



Ospedale
Papa Giovanni XXIII

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

DELIBERAZIONE NR. 556 DEL 23/04/2024

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT
ANNO 2024

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Francesco Locati

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DR. GIANLUCA VECCHI

IL DIRETTORE SANITARIO

DOTT. MAURO MORENO

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO

DR.SSA SIMONETTA CESA

Premesso che con nota in data 13 febbraio 2024 prot. n. G1.2024.0005201, la Direzione Generale Welfare ha trasmesso le “Linee operative di risk management in sanità – Anno 2024”, con le quali ha definito la strategia e le azioni da attivare per la gestione del rischio clinico, al fine di garantire – in continuità con il percorso delineato dalla circolare n. 46/SAN del dicembre 2004, consolidatosi negli anni – un buon livello di sicurezza per i pazienti e per gli operatori;

Rilevato che dette linee operative hanno confermato la necessità che il Gruppo aziendale per la gestione del rischio di ogni struttura sanitaria rediga il Piano annuale di risk management, integrato con il Piano di miglioramento dell’organizzazione, nel quale devono essere esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell’analisi delle criticità aziendali, dei near miss, degli eventi avversi/sentinella e delle richieste di risarcimento, in coerenza con:

- i contenuti della deliberazione di Giunta regionale n. XII/1827 del 31 gennaio 2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2024”, con particolare riguardo agli indirizzi di cui all’allegato 4 “Polo ospedaliero”, par. 4.6 “Risk management”;
- le indicazioni del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente finalizzate ad allineare le iniziative in tema di risk management agli standard contenuti dal WHO Global Safety Action Plan 2021-2030;

Dato atto che il risk manager aziendale ha predisposto tale piano, che ha illustrato e condiviso con il Comitato strategico per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente nella seduta del 12 aprile scorso, che ne ha accertato la coerenza con le su richiamate linee operative regionali e apprezzato il contenuto rispetto alle priorità e alle esigenze aziendali;

Evidenziato che l'adozione del piano e la sua attuazione consentiranno di dare continuità alla "politica" aziendale della cultura della sicurezza;

Attesa la necessità di approvare formalmente detto piano, preliminarmente al suo inoltro alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia entro il prossimo 30 aprile;

Dato atto che l'adozione del presente provvedimento non prevede l'assunzione di maggiori oneri da parte dell'azienda;

Dato atto, altresì, che la dr.ssa Mariagiulia Vitalini, direttore della SC Affari generali, è responsabile del procedimento;

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario

DELIBERA

1. di approvare il "Piano annuale di risk management anno 2024" predisposto dal risk manager e condiviso dal Comitato strategico per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente, nel testo allegato al presente provvedimento (allegato A) comprensivo delle schede di progetto (allegato 1, 2, 3 e 4);
2. di inoltrare copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, come previsto dalle "Linee operative di risk management in sanità – Anno 2024" trasmesse con nota prot. n. G1.2024.0005201 del 13 febbraio scorso;
3. di precisare che l'adozione del presente provvedimento non comporta l'assunzione di maggiori oneri a carico del bilancio aziendale;
4. di dare atto, altresì, che la dr.ssa Mariagiulia Vitalini, direttore della SC Affari generali, è responsabile del procedimento.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco Locati



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO

Piano annuale di Risk Management anno 2024

Sommario

PREMESSA	2
1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	3
1.1 Il sistema di segnalazione degli incident, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella	3
1.2 Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	4
1.3 Implementazione di attività mirate alla gestione della Crisi e Continuità Operativa	6
1.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in Pronto Soccorso .	7
1.5 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari.....	8
1.6 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci.....	8
1.7 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in sala operatoria ...	9
1.8 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico ambito territoriale e socio-sanitario.....	10
1.9 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito del rischio nutrizionale.....	12
1.10 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito diagnostico e nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti.....	12
1.11 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito Servizio di Medicina Legale	13
1.12 Raccomandazioni ministeriali.....	13
2. RISCHIO IN AREA OSTETRICA E PERINATALE	16
3. RISCHIO INFEZIONI.....	17
3.1 Percorsi di contenimento del rischio di contagio	17
3.2 INFEZIONI - SEPSI	18
4. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI	20



5. GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM).....	22
6. SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	25
6.1 Eventi sentinella	25
6.2 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP)	25
7. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RTC/RCO	25
7.1 Ascolto e mediazione dei conflitti.....	25
7.2 Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri	25
8. INFORMAZIONI AI PAZIENTI A CAREGIVERS E A CITTADINI	25
9. NETWORK ED EVENTI FORMATIVI.....	26
9.1 Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione	27
10. TRASPARENZA DEI DATI.....	27
11. GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT.....	27
12. INFORMAZIONI AL PERSONALE.....	28
13. ALLEGATI.....	29

PREMESSA

Per il 2024, in linea con le indicazioni di Regione Lombardia, il Risk manager redige il Piano annuale di risk management (PARM) integrato con il Piano di miglioramento dell'organizzazione in accordo con il Comitato aziendale per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente.

