccorso dei pazienti COVID e non COVID. Laddove si è reso necessario occupare aree non accreditate per la specifica attività, si è privilegiata la destinazione delle stesse ad area COVID, in virtù del superamento dei requisiti definiti dallo stato emergenziale ad oggi prorogato al 31/7/2021. L'esperienza consolidata e la progressiva riduzione dell'attività in favore dei pazienti COVID porteranno ad individuare le aree da mantenere dedicate alla degenza COVID per il medio-lungo periodo. Nelle specifiche aree trovano ad oggi collocazione sia i pazienti con patologia COVID correlata, sia pazienti con altra patologia, ma con TNF positivo per COVID.

Per quanto riguarda il pronto soccorso, in entrambi i presidi sono stati individuati i diversi modelli organizzativi in funzione dell'afflusso di pazienti e le conseguenti diverse destinazioni d'uso delle aree. Verrà ulteriormente consolidato il modello in uso.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, con la sorveglianza dei pazienti dimessi, ci si è avvalsi della collaborazione dell'Università degli Studi di Milano e dell'ASST FBF-Sacco, attraverso il progetto COD-19. Saranno valutati i dati per la prosecuzione della collaborazione e per eventuali ulteriori sviluppi.

La recente approvazione della terapia con anticorpi monoclonali per pazienti non ospedalizzati ha determinato la necessità di individuare aree ambulatoriali dedicate, che sono state al momento collocate all'interno delle aree già COVID, di malattie infettive e di pediatria, presso l'ospedale San Paolo. In funzione dell'evoluzione delle indicazioni e dei volumi di attività, al momento ancora esigui, si valuterà l'eventuale necessità di incrementare tali spazi.

Un altro aspetto da considerare è la gestione dei pazienti dopo la dimissione. A tale scopo sono stati implementati percorsi ambulatoriali di presa in carico per la sorveglianza del paziente non solo per verificare la negativizzazione e poter sciogliere l'isolamento, ma anche per valutare le conseguenze della malattia a carico dei diversi organi e apparati e monitorare nel tempo gli effetti dell'infezione con un approccio multidisciplinare di diversi specialisti: infettivologo, pneumologo, neurologo.

1.2 Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali, protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti

La gestione dell'emergenza ha portato a sviluppare una serie di procedure organizzative che vengono periodicamente aggiornate. La SS QRC coordina l'aggiornamento continuo delle procedure, in collaborazione con le strutture coinvolte, per migliorare i percorsi ed adeguarli alle mutate indicazioni nazionali e/o regionali. L'obiettivo per l'anno 2021 è quello di mantenere il percorso di revisione periodica.

Analogamente si procederà per quanto riguarda i PDTA, sviluppati in corso di pandemia, attualmente presidiati dai Direttori di Dipartimento e/o Responsabili di Struttura.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
--	---	---------------------------

1.3 Soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID e analisi del rischio sulle patologie non COVID che non sono state erogate per effetto dell'emergenza

La progressiva riduzione delle attività COVID pone l'esigenza di riattivare le attività in favore di pazienti non COVID. Sono al vaglio le diverse soluzioni organizzative per la riattivazione delle attività di ricovero e ambulatoriali, ma occorrerà sviluppare un'analisi delle prestazioni non erogate, al fine di individuare le priorità di intervento. Si prevede, infatti, che non si possa ritornare ai valori pre-pandemici se non con tempistiche lunghe.

1.4 Disponibilità e gestione delle apparecchiature biomedicali, in particolare per la ventilazione, e tempi di utilizzo in relazione all'afflusso dei pazienti nelle aree COVID 19

La disponibilità delle apparecchiature è stata incrementata già nella prima ondata, anche con il supporto della centrale acquisti regionale. Inoltre alcune apparecchiature sono state temporaneamente convertite per permettere l'attivazione di un numero molto elevato di posti letto per l'assistenza ventilatoria invasiva e non invasiva. In funzione della progressiva diminuzione delle necessità di ricovero si valuteranno le azioni da intraprendere, anche in collaborazione con la SS Ingegneria Clinica, al fine di mantenere una costante manutenzione delle apparecchiature.

1.5 Interventi strutturali messi in atto

Nel corso del 2020 sono state messi in atto una serie di interventi strutturali ed impiantistici, volti a migliorare la performance delle strutture all'assistenza dei pazienti, oltre che ad incrementare alcune tipologie di degenze, quali le terapie intensive e le terapie semintensive. L'esperienza maturata ha consentito di migliorare ad esempio la possibilità di gestire pazienti con elevati flussi di ossigeno. Alcuni reparti sono stati ristrutturati, mentre altri potranno essere realizzati o ristrutturati anche grazie a i fondi ministeriali e regionali già stanziati sulla base dei progetti presentati e che sono attualmente in fase di progettazione. Nel medio lungo termine i due ospedali saranno in grado di avere a disposizione aree attivabili per l'assistenza intensiva e semintensiva in numero molto maggiore rispetto a quello pre-pandemico.