Di seguito si prende atto delle delibere di incarico della nuova Direzione aziendale:

- **deliberazione n. 1 del 2 gennaio 2024** “Preso d’atto e recepimento della deliberazione di Giunta Regionale n. XII/1641 del 21 dicembre 2023 avente a oggetto determinazioni in ordine alla direzione dell’Azienda sociosanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII”
- **deliberazione n. 14 del 4 gennaio 2024** “Nomina del direttore amministrativo dell'ASST Papa Giovanni XXIII”;
- **deliberazione n. 15 del 4 gennaio 2024** “Nomina del direttore sanitario dell'ASST Papa Giovanni XXIII”;
- **deliberazione n. 16 del 4 gennaio 2024** “Nomina del direttore sociosanitario dell'ASST Papa Giovanni XXIII”.



Nel Piano sono esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell'analisi delle criticità aziendali, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella e delle risultanze del Comitato valutazione sinistri in coerenza con i contenuti della deliberazione di Giunta regionale n. XII/1827 del 31 gennaio 2024 'Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024' (All. 4 "Polo ospedaliero" paragrafo 4.6 'Risk Management') nonché con le "Linee operative di risk management in sanità – Anno 2024", prot. n. G1.2024.0005201 del 13 febbraio 2024 con le quali Regione Lombardia ha definito la strategia regionale in termini di risk management in continuità con il percorso delineato dalla circolare n. 46/SAN del dicembre 2004, consolidatosi negli anni. Si ravvede, altresì, anche sulla base delle indicazioni che il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente fornirà per allineare le iniziative in tema di risk management agli standard contenuti dal WHO Global Safety Action Plan 2021-2030.

A partire da quest'anno il piano non prevede un capitolo specifico relativo alla tematica Covid-19, visto anche la dichiarazione di fine dell'emergenza sanitaria per la pandemia Covid-19 del 5 maggio 2023 da parte dell'OMS.

1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

1.1 Il sistema di segnalazione degli incidenti, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2023 le segnalazioni effettuate dal personale dell'azienda sulla piattaforma di Incident Reporting (IR) sono numerose e si conferma il trend degli ultimi due anni di sensibile aumento rispetto agli anni precedenti. Questo fenomeno ha consentito al risk management di attivare analisi specifiche per eventi di media/altra gravità e riflessioni interne alle Strutture effettuate in modo più autonomo. Questi risultati positivi sono anche il frutto di vari eventi formativi e di sensibilizzazione effettuati al personale rispetto all'importanza della segnalazione e delle tematiche proprie del rischio clinico.

Anche alla luce di quanto sopraesposto, si intende proseguire nella diffusione della conoscenza del sistema informatizzato di segnalazione degli eventi di rischio clinico, delle sue finalità e dei dati che esso consente di estrapolare per successive analisi aziendali.

Per alcune tematiche (frequenti, particolarmente sentite dal personale oppure monitorate per specificità di tematica o su indirizzo comune con Direzione strategica) unitamente alle Strutture coinvolte, si definisce un'analisi condivisa e la costituzione di tavoli di lavoro specifici sulle problematiche emerse e relative azioni correttive/piani di miglioramento, oggetto di monitoraggio nel tempo.



Si prosegue altresì nelle attività peculiari/proprie del risk, quali audit interni strutturati con l'obiettivo di valutare l'applicazione delle procedure/protocolli e analizzare le criticità in modo attivo e continuo.

1.2 Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure

Per il 2024 si procederà all'attualizzazione e definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), sia in ottemperanza di normativa cogente, sia per la necessità di sviluppare la capacità di gestione olistica di tutti i fattori di rischio che possono compromettere la continuità operativa delle strutture sanitarie secondo una logica integrata di hospital risk management (HRM).

Di seguito i PDTA in fase di ultimazione redazione/revisione:

- Coordinamento organizzativo per la redazione del PDTA “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'identificazione e il trattamento della sepsi nel paziente adulto”;
- Coordinamento organizzativo per la redazione del PDTA “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'identificazione precoce e il trattamento della sepsi in ambito pediatrico”.

Di seguito i PDTA e le Istruzioni operative ultimate, in fase di estensione e monitoraggio dell'applicazione:

- PDTA “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente adulto con trauma maggiore”;
- PDTA “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente pediatrico con trauma maggiore (0-17 anni)”;
- Istruzione operativa “Trasfusione massiva di emocomponenti nel paziente in shock emorragico”;
- “La contenzione fisica in psichiatria” (vedere di seguito);
- PDTA “Gestione dell'ictus ischemico in fase acuta”.

Di seguito documenti in fase di redazione/revisione:

- “Gestione allontanamento non autorizzato della persona assistita dalla struttura sanitaria e socio sanitaria”;
- PDTA “Gestione dell'agitazione psicomotoria nell'adulto e in età evolutiva”;
- “Piano di emergenza massiccio afflusso di feriti (PEMAF)” (vedere cap. 1.3),
- “Gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria e del primo soccorso aziendale”.

Continua anche per il 2024 il monitoraggio tramite la “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”.



Da tale implementazione era nata l'esigenza di apportare una nuova revisione alla procedura in atto "La contenzione meccanica in psichiatria" cod. PSp04SPDCcontenzioniPG7MQ7, nel Servizio psichiatrico diagnosi e cura che aveva già generato una serie di azioni correttive quali la definizione di:

- scheda di prescrizione della contenzione meccanica
- scheda di prosecuzione della contenzione meccanica
- scala di valutazione del rischio aggressivo: Broset Violence Checklist- Ita (BVC- Ita)
- scala di valutazione della gravità dell'evento (OAS Scale)
- sinossi procedurale relativa alla prescrizione e monitoraggio.

La revisione è stata completata, approvata e pubblicata in data 26 marzo 2024 su sito dedicato.

Nel corso dell'anno, per l'esigenza di consentire l'erogazione delle migliori pratiche sanitarie per la tutela della salute adeguando i processi di sicurezza e favorendo la diffusione della cultura risk-based a ogni livello organizzativo, si continua con il monitoraggio dell'applicazione della procedura PG16MQ7 "Gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria e del primo soccorso aziendale" con attività di informazione, supporto, consulenza. Dall'analisi degli indicatori raccolti negli anni 2022 e 2023 e con il contributo dell'analisi susseguente all'audit di Unità di fase I, si propone in sinergia con il Dipartimento di emergenza urgenza e area critica e del Gruppo di lavoro multidisciplinare e interdisciplinare, una revisione di tale procedura generale con lo scopo di contestualizzare il piano di implementazione e di miglioramento improntato all'emissione di tale procedura.

Il risk management collabora alla gestione dei piani di iperafflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza Covid-19.

Continua anche nel 2024 la partecipazione del coordinatore infermieristico assegnato alla SS Qualità e Risk management come componente del gruppo di lavoro "Formatori triage Regione Lombardia" per:

- monitoraggio implementazione della formazione su nuove linee guida codici di attribuzione triage pronto soccorso
- preparazione materiale formativo e corso formazione a distanza (FAD) per istruttori triage Regione Lombardia
- programmazione iter formativo per istruttori e discenti (in collaborazione con la Direzione Generale Welfare - AREU)
- acquisizione abilitazione regionale formatore di istruttori di triage infermieristico intraospedaliero



- collaborazione con le SC EAS - Emergenza di alta specializzazione – Direzione medica – Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali circa l'analisi di nuovi codici colore e applicazione presa in carico anticipata
- collaborazione e sinergia con componente del gruppo di lavoro “Pronto soccorso” al Tavolo regionale
- Audit Regione Lombardia/AREU presso il Policlinico di Milano e l'ASST Grande ospedale metropolitano Niguarda.

1.3 Implementazione di attività mirate alla gestione della crisi e continuità operativa

Nell'ottica di “business continuity” e “crisis management” l'ASST, in coerenza con le linee di indirizzo regionali ha adeguato con logica sistemica e di collegamento i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa specificando in questo nuovo contesto il ruolo di tutti gli attori necessari.

Il documento PG17MQ6 ‘Piano pandemico aziendale ASST Papa Giovanni XXIII’ (prot. n. 51076 del 5 agosto 2022) è stato revisionato il 16 ottobre 2023 con l'integrazione del Piano ospedaliero di riordino rev.00 (PSp01PG17MQ6) e relativi allegati.

Il Piano ospedaliero di riordino è finalizzato alla declinazione dei piani di aumento della capacità recettiva e di continuità operativa dei percorsi che dovranno essere attuati in caso di pandemia da patogeno X. Le azioni declinate nel Piano ospedaliero di riordino recepiscono i criteri fondamentali per la costruzione del modello organizzativo descritti nel Piano pandemico aziendale (PG17MQ6), per le diverse modalità di trasmissione del patogeno X (aerea o droplet/contacto) e nelle diverse fasi pandemiche. Si descrivono di seguito le modalità di risposta che possono essere attuate nell'ambito del pronto soccorso e di ampliamento del contingente di posti letto (PL) per la gestione di pazienti infetti, relative alle fasi di allerta, pandemica e di transizione. I documenti sono inoltre disponibili nel sito intranet aziendale.

L'aggiornamento del “Piano di emergenza massiccio afflusso di feriti (PEMAF)” coinvolge gli interlocutori aziendali del Dipartimento emergenza urgenza e area critica, delle SC Direzione medica, Gestione operativa - NextGenerationEU, Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali e della SS Qualità e risk management e completato nel 2024; già in essere collegamento radiotrasmissione tra pronto soccorso del presidio Papa Giovanni XXIII e il presidio di San Giovanni Bianco.

Come da richiesta della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2023.0043711 del 27 ottobre 2023, è stato inviato il documento in fase di attualizzazione finalizzato alla “Ricognizione dei piani di emergenza per il massiccio afflusso di feriti (PEMAF)”.



All'interno del documento sopra citato, si è definita la procedura "Gestione ospedaliera di persone esposte a irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione ad eventuali emergenze radiologiche".

In collaborazione con la SC Fisica sanitaria si è prodotta una FAD specifica che verrà proposta/erogata nel corso del 2024 agli operatori interessati.

A seguito dell'individuazione dell'ASST come uno dei trenta microdepositi regionali dedicati allo stoccaggio dello ioduro di potassio (deliberazione di Giunta regionale n. XII/1237 del 30 ottobre 2023), nel corso del 2024, sulla base delle indicazioni della UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare, è in fase di predisposizione il documento per la gestione delle scorte e in sinergia con le altre istituzioni e funzioni preposte il piano di distribuzione delle compresse in caso di emergenza.

1.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in pronto soccorso

La SC EAS – Emergenza di alta specializzazione è fortemente impegnata, in un'ottica di valutazione delle cause che possono determinare eventi avversi e/o identificare i rischi attuali o potenziali, in una successiva implementazione di piani di miglioramento in ambito di sicurezza del paziente.

È in atto il completamento di progetti con un forte orientamento di "risk based thinking" (presa in carico infermieristica anticipata, trattamento dolore toracico, nuovo triage) e un coinvolgimento in processi di efficientamento coordinati dalla Direzione sanitaria aziendale oltre che dal "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica"(deliberazione n. 1316 del 22 settembre 2022).