1.6 Approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI e gel antisettico per mani

L'esperienza maturata nel corso dell'emergenza ha permesso di creare una rete tra i diversi uffici e organi aziendali e di monitorare costantemente il consumo di DPI e di gel antisettico per le mani. La puntuale e capillare informazione agli uffici preposti ha permesso di mantenere forniture adeguate di DPI, in sintonia con le mutate esigenze nelle diverse fasi della pandemia.

L'ASST ha definito i DPI necessari per ciascuna tipologia di attività ed aggiorna costantemente tale documento. Sulla base di ciò sono definiti i consumi quotidiani dei singoli servizi che vengono riforniti in modo continuativo. Nel corso dell'anno verranno analizzati i dati di consumo rapportati all'attività e verranno mantenuti gli aggiornamenti sopra specificati.

1.7 Gestione delle riaperture dei servizi rivolti a pazienti non COVID e mantenimento nel tempo dei servizi di emergenza

La gestione delle riaperture è stata sempre discussa collegialmente negli incontri dell'unità di crisi e condivisa con gli interessati con comunicazioni ad hoc oltre che con riunioni specifiche, ad esempio per l'organizzazione settimanale delle sedute operatorie. Il percorso nasce non solo dalle richieste regionali, ma anche dalle esigenze espresse dalla popolazione con gli accessi in pronto soccorso. I dati vengono costantemente monitorati al fine di riorganizzare prontamente l'ospedale e rispondere alle esigenze della popolazione. Nel corso dell'anno proseguirà il monitoraggio quotidiano e verranno analizzati i dati per predisporre un piano delle riaperture.

Per quanto riguarda i servizi di emergenza, l'ASST ha sempre mantenuto attiva la gestione dei pazienti anche attraverso le reti tempo dipendenti, pur con le diverse attivazioni e disattivazioni stabilite a livello regionale. La prospettiva è quella di riattivare nel medio periodo tutte le reti tempo dipendenti per incrementare le possibilità di assistenza al territorio di riferimento.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
---	---	---------------------------

1.8 Percorsi adottati per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (trriage differenziati, e suddivisione reparti COVID e non COVID, aree filtro per la vestizione e svestizione, ecc...) e loro monitoraggio e piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici

I percorsi adottati sono stati modificati nel tempo più volte. Fin dall'inizio della pandemia si è cercato di separare fisicamente i percorsi, pur con i limiti strutturali di due ospedali realizzati negli anni '60 e '70. Laddove una separazione fisica non era possibile, i percorsi sono stati distinti adottando una separazione organizzativa. La situazione è costantemente monitorata dalle diverse figure istituzionali preposte che provvedono ad individuare nuovi percorsi in funzione delle mutate esigenze. Nel corso del 2021 proseguirà tale monitoraggio, anche attraverso i sopralluoghi periodici che vengono effettuati dal SPP, dalle DMP e dal DIPSA.

La separazione delle aree dedicate rispettivamente ai pazienti COVID e ai pazienti non COVID è stata adottata in tutti gli ambiti in cui è stato possibile. I reparti sono stati separati e gestiti con modalità differenti, sempre adottando tutte le misure necessarie a ridurre la possibilità di contagio per il personale e per i pazienti. Anche il pronto soccorso, che pure ha dovuto accogliere entrambe le tipologie di pazienti è stato suddiviso in aree dedicate, il più possibile separate e con personale dedicato e separato. In alcune situazioni, invece, laddove anche a livello regionale non sono state individuate strutture dedicate hub COVID, la separazione dei pazienti è stata realizzata con l'individuazione di camere di degenza separate, con bagno dedicato. In tutte le aree sono stati individuati spazi o locali per la vestizione e la svestizione degli operatori per l'assistenza ai pazienti COVID.

Nel corso del 2020 sono stati rivisti i livelli di rischio delle degenze e più in generale delle aree sanitarie, per la sanificazione degli ambienti. Sono sempre effettuate sanificazioni straordinarie nei reparti in occasione di riconversioni, aperture e chiusure per fronteggiare l'emergenza COVID. Per l'anno in corso sarà pianificata e, se possibile, realizzata la revisione e la sistematizzazione della documentazione riguardante le procedure di sanificazione secondo le linee di indirizzo SNGL sanificazione Ospedaliera.

1.9 Analisi dell'andamento nel tempo dei casi COVID positivi, analisi dei ricoveri e delle dimissioni e dei posti messi a disposizione per l'emergenza

L'analisi dell'andamento dei casi COVID positivi viene effettuata quotidianamente in occasione dell'elaborazione dei dati per il debito informativo regionale. Vengono monitorati, in particolare: gli accessi COVID e non in pronto soccorso, il totale dei pazienti presenti in pronto soccorso, i posti letto occupati per le diverse intensità assistenziali. L'andamento consente di prendere decisioni tempestive e puntuali rispetto alle mutate esigenze. I dati implementano i data base regionali nei tempi previsti.

Vengono inoltre monitorati quotidianamente i tamponi effettuati al personale, i positivi riscontrati e il totale dei dipendenti assenti per COVID.

1.10 Formazione del personale sanitario e di supporto

La formazione del personale che man mano viene impiegato nei reparti COVID è stata costante nel corso delle tre ondate pandemiche, sia per la diversa organizzazione adottata, sia per il continuo turn over del personale, anche assunto in relazione dell'emergenza. L'esigenza formativa viene tenuta monitorata attraverso comunicazioni puntuali sul personale assegnato ai reparti, ad ogni cambiamento dell'organizzazione, con particolare riferimento all'attivazione di nuovi letti COVID. Parallelamente il servizio del medico competente valuta l'eventuale cambiamento dell'esposizione ad ogni nuova assegnazione. Tali modalità operative sono descritte in apposite procedure aziendali costantemente aggiornate. Il lavoro proseguirà con le stesse modalità nel 2021.

La formazione ha riguardato anche aspetti legati alla conoscenza del virus, delle modalità di contagio e di prevenzione della trasmissione delle infezioni, attraverso un corso FAD obbligatorio per tutto il personale sanitario.

Un altro ambito formativo è stato quello sulla vaccinazione anti COVID per tutto il personale reclutato ei centri vaccinali ospedalieri e massivi.

1.11 Sorveglianza sanitaria del personale e gestione dei DPI

La sorveglianza sanitaria in corso di pandemia ha rappresentato un'attività aggiuntiva rispetto alla consueta attività di sorveglianza sanitaria degli operatori. I programmi di sorveglianza, pur avendo

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
---	---	---------------------------

rappresentato una costante dell'ultimo anno, è mutata nelle diverse fasi pandemiche in funzione delle diverse indicazioni nazionali e regionali oltre che dello sviluppo di nuove conoscenze. Le modalità operative sono descritte in apposita procedura redatta dal SPP in collaborazione con la medicina del lavoro e costantemente aggiornata. Anche dopo l'effettuazione della campagna vaccinale la sorveglianza è proseguita al fine di individuare eventuali soggetti che sviluppino infezione con una delle varianti attualmente circolanti.

Fin dall'inizio della pandemia la gestione dei DPI è stata definita nell'ottica di aumentare la protezione dell'operatore nei confronti del nuovo virus. Adottare l'utilizzo della mascherina chirurgica in tutti gli ambiti è stata una scelta che ha richiesto un importante incremento del consumo delle stesse. A maggior tutela dell'operatore è stato definito l'utilizzo delle maschere FFP2, anche nell'ambito dell'attività ambulatoriale. Per permettere un approvvigionamento costante dei DPI le scelte in tale ambito sono state condivise con i diversi attori coinvolti. In specifiche procedure sono indicati i diversi DPI da utilizzare nei diversi ambiti e sono stati anche predisposti video esplicativi sulla corretta vestizione e svestizione con tutti i DPI.

1.12 Supporto relazionale e psicologico degli operatori e dei pazienti

Il personale che ha dovuto affrontare in prima linea questa nuova realtà si è trovato spesso in difficoltà e per questo è stato approntato un sistema di supporto psicologico fin dall'inizio dell'emergenza. La drammaticità dell'esperienza in atto infatti ha coinvolto il servizio di psicologia clinica dell'ASST, che ha contribuito con diverse iniziative al sostegno del personale. Accanto alla possibilità di ascolto e condivisione delle esperienze con le equipe a gruppi o singolarmente, sono state create le aule di decompressione e altri strumenti di supporto audio-visivi, messi a disposizione di tutti gli operatori.

La gestione dei pazienti ha riguardato anche la delicata fase della morte, dall'accompagnamento del paziente negli ultimi istanti, alla comunicazione ai familiari. La comunicazione delle condizioni del paziente ai familiari è sempre stata gestita dal medico curante, anche nelle fasi terminali e dopo il decesso. A questo si è aggiunto un servizio di chiamata dei familiari per offrire un supporto psicologico nell'elaborazione del lutto da parte della psicologia clinica, che è stato molto apprezzato dai parenti. Sono in corso ulteriori valutazioni sulla possibilità di anticipare il supporto psicologico al familiare prima dell'evento morte.

1.13 Gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19 rivolti al personale e agli utenti (gestione laboratoristica, modalità di erogazione, formazione degli operatori, analisi dei falsi positivi o negativi, ecc..)

L'attività di screening dei pazienti e degli operatori mediante tampone è incrementata nel tempo sia in termini quantitativi, sia qualitativi. Per i pazienti sono a disposizione il classico TNF, il TNF rapido e il test antigenico. In apposite procedure aziendali sono definite le modalità di utilizzo di tali test e si procederà ad ulteriori approfondimenti nel corso dell'anno. Per gli operatori il tampone naso faringeo classico e il tampone rapido sono abitualmente utilizzati dalla medicina del lavoro per lo screening periodico, come definito da apposita procedura aziendale, oltre che per la diagnosi in caso di operatori sintomatici.