Continua la partecipazione del coordinatore infermieristico assegnato alla SS Qualità e risk management come componente del gruppo di lavoro "Formatori triage Regione Lombardia".

A seguito di quanto esposto sopra, è stato completato il progetto di introduzione dei protocolli di presa in carico infermieristica (PPCI) presso la SC EAS – Emergenza di alta specializzazione con avvio all'implementazione dei PPCI dal 19 dicembre 2023 unitamente a:

- dolore toracico presso il pronto soccorso della sede del presidio Papa Giovanni XXIII e presso il pronto soccorso del presidio di San Giovanni Bianco
- traumi minori presso il pronto soccorso del presidio di San Giovanni Bianco.

Si raccoglieranno e monitoreranno gli indicatori discernenti da detti protocolli.

Il progetto di introduzione dei protocolli di presa in carico ostetrica (PPCO) ultimato; in attesa di validazione da parte del gruppo di lavoro di Regione Lombardia.



1.5 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari

In prosecuzione di quanto già in atto su mandato delle linee guida 2022 continueranno le attività mirate alla gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari attraverso un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di porre in essere degli strumenti solidi di governo in sicurezza dei processi all'interno di questa realtà per il contenimento delle criticità emerse dagli stessi operatori.

I processi coinvolti sono: gestione farmaco e sicurezza degli operatori in ambiente carcerario; inoltre, in coerenza con la procedura definita, si monitoreranno le azioni relative alla prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario.

Analisi precedenti e attuali esperienze circa la somministrazione farmacologica in ambito penitenziario hanno determinato lo sviluppo di attività finalizzate all'ottimizzazione della preparazione e somministrazione dei farmaci da parte del personale infermieristico e il conseguente miglioramento della sicurezza con procedure emesse ad hoc quali "Gestione della terapia farmacologica all'interno della Casa circondariale "Don Fausto Resmini" di Bergamo", attraverso anche un progetto di "farmaco monodose".

1.6 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei farmaci

In concerto con il direttore della SC Farmacia, si sono definite alcune linee prioritarie di intervento in tema farmaco (analisi IR ambito farmacologico, sanità penitenziaria, raccomandazioni ministeriali e procedure correlate).

Prosegue il tavolo clinico-organizzativo inerente al progetto "Acquisizione tecnologica robotica per la preparazione di farmaci antiblastici e adeguamento laboratori sterili SC Farmacia".

Inoltre:

- rinnovato l'evento formativo ECM-CPD ID 183923 "Farmacoprescrizione informatizzata: la prescrizione medica" con un intervento relativo a sicurezza della gestione del farmaco e raccomandazioni ministeriali specifiche
- definiti eventi formativi personalizzati con i medici riguardanti la farmacoprescrizione di preparati galenici sterili e non sterili (prodotti a elevato rischio di errore prescrittivo)
- implementazione della Raccomandazione n. 19 'Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide' attraverso il monitoraggio del comportamento adottato nelle diverse Strutture e la stesura di una "do not crush list" aziendale
- miglioramento delle procedure utilizzate per il contenimento dei possibili errori derivati dall'utilizzo di farmaci "Look-Alike/Sound-Alike" (LASA/SALA) come da Raccomandazione n. 12



‘Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-Alike/Sound-Alike” attraverso il supporto alle strutture per l’individuazione di tali prodotti

- in seguito ad alcuni eventi avversi a tema “gestione del farmaco” si sono affrontati incontri formativi mirati unitamente al personale della SC Farmacia con focus su Buone pratiche - Raccomandazioni sul complesso processo della somministrazione della terapia
- previsto nell’ambito del corso residenziale alla SC Malattie infettive in ottemperanza della l. n. 135/1990 per l’anno 2024 (due edizioni), il focus su rischio clinico nella somministrazione della terapia e procedura aziendale per la farmaco-somministrazione: raccomandazioni ministeriali.

1.7 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in sala operatoria

Nell’ottica di monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali, da qualche anno si sono previste delle attività mirate in ambito di sicurezza del paziente in sala operatoria per l’identificazione di rischi attuali o potenziali e successiva implementazione di piani di miglioramento.

Le attività previste si articolano in:

- Applicazione e monitoraggio degli indicatori della procedura generale PG4MQ6 revisionata relativa al processo di sterilizzazione e più in generale del riprocessamento dei dispositivi medici, dapprima analizzando il percorso dei dispositivi e le modifiche apportate nel corso degli anni rispetto alla procedura precedente e quindi procedendo a una rivalutazione del contesto e dei rischi correlati. Il documento emesso nel 2023 prevede la costruzione di una breve FAD per consentirne la diffusione a tutti gli operatori dell’azienda. Nel corso del 2024 si procederà alla revisione della procedura specifica relativa al riprocessamento dei dispositivi medici presso il presidio di San Giovanni Bianco.
- Nel corso del 2023 sono ripresi gli approfondimenti correlati all’applicazione della check list 2.0, per promuovere la cultura della sicurezza nelle sale operatorie tramite l’analisi delle osservazioni finalizzate a raccogliere ed evidenziare quegli elementi critici che ancora sussistono nel percorso chirurgico. Nel 2024 si continuerà l’analisi degli elementi critici in incontri di approfondimento e discussione con gli attori principali coinvolti nell’attività ordinaria di sala operatoria.
- In essere “indoor tracking”: monitoraggio digitale del trasporto del paziente chirurgico e delle apparecchiature elettromedicali.