È in corso di elaborazione una specifica procedura per la gestione dei diversi tipi di test da parte del laboratorio di microbiologia, sia per i test eseguiti in sede sia per i test eseguiti in altre sedi aziendali, i POCT. I laboratori hanno partecipato ai programmi di VEQ e hanno effettuato le verifiche interne sui test utilizzati.

Sono inoltre attivi, fin dall'inizio della pandemia i drive thought per l'esecuzione di tamponi alla popolazione, su indicazione di ATS o dei MMG/PLS. L'ASST gestisce oltre ai punti interni ai due ospedali il punto di Trenno in collaborazione con i militari. Recentemente è stato attivato il Drive through a Romolo gestito in collaborazione con la Croce Rossa Italiana.

1.14 Gestione delle vaccinazioni anti COVID-19 (organizzazione delle sedute vaccinali, rilevazione ed analisi delle reazioni vaccinali, gestione della catena del freddo, formazione del personale, ecc..)

La gestione delle vaccinazioni è iniziata i primi giorni di gennaio all'interno dei due ospedali per i dipendenti di ASST, secondo le indicazioni regionali. L'organizzazione dei centri vaccinali ospedalieri

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
---	---	---------------------------

(CVO) è stata una nuova sfida e il modello è stato la base per la successiva attivazione della collaborazione con altre istituzioni per i centri vaccinali massivi (CVM), oltre che per l'organizzazione dei CVO per i pazienti fragili in carico agli specialisti aziendali.

Oltre all'attività dei centri vaccinali, l'ASST è impegnata nelle vaccinazioni domiciliari per i soggetti fragili e non trasportabili che ne abbiano fatto richiesta.

L'ASST è stata individuata quale centro hub per la distribuzione dei vaccini a centri esterni quali RSA e MMG. Per gestire l'attività sono state messe in atto una serie di iniziative non solo dal punto di vista organizzativo, ma anche procedurale e logistico, al fine di individuare le modalità erogative che meglio potessero rispondere alle esigenze di vaccinare un'ingente quantità di persone in tempi ristretti e con l'efficiente gestione delle risorse. Sono state implementate alcune procedure specifiche e relativa documentazione a supporto per la gestione dell'informativa, del consenso e del triage pre-vaccinale. Sono in corso di stesura ulteriori procedure che verranno emanate a breve, ad esempio sulla gestione generale dei vaccini e sulle vaccinazioni domiciliari. Anche in riferimento al rapporto di audit del 5/3/2021, che individuava, tra le raccomandazioni, il miglioramento della funzione HUB dei vaccini anti COVID-19.

È in fase di avvio secondo le indicazioni regionali l'attivazione di audit per la verifica degli standard qualitativi del CVM.

Il personale individuato per i CV ha l'obbligo di effettuare adeguata formazione. Sono inoltre state individuate figure di riferimento presenti nei CVM per la gestione delle problematiche quotidiane e per la supervisione delle attività.

La farmacia ospedaliera supervisiona eventuali reazioni avverse nell'ambito della farmacovigilanza.

1.15 Gestione dei Piani di Iperafflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza COVID-19

Presso i due pronto soccorso dell'ospedale san Carlo Borromeo e dell'ospedale San Paolo, sono stati rivisti più volte gli assetti organizzativi in funzione delle diverse fasi pandemiche, sono monitorati quotidianamente gli afflussi per le diverse tipologie di pazienti, sono stati effettuati lavori di adeguamento strutturale e impiantistico e sono state redatte apposite procedure per la gestione dei pazienti. In particolare l'assetto organizzativo varia in funzione della pressione di pazienti COVID o non COVID, con occupazione di spazi e risorse modulare, al fine di garantire la maggior distinzione delle due tipologie di pazienti ed evitare eventuali contaminazioni crociate. I dati sui flussi vengono monitorati sia dai responsabili sia dalle DMP e dalla Direzione aziendale e costituiscono una delle basi per le decisioni prese in seno all'unità di crisi per la riorganizzazione dei due ospedali in riferimento non solo ai reparti di degenza COVID e non COVID ma anche alle reti di patologia.

1.16 Audit interni strutturati con l'obiettivo di valutare l'applicazione delle procedure o protocolli e analizzare le criticità in modo attivo e continuo

I sopralluoghi nei reparti COVID e non COVID per la verifica del rispetto delle procedure aziendali sono stati effettuati sia in maniera non strutturata in occasione in particolare dell'attivazione di nuovi posti letto, sia in modo strutturato con apposita check list da parte di personale delle DMP, del SPP e del DIPSA.

Nel corso del 2021 proseguiranno i sopralluoghi e verrà stilato rapporto finale oltre che puntuale per i reparti verificati.

1.17 Gestione dei cluster epidemici in aree non Covid

La gestione dei cluster epidemici nelle aree non COVID, se nella prima ondata rappresentava un evento sporadico, nella seconda ondata è stato osservato con una frequenza maggiore anche in virtù dei programmi di screening attuati. Alla luce di tale evidenza sono state implementate strategie correttive che hanno permesso di riportare il fenomeno a evenienza occasionale.

Durante la seconda ondata pandemica si è osservato un fenomeno che ha avuto un importante impatto sui reparti non COVID: la positivizzazione dei pazienti durante il ricovero, pur dopo un tampone negativo all'ingresso. Tale fenomeno è stato oggetto di approfondite analisi tra le DMP e i reparti di area medica,

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
--	---	---------------------------

dove il fenomeno ha avuto un impatto maggiore. È stato attuato un monitoraggio ancora più accurato della diffusione del virus mediante tamponi di screening ripetuti nel tempo e sono state create le cosiddette stanze grigie, nelle quali ricoverare pazienti con tampone negativo, ma che effettuano un isolamento per un periodo ulteriore e poi ripetono il TNF al fine di verificare eventuali positivizzazioni successive. L'esperienza aveva infatti dimostrato che a distanza di qualche giorno nelle aree mediche alcuni pazienti presentavano una positivizzazione del tampone, dopo un tampone iniziale negativo. In tali casi, i pazienti che condividevano la stessa stanza risultavano nella quasi totalità dei casi contagiati a distanza di qualche giorno. La strategia adottata dell'ulteriore isolamento in stanza singola al momento del ricovero e dell'ulteriore tampone negativo prima di trasferire il paziente in camera doppia ha determinato un abbattimento quasi totale dei contagi successivi. Tale modalità organizzativa ha portato alla diminuzione dei letti totali di ciascuna area di degenza, con conseguente necessità di attivare un numero di reparti maggiore. La situazione verrà mantenuta quanto più a lungo possibile, vista l'efficacia dimostrata.

In occasione di un cluster epidemico viene avvistata la DMP che effettua le opportune verifiche e individua le azioni da mettere in atto. In generale, i pazienti positivi vengono mantenuti isolati, anche per coorte, e trasferiti in reparto COVID laddove possibile. I pazienti che hanno condiviso la stessa stanza vengono isolati, anche per coorte, testati con TNF e trasferiti in reparto COVID se positivi o mantenuti isolati con ripetizione del tampone al 5° giorno se negativi.

2 QUALITÀ E CERTIFICAZIONE ISO 9001/2015

Le opportunità di miglioramento derivate dall'analisi della situazione aziendale rispetto alla gestione della documentazione a supporto della certificazione, ma anche dell'attività aziendale hanno messo in evidenza la necessità di sistematizzare gli strumenti in uso: la cartella condivisa presente su tutti i desktop aziendali, il cosiddetto ombrellino rosso, la documentazione già prodotta e che necessita di continua e periodica revisione. Le attività già iniziate proseguiranno, sfruttando ogni occasione che si presenta, determinata da esigenze interne o esterne all'organizzazione. È difficile stabilire e ipotizzare una tempistica, ma si prevede di tenere sotto controllo l'attività al fine di documentare i progressi fatti entro fine anno.

Per quanto riguarda le strutture certificate il processo iniziato proseguirà durante l'anno, con la condivisione delle risultanze della VIE anche con le UO non campionate, al fine di allineare tutte le strutture. Obiettivo annuale rimane il mantenimento della certificazione delle unità già certificate.

Nel corso della Visita Ispettiva Esterna del 4 e 5 marzo 2021 eseguita da parte dell'organismo di certificazione CERTIQUALITY è stata rilevata una Non Conformità (NC) minore (7.5.2 Creazione e aggiornamento /8.1 Pianificazione controlli operativi): "Non sempre è garantita la pianificazione e l'aggiornamento di documentazione del sistema aziendale gestione della qualità". Le evidenze sono rappresentate dalle procedure da aggiornare in riferimento all'organizzazione degli audit interni e dei processi di acquisizione di beni, lavori e servizi.

La causa di tale Non Conformità va ricercata nell'emergenza pandemica, che ha ridotto il tempo e le risorse a disposizione per aggiornare la documentazione aziendale in funzione dei cambiamenti avvenuti. Per la stessa ragione la pianificazione dei controlli operativi non è stata possibile.

Per risolvere la NC si procederà a revisione della procedura di esecuzione degli audit interni e alla successiva pianificazione degli audit stessi in tutte le strutture certificate. Per quanto riguarda la documentazione del sistema gestione qualità, si procederà a pianificare la revisione delle procedure in essere.

Il cronoprogramma ipotizzato nel corso della riunione per la risoluzione della NC è slittato a causa del reclutamento delle risorse della QRC per l'emergenza pandemica, con particolare riferimento alla necessità di rispondere alle richieste regionali e ministeriali rispetto alla campagna vaccinale.