Un sistema di tracciamento automatico permette di localizzare in tempo reale le principali attrezzature elettromedicali e informatiche mobili così come il percorso dei pazienti dalla degenza alla sala chirurgica. La mappatura digitale permette il monitoraggio digitale “real time” degli ingressi e delle



uscite dei pazienti nel tragitto reparto-blocco operatorio e degli spostamenti intraospedalieri delle principali attrezzature elettromedicali e informatiche mobili.

- Estensione del progetto di check list pre-operatoria, attivo in ambito ortopedico, finalizzata a ridurre gli elementi critici e a migliorare il percorso del paziente fra degenza e sala operatoria.
- In fase di attivazione il progetto "Documentazione infermieristica di dimissione dalla sala operatoria" da SC Direzione medica e SC Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali. Tale progettualità, nata a partire dal 2021 e consolidata in seguito al completamento della formazione di tutto il personale afferente ai blocchi operatori, prevede l'introduzione di una documentazione dedicata al passaggio di informazioni tra sala operatoria e strutture assistenziali chirurgiche/settori di area critica.

1.8 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico ambito territoriale e sociosanitario

Nell'anno 2024 sono previste ulteriori iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla l.r. n. 22/2021.

Alla luce di quanto contenuto nel DM del 19/12/2022, che definisce nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie di nuova istituzione, verrà intrapreso un percorso di definizione degli elementi di evidenza dei requisiti inerenti alla sicurezza e alla qualità delle cure.

Le attività territoriali delle ASST, preso atto del passaggio a queste ultime del Dipartimento cure primarie, dovranno essere implementate le attività di risk management, valutato quanto intrapreso dall'ATS Bergamo in questo settore.

Ai Dipartimenti cure primarie, transitati alle ASST, dovranno essere garantiti gli stessi strumenti per la gestione del rischio sanitario implementati nell'Azienda con particolare riguardo alle segnalazioni di IR (di cui alla l. n. 24/2017), nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza da parte degli operatori sanitari e sociosanitari previsti dalla l.r. n. 15/2020, con l'adesione alle iniziative promosse dall'Agenzia di controllo del sistema di gestione del sistema sociosanitario lombardo (ACSS) in tema di monitoraggio di tali eventi.

A questo tema si porta a conoscenza del progetto di "Attività di risk management - Cure primarie" (scheda progetto **allegato n. 1**) di concerto con i direttori del Dipartimento cure primarie, dei Distretti e con la Direzione Aziendale, scaturito da segnalazioni di aggressioni da parte di utenti nei confronti dei medici di medicina generale.

Iniziale è stata la ricognizione delle attività di risk management già intraprese dalle ATS in questo settore in condivisione con gli attori principali unitamente alla valutazione del fenomeno.



In merito alle Case di comunità è prevista l'analisi del sistema della presa in carico dei pazienti con cronicità in queste strutture e l'avviamento di un percorso di gestione del rischio.

- L'avvio dei nuovi Distretti, delle Case di comunità e degli Ospedali di comunità: si persegue in condivisione con tutti gli attori dell'area distrettuale una logica di applicazione della metodologia di certificazione ISO 9001 per lo sviluppo dei processi e documentazione relativa partendo da un percorso di analisi e gestione del rischio.
- Lo sviluppo della telemedicina: a partire dal 2020 sono in atto attività di telemedicina/assistenza per effettuare sia le tele-visite fra pazienti e professionisti sanitari, sia i teleconsulti fra specialisti in particolare da parte della SSD Procreazione medicalmente assistita – PMA, da parte della SC Otorinolaringoiatria per la riabilitazione dei pazienti con sordità grave, dopo l'intervento di installazione di un impianto cocleare per ripristinare l'udito, e da parte della SSD Elettrofisiologia cardiaca per il monitoraggio remoto dei dispositivi medici impiantabili (pacemaker, defibrillatori, dispositivi per la risincronizzazione cardiaca, loop recorder).

In tutte le Case di comunità sono previste 1-2 postazioni di teleconsulto sia nei locali dedicati alle Articolazioni funzionali territoriali (AFT), sia negli ambulatori specialistici (in particolare cardiologi, diabetologi e pneumologi). Anche il servizio Infermieri di famiglia e di comunità può integrare i propri interventi al domicilio con strumenti di teleassistenza per il monitoraggio dei pazienti seguiti.

In coerenza con quanto indicato nell'allegato 1 al punto 1.2.2.10 della deliberazione di Giunta regionale n. XII/1827 del 31 gennaio 2024 “Le ATS (SCMPC) prevedono l'attivazione di audit (partendo da quanto definito dal decreto n.7 22/2019) sui centri vaccinali delle ASST realizzando un piano di audit che preveda entro fine legislatura la visita almeno una volta per ogni sede di ASST dove si vaccina, tenendo validi anche gli audit già condotti nel 2023; il piano audit deve essere redatto entro febbraio 2024” e nel rispetto di tale scadenza si comunica il cronoprogramma audit di massima concernente l'attività vaccinale dei centri vaccinali delle tre ASST del territorio dell'ATS Bergamo per l'anno corrente 2024 per gli anni 2025 e 2026.

Si precisa che l'audit prevede più fasi: l'audizione (revisione documentale, raggiungimento obiettivi, sopralluoghi, ...) e successivamente il follow up di verifica delle azioni di miglioramento attuate dall'azienda auditata a seguito delle eventuali prescrizioni.

Di seguito il cronoprogramma:



Anno	Periodo	Luogo	Tipologia	CV
2024	II semestre	CV ASST Papa Giovanni XXIII	Audizione	4 CV territoriali e 1 CV intraospedaliero
2025	I semestre	CV ASST Papa Giovanni XXIII	Follow up	/

Si definisce l'impegno di supporto già in atto della SS Qualità e risk management con SC Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive per la definizione della procedura generale "Gestione vaccinazioni in età adulta e pediatrica" e futuro per l'attività di audit sopra menzionata.

1.9 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito del rischio nutrizionale

Con la deliberazione di Giunta regionale n. XII/1812 del 29 gennaio 2024 "Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare" Regione Lombardia è la prima Regione ad attivare i percorsi di screening nutrizionale nelle strutture del sistema sanitario regionale e a domicilio.

Si conferma la partecipazione dello specialista Responsabile della SS Dietologia clinica alla rete regionale della nutrizione per stilare un documento con raccomandazioni ed indicazioni per la stesura di protocolli aziendali con i requisiti minimi per valutazioni in ambito di risk management e d'appropriatezza (ATS).

1.10 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito diagnostico e nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti

Nel 2024 sarà diffuso il documento relativo alla valutazione sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare a indirizzo radiometabolico e in radioterapia, che ha permesso di individuare una casistica degli eventi o dei quasi eventi in cui le strutture possono incorrere a seguito dell'utilizzo di tali tecnologie, fornendo inoltre indicazioni utili all'individuazione, prevenzione e gestione di eventi avversi e near miss. Le azioni dovranno essere oggetto di appositi piani di miglioramento.

La sicurezza in ambito diagnostico sarà il focus della "Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita" del Ministero della salute, che riprende il World Patient Safety Day dell'OMS. Per veicolare l'attenzione sui temi della sicurezza delle cure sarà avviata anche nel 2024 da AGENAS la Call per la raccolta delle buone pratiche con il focus su tale argomento. Sono in fase di valutazione esperienze aziendali in questa area di rischio che potranno riguardare il tema delle radiazioni ionizzanti calate nel proprio contesto aziendale così come altri progetti in ambito diagnostico.



1.11 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza nell'ambito della SC Medicina legale

Dal 2023 la SS Qualità e risk management supporta la SC Medicina legale nell'implementazione del sistema qualità secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015, anche nell'ottica di sistemi di monitoraggio di tutte le prestazioni medico-legali aziendali come declinato dalle "Regole di sistema 2024" al cap. 1.2.11.3. "Sistematizzazione di controllo di qualità dell'attività svolta dai servizi di medicina legale".

1.12 Raccomandazioni ministeriali.

Per quanto riguarda lo stato di implementazione delle **raccomandazioni ministeriali** ai fini degli adempimenti LEA 2024 verrà aggiornato il monitoraggio per l'anno 2024 all'interno del portale AGENAS.

Nel corso dell'anno verranno date indicazioni per la partecipazione al nuovo monitoraggio annuale, il cui esito determina il raggiungimento del parametro LEA punto Rischio clinico AS.1.

Particolare attenzione sarà richiesta nella compilazione dei dati anche a livello di presidio ospedaliero.

Nella nuova area del portale di governo regionale dedicata al risk management, che presenta gli indicatori sulla sinistrosità, è già accessibile da aprile la sezione dedicata agli indicatori di "patient safety", che verranno resi fruibili in una nuova veste grafica al fine di migliorare il monitoraggio da parte dell'Azienda. Si sta procedendo inoltre allo sviluppo di un sistema di IR regionale, che permetterà a tutte le Strutture pubbliche di segnalare, tra l'altro, near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza nei confronti di operatori nonché gli esiti degli audit, in linea con quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Welfare – UO Prevenzione prot. n. G1.2024.0010925 del 25 marzo 2024.

Il flusso delle segnalazioni proveniente dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato e integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità nonché per soddisfare il debito informativo nei confronti dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche per la sicurezza del paziente, in ottemperanza alle disposizioni di cui alla l. n. 24/2017, alla l. n. 113/2020 e alla l.r. n. 15/2000.

In ottemperanza alla Raccomandazione n. 10: "Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati", si era revisionata in toto nel 2023 la relativa Istruzione operativa Cod. IODOE06 "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola": nel corso dell'anno si procederà alla raccolta e analisi degli indicatori specifici.

In linea con la Raccomandazione n. 5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0", in collaborazione con la SC SIMT di prosegue nel monitoraggio delle non conformità e, all'interno del



Comitato interaziendale per il buon uso del sangue (COBUS), è definita l'implementazione di un progetto di "patient blood management" (PBM).

Il progetto PBM (scheda progetto **allegato n. 2**), articolato in due annualità, in considerazione della natura multidisciplinare e multiprofessionale di questa disciplina (proposto come obiettivo di budget del Dipartimento medicina di laboratorio) sarà così articolato:

- nel 2024 effettuazione di un'analisi di contesto, definizione del percorso e erogazione della formazione
- nel 2025 attivazione del percorso.