Nel 2021 si prevede di dare corso alla risoluzione delle raccomandazioni evidenziate a seguito della VIE del 4 e 5 marzo 2021, che si delineano di seguito.

Necessità di miglioramento della pianificazione del sistema SGQ: la pianificazione nel periodo pandemico è alquanto difficoltosa, per i continui cambiamenti dell'organizzazione, che richiedono di

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
--	---	---------------------------

definire nuove procedure ed aggiornare quelle già in uso con tempi di settimane o mesi, rispetto alle consuete revisioni triennali. È in corso un processo per la gestione delle procedure di livello aziendale a cura della SS QRC, mentre è stato richiesto alle strutture certificate di produrre l'elenco delle proprie procedure e pianificarne la revisione. Ciò in conformità alla raccomandazione specifica sulla predisposizione degli elenchi della documentazione attiva presso le strutture certificate. La revisione del patrimonio documentale aziendale e delle singole strutture ha lo scopo anche di allineare i documenti ai requisiti organizzativi di accreditamento.

In tale ambito sono in corso le verifiche rispetto all'utilizzo dei loghi secondo le indicazioni dell'Ente Certificatore, di cui alla specifica raccomandazione che ne prevede il miglioramento dell'utilizzo.

Per superare la raccomandazione relativa al miglioramento dell'efficacia delle azioni di mitigazione dei rischi mediante l'evidenziazione del rischio teorico e del rischio residuo, verranno meglio definite le modalità di compilazione della scheda, con condivisione della stessa con le strutture certificate, al fine di uniformare le modalità compilative.

Alla Farmacia è stato richiesto di migliorare la definizione degli indicatori per la propria attività. La raccomandazione è stata condivisa con gli interessati che provvederanno ad inserire nelle procedure specifici indicatori di processo. La SS QRC supervisionerà tali aspetti in corso di redazione di nuove procedure.

Definire in modo omogeneo le modalità di inserimento di nuovo personale, per le diverse categorie. La problematica è stata già oggetto di condivisione con il DIPSA, che ha avviato i lavori per la predisposizione di una procedura generale di inserimento del nuovo personale, cui saranno allegate specifiche job description per le diverse figure professionali.

Il processo di riorganizzazione in atto delle attività di microbiologia, che prevede l'accentramento di tutte le attività presso l'ospedale San Paolo porterà alla risoluzione della raccomandazione relativa al miglioramento della definizione dell'organizzazione e della gestione del personale.

Su richiesta regionale sono in corso i processi per la riclassificazione di alcune strutture aziendali: Terapie intensive e Semintensive, Patologia Neonatale e Neonatologia, Anatomia Patologica. Dalle verifiche condotte è emersa la necessità di rivedere le procedure in uso e aggiornarle in funzione dei nuovi requisiti e della riorganizzazione in atto anche a seguito dell'emergenza COVID-19.

3 IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Il monitoraggio dello stato di implementazione delle Raccomandazioni in ASST, condotto attraverso il sistema *web* di Agenas in ottobre 2020, ha evidenziato l'applicazione di oltre l'80% delle Raccomandazioni emesse, mettendo in luce, però, anche la necessità di revisionare alcune procedure nell'ottica di migliorarne l'aderenza all'attuale organizzazione aziendale.

Nel corso dell'anno 2021 prosegue l'attività reattiva e proattiva sulle raccomandazioni ministeriali, attraverso l'analisi degli eventi avversi segnalati e attraverso la revisione delle procedure che si sono rivelate nell'anno precedente più critiche o che necessitano di aggiornamento.

Se da un lato l'attività reattiva non si è mai interrotta durante la pandemia, risulta però fortemente rallentata l'attività proattiva rivolta all'analisi dell'implementazione delle raccomandazioni e all'aggiornamento delle stesse. Per l'anno 2021, vista la situazione pandemica, si ritiene di poter revisionare la raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio e la raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute.

Per quanto riguarda il suicidio, in particolare, sono già stati avviati i lavori di revisione per la condivisione della procedura esistente, al fine di integrare la stessa con l'area territoriale e materno infantile. La scelta è motivata dagli eventi accaduti negli ultimi 2 anni.

Per le cadute, da gennaio è stata rivista l'organizzazione aziendale, che prevedeva una gestione delle segnalazioni da parte delle DMP, riportando la gestione in capo alla SS QRC, al fine di poter svolgere

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
---	---	---------------------------

un'analisi più accurata e puntuale del fenomeno. In tale ottica è stato implementato un nuovo database, unificato, in sostituzione dei precedenti diversi nei due presidi. Verrà implementato un monitoraggio degli eventi e dell'applicazione della procedura, al fine di valutare gli elementi critici e porre le basi per la revisione della procedura stessa. Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla mancata attivazione di un GAD cadute aziendale. Nel corso dell'anno, in funzione delle risorse a disposizione, verrà almeno pianificata la nomina dello stesso per la condivisione dei risultati e la progettazione dei lavori.