Un'attività implementata, all'interno del Gruppo aziendale cadute (GAD), di cui il risk manager fa parte di diritto (riunitosi due volte nel corso del 2023), è la "Check list ambientale rischio cadute" informatizzata per la valutazione del rischio ambientale e per l'analisi e l'attuazione di misure di prevenzione delle cadute. Nell'incontro del GAD del 13 marzo 2024 si sono stabilite le attività 2024 in linea con le analisi del report "Cadute"2023.

In ottemperanza alla Raccomandazione n. 13 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" e alle regole dettate da Regione Lombardia nel decreto Direzione Generale Sanità n. 7295 del 22 luglio 2010 "Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta della persona assistita degente in ospedale o in RSA-RSD", si è effettuata una fase pilota per valutare lo strumento, ora in fase di estensione sull'intera azienda. Il documento aziendale è stato revisionato nel 2023.

La materia degli atti di violenza nei confronti degli operatori è un tema già presidiato sia dalla Raccomandazione ministeriale n. 8, sia dalla procedura generale PG20MQ6 "Prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori".

Si intende consolidare presso gli operatori vittime di aggressione verbali/fisiche, la segnalazione degli eventi occorsi nel sistema di segnalazione IR, a fianco della prevista segnalazione degli infortuni nel flusso INAIL da parte del medico.

Nel corso dell'anno il gruppo di lavoro di cui il risk management è parte integrante analizza il report semestrale con estrazione dal sistema di IR degli eventi categorizzati/rubricati e pone spunti di miglioramento.

In ottemperanza alla Raccomandazione n. 4: "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale", si è prodotto il relativo PDTA "Riconoscimento ed intercettazione segnali di potenziale rischio comportamenti suicidari e implementazione di azioni protettive" e una Istruzione operativa "Prevenzione del rischio suicidario all'interno della Casa circondariale di Bergamo", frutto di una collaborazione con il



Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze e di un gruppo di lavoro aziendale rappresentativo delle realtà coinvolte in prima linea orientati all'implementazione di azioni tese all'individuazione di segnali suggestivi per l'identificazione del rischio suicidario e al porre in essere azioni protettive da parte del personale socio-sanitario, sia in soggetti adulti che nella popolazione pediatrica e nello specifico della Sanità penitenziaria. Nel corso del 2023/2024 si è provveduto alla predisposizione di uno strumento, una pagina informativa in fase di completamento, finalizzato alla diffusione per tutto il personale operante.

Nel 2024, come definito in procedura, si provvederà a:

- un incontro per il monitoraggio degli indicatori (Mod01PDTA_DSM01_Rischiosuicidio);
- un audit di indicatore di esito sull'applicazione della procedura, le cui risultanze saranno da guida e supporto a una valutazione del PDTA.

Con le Linee operative risk management in sanità Anno 2024 è stato trasmesso il nuovo elenco delle tipologie di eventi da segnalare nel Sistema di monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES) e si precisa che è in corso un aggiornamento della gestione complessiva degli eventi sentinella a opera del Ministero della salute che sarà formalizzata con apposite indicazioni nel corso dell'anno 2024.

Si prevede di aggiornare nel corso dell'anno, a seguito della variazione di nomenclatura avvenuta, la Procedura concernente gli eventi sentinella, revisionata nel 2023.

Per le raccomandazioni n. 2 e n. 3 "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" e "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" si è provveduto alla formazione di personale dedicato di dirigenza e comparto attraverso la ripresa dello strumento check list 2.0 di sistema (vedasi Cap. 1.6).

Per la Raccomandazione n. 9 "Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" è in atto una ulteriore revisione della procedura "Gestione dei controlli sulle apparecchiature ad uso sanitario" in accordo con la SC Ingegneria clinica e le strutture principalmente coinvolte.

Per la Raccomandazione n. 14 "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" si è provveduto alla revisione della procedura "Prevenzione e trattamento dello stravasamento di farmaci antitumorali" e allegati.



2. RISCHIO IN AREA OSTETRICA E PERINATALE

In questa area, come da Linee operative risk management in sanità Anno 2024, si proseguirà con le seguenti attività.

- Segnalazione e analisi periodica dei **trigger materno/fetali** – attraverso il Certificato di assistenza al parto (CedAP) - con l'analisi dei dati emersi e la conduzione di audit strutturati sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di rischio, declinazione di azioni di miglioramento la cui realizzazione andrà esplicitata in fase di rendicontazione del PARM.

L'audit per l'analisi regionale dei trigger si terrà nel maggio 2024 con gli elementi in ingresso di seguito riportati:

- la tempestività di segnalazioni dei trigger risulta ottimale, la numerosità buona ma dal confronto emerge l'utilità di un confronto con ospedali HUB della Lombardia (11 strutture);
 - viene confermata attività di formazione/simulazione in atto relativa al trigger distocia di spalle;
 - viene confermato come progetto PARM 2024 la sperimentazione/fase pilota del triage ostetrico telefonico (scheda progetto “Triage ostetrico telefonico” **allegato n. 3**). Questo progetto fornisce delle indicazioni di buona pratica clinica per pianificare in modo appropriato il percorso clinico-assistenziale di un servizio di triage ostetrico telefonico, che favorisce l'implementazione di un'appropriata assistenza ostetrica alla fase latente del primo stadio del travaglio per tutte le donne secondo il loro profilo di rischio. È rivolto a tutte le donne che accedono al percorso del “basso rischio ostetrico” attraverso la valutazione dei criteri di attribuzione del modello assistenziale ostetrico. La formalizzazione di tale percorso lo troviamo nei documenti di Regione Lombardia – decreti Direzione Generale Welfare n. 14243 del 5 ottobre 2018 e n. 13039 del 16 settembre 2019 emanati ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. XI/268 del 28 giugno 2018.
- **Sorveglianza della mortalità perinatale:** con decreto Direzione Generale Welfare n. 7917 del 26 maggio 2023 sono state approvate le indicazioni operative per avviare dal giugno 2023 la sorveglianza della mortalità perinatale dalla 22a s.g.