Laddove possibile, in funzione dell'emergenza pandemica in atto, si cercherà di revisionare le procedure dell'area materno infantile, legate alla raccomandazioni n. 6 e 16, sia perché sono trascorsi i 3 anni dall'ultima revisione, sia per il processo di riclassificazione delle neonatologie e patologie neonatali per il quale è stato intrapreso un percorso di aziendalizzazione delle procedure specifiche di riferimento. Certamente proseguirà la segnalazione e il monitoraggio dei trigger con le consuete modalità.

Le restanti raccomandazioni verranno monitorate in modo reattivo, come di consueto, mediante l'analisi puntuale delle segnalazioni di incident reporting e, laddove possibile, con un monitoraggio attivo.

Il tema della violenza sull'operatore è ancora molto importante e impone una valutazione congiunta con il SPP. In ASST è attivo un gruppo di lavoro dedicato alla tematica, che ha fortemente rallentato i propri lavori a causa della pandemia. Sono tuttavia proseguite e verranno mantenute le analisi reattive degli incident segnalati.

4. MONITORAGGIO E ANALISI EVENTI AVVERSI

Nel corso del 2021 prosegue come di consueto l'analisi degli eventi avversi segnalati con il sistema di incident reporting e la relativa categorizzazione degli stessi in funzione della gravità, al fine di individuare eventuali eventi sentinella da segnalare sul portale SIMES.

Verrà migliorata la gestione del monitoraggio delle azioni di miglioramento previste e pianificate a seguito degli audit svolti per gli eventi di maggior gravità.

Nel corso del 2021 verrà revisionata la procedura specifica di riferimento, AST_QRC_403, al fine di renderla maggiormente coerente con l'attuale organizzazione e nell'ottica della revisione triennale richiesta dalla norma ISO.

5. GESTIONE CONTENZIOSO

La gestione del contenzioso in ASST prosegue con le modalità definite, mediante valutazione dei casi da parte del Comitato Valutazione Sinistri previa istruttoria condotta dalle articolazioni aziendali competenti (SC Affari Legali, SC Medicina Legale, SS Qualità e Rischio Clinico, Direzioni Mediche di Presidio, Dipartimenti, ecc.).

Nel corso del 2021, parallelamente all'attività di analisi dei rischi derivanti dalla pandemia, potranno essere individuate le aree critiche che possono generare conseguenze per gli utenti e, quindi, produrre possibili richieste di risarcimento danni. All'interno del Gruppo per la gestione del rischio si potranno analizzare tali dati e definire le opportune strategie d'intervento.

5.1 Comitato Valutazione Sinistri

Il comitato valutazione sinistri prosegue le attività anche per il 2021 con le modalità già definite, in presenza o in remoto in funzione dell'andamento dei contagi a livello regionale e nazionale. Gli incontri hanno mediamente una cadenza mensile e sono suddivisi in funzione del livello di rischio: in SIR o sopra SIR con le Compagnie assicurative di riferimento.

5.2 Attività di ascolto e Mediazione trasformativa

L'attività di ascolto e mediazione trasformativa non si è interrotta durante la pandemia. Nell'ultimo periodo sono stati fatti incontri per definire il possibile ruolo dei mediatori in alcune situazioni peculiari create dalle modifiche nell'attività ordinaria ospedaliera, ad esempio rispetto all'approccio del tema dell'accompagnamento del parente all'evento morte. Per ridurre i contagi, infatti, le visite ai parenti sono state interrotte e questo ha generato l'impossibilità da parte del parente di accompagnare il proprio caro

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT E QUALITÀ	Aprile 2021
--	---	---------------------------

negli ultimi istanti della vita. Questo approccio genera una sofferenza e quindi una difficoltà nell'elaborazione del lutto. Per questo si è iniziato un approccio con i mediatori aziendali nei casi segnalati dal servizio di psicologia clinica.

6. PIANO FORMAZIONE AZIENDALE

Nel corso del 2021 proseguono i corsi in tema di prevenzione del rischio da COVID, con le modalità attuate anche nel 2020.

Si prevede, se possibile, di attivare gruppi di lavoro con la modalità della formazione sul campo per l'implementazione delle raccomandazioni sopra dettagliate.

7. DEBITO INFORMATIVO

Il debito informativo nei confronti di Regione è stato rispettoso delle scadenze e completo.

La check list COVID-19 è stata inviata il 30.11.2020.

Sono stati inseriti in SIMES gli Eventi Sentinella segnalati attraverso il sistema di Incident Reporting, compilando correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.).

Nel flusso CedAP sono stati inseriti puntualmente per entrambi i punti nascita gli eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico.

È stato effettuato il Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali sul sito di Agenas nei tempi richiesti. Sono state inserite entro la scadenza del 25.01.2021 le Richieste di Risarcimento, Polizze RCT/O, cadute e infortuni del secondo semestre 2020 con eventuale aggiornamento dello storico.

In tema di Trasparenza nei confronti del cittadino, come stabilito dalla Legge 24/2017 sono state pubblicate sul sito internet aziendale la Relazione Annuale consuntiva sugli Eventi Avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto e l'importo dei Risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio.

Entro il 31.01.2021, come richiesto, è stata inviata la Rendicontazione 2020 completa di check list COVID CDC e del relativo Rapporto finale.

8. ALLEGATI

8.1 Scheda progetto n.1 Valutazione del rischio da COVID-19 negli ospedali

8.2 Cronoprogramma delle attività correlate alla risoluzione delle Non Conformità e delle Raccomandazioni rilevate nel corso delle Visite Ispettive Esterne (VIE)

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	SCHEDA PROGETTO N.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA COVID-19 NEGLI OSPEDALI	ALLEGATO 1
--	--	--------------------------

SCHEDA PROGETTO n. 1 - ANNO 2021			
ASST/IRCCS/ATS	ASST Santi Paolo e Carlo - Milano		
Risk Manager	Dr.ssa Sabrina PASSARELLA		
1. Titolo del Progetto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA COVID-19 NEGLI OSPEDALI		
2. Motivazione della scelta	In linea con le indicazioni delle "Linee Operative Risk Management in Sanità " per l'anno 2021 si intende applicare l'analisi e la valutazione dei rischi alle iniziative adottate nei due Ospedali, con una logica di valutazione del rischio e di sviluppo di un metodo a supporto dei processi decisionali. Le attività di risk management saranno finalizzate a fornire un supporto alle Direzioni aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi, anche con azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche assistenziali.		
3. Area di RISCHIO	Rischio COVID-19		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Ospedale San Carlo Borromeo Ospedale San Paolo		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Definire gli ambiti e le priorità di intervento sulla base di una valutazione e relativa misurazione dei rischi derivanti dal COVID-19 in ambito ospedaliero.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Definizione dei rischi e delle priorità di intervento.		
9. Strumenti e metodi	Applicazione della procedura aziendale AST_QRC_413 "Descrizione dei processi e analisi del rischio" e dello strumento di ponderazione e stima del rischio AST_QRC_517 "Registrazione analisi e valutazione del Rischio".		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Definizione e ponderazione di almeno 3 ambiti di rischio connessi all'attività sanitaria	Scheda AST_QRC_517 compilata	N. rischi ponderati/N. rischi individuati

/

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ CORRELATE ALLA RISOLUZIONE DELLE NON CONFORMITÀ E DELLE RACCOMANDAZIONI RILEVATE NEL CORSO DELLE VISITE ISPETTIVE ESTERNE (VIE)	ALLEGATO 2
--	---	--------------------------

FASI	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Revisione AST_QRC_404 "Procedura di gestione Audit Interno" e diffusione. (Rif. NC minore 1/CG-MR)					X							
Pianificazione Visite Ispettive Interne (VII). (Rif. NC minore 1/CG-MR)					X	X						
Analisi delle procedure esistenti. (Rif. NC minore 1/CG-MR)					X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione delle priorità e cronoprogramma per l'aggiornamento delle procedure. (Rif. NC minore 1/CG-MR)						X	X	X	X	X	X	X
Evidenziazione del rischio teorico e del rischio residuo in scheda AST_QRC_517 "Registrazione analisi e valutazione del rischio" (Rif. Raccomandazione n. 1/CG) ed esplicitazione del significato dei campi predefiniti dello strumento in procedura di riferimento AST_QRC_413 "Descrizione dei processi e analisi del rischio". (Rif. Raccomandazione n. 4/MR)					X							
Controllo della funzione HUB dei vaccini anti COVID-19 anche attraverso l'edizione e la revisione delle specifiche procedure. (Rif. Raccomandazione n. 2/CG)					X	X	X	X	X	X	X	X
Migliorare la definizione degli indicatori per l'attività di Farmacia. (Rif. Raccomandazione n. 3/CG)											X	
Richiesta della documentazione in vigore presso le Strutture certificate e Predisposizione degli elenchi. (Rif. Raccomandazione n. 5/MR)			X									
Definizione omogenea delle modalità di inserimento di nuovo personale, per le diverse categorie. (Rif. Raccomandazione n. 6/MR)									X	X		
Definizione dell'organico della SC Microbiologia in processo di riallocazione delle attività presso Presidio Ospedaliero San Paolo. (Rif. Raccomandazione n. 7/MR)									X			
Verifica del rispetto di utilizzo del logo di Certificazione ISO 9001 secondo le indicazioni dell'Ente Certificatore. (Rif. Raccomandazione n. 8/MR)						X						

I riferimenti in parentesi sono da riferire al rapporto di audit del 5/3/2021 dell'Ente certificatore depositato agli atti.