Nei casi di:

- a. morte intrapartum con epoca gestazionale ≥ 34 settimane
- b. morte neonatale con epoca gestazionale ≥ 34 settimane che si verifica entro 7 giorni dalla nascita la segnalazione va inviata entro 48 ore alla mail sorveglianzaperinatale@regione.lombardia.it e per tutti gli altri casi la scheda di sorveglianza va compilata ed inviata entro 30 giorni dall'evento.



Per i casi di morte neonatale o fetale che avvengono oltre la 34 settimana bisogna invitare le anatomie patologiche ad accelerare i tempi di analisi e di risposta. Nel caso questo non sia possibile, i dati anatomico-patologici verranno inviati in un secondo momento e comunque non oltre in 60 giorni.

- Simulazione in ambito ostetrico: con deliberazione di Giunta regionale n. XII/1141 del 16 ottobre 2023 è stato previsto lo sviluppo di progetti con l'interessamento della funzione di risk management per la scelta degli scenari da rappresentare in linea con la casistica degli eventi avversi e sentinella occorsi negli ultimi anni. Il tutto è confermato dalla deliberazione di Giunta regionale n. XII/2005 del 13 marzo 2024, che dà attuazione alla suddetta deliberazione n. XII/1141/2023. Il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di comune accordo con AREU e i componenti del gruppo di lavoro regionale "Rischio in sala parto", svilupperà un progetto formativo di avvio del percorso.

Proseguono altresì **a livello regionale altri due progetti con l'Istituto superiore di sanità (ISS)** attraverso la collaborazione dei referenti del nostro punto nascita:

- 1) **"Near miss ostetrici: la cardiomiopatia, embolia polmonare, laparotomia dopo taglio cesareo o parto vaginale e l'isterectomia correlata alla gravidanza"**;
- 2) **"Sorveglianza della mortalità materna"**: progetto che prevede la segnalazione e la raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna. I casi vengono segnalati dai referenti dei punti nascita e sottoposti a indagine confidenziale da parte di un comitato regionale.

3. RISCHIO INFEZIONI

3.1 Percorsi di contenimento del rischio di contagio

Il risk management aziendale si propone anche per il 2024 di mantenere attivo, fino a che necessario e indicato dalle norme o dalle indicazioni di buona pratica, i documenti specifici aggiornati alle ultime normative a livello nazionale e alle indicazioni operative a livello regionale.

I documenti aggiornati:

- Piano organizzativo PO01COVID-19 "Regolamentazione degli accessi alle strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASST Papa Giovanni XXIII in corso di pandemia COVID-19"; TabellaPO01COVID-19 "COVID-19 Programmazione dei tamponi"; Modulo di richiesta tamponi indagini SARS-COV-2 rev03_12.09.2023)



- Istruzione operativa IODMDPSS01-COVID-19 "Gestione dei pazienti positivi a SARS-COV-2 nelle SC/SS/UA dell'ASST PG XXIII" rev.01 e relativi allegati
- Informativa "Informazione e avviso su SARS-CoV-2 e ospedalizzazione/residenzialità ai fini del consenso/rifiuto ad attività sanitarie e sociosanitarie con condivisione dell'impegno di corresponsabilità con il paziente, anche al fine di eventuali permessi di uscita in corso di ricovero ospedaliero/a scopo riabilitativo/residenzialità rev03_15.12.2023"

sono pubblicati all'interno della sezione dedicata nell'area intranet apposita e posta su ogni desktop di PC aziendale.

Il dato epidemiologico è in evoluzione e monitorato secondo quanto definito nel Piano pandemico.

Nel 2024 si prosegue l'utilizzo degli indicatori suggeriti da Regione Lombardia ai fini del monitoraggio della pandemia incluso il seguente: "Percentuale di pazienti degenti in reparti non-covid che si sono positivizzati nell'ultima settimana", che consente il monitoraggio dei casi e dei cluster, fino a differenti disposizioni.

3.2 Infezioni - Sepsi

La gestione del rischio di infezioni è coordinata nell'ambito del Comitato infezioni correlate all'assistenza e uso appropriato dei farmaci antimicrobici (CICAUAFA), del quale il risk manager aziendale è membro di diritto. Il Comitato definisce annualmente gli obiettivi, che sono monitorati durante l'anno e analizzati in due riunioni plenarie del Comitato. Per le proprie necessità operative, il Comitato si avvale di 3 gruppi operativi (Infezioni correlate all'assistenza/Igiene/Antimicrobial stewardship) e di competenze diffuse all'intero dell'Azienda.

Gli obiettivi definiti annualmente sono condivisi con la Direzione aziendale, anche in relazione alla predisposizione degli obiettivi di budget e, anche per l'anno in corso vedranno alcuni temi specifici di cui di seguito i principali condivisi con risk management.

Si allega (**allegato n. 4**) la scheda progetto "Protocollo Hand-Higiene 2024- Network Joint Commission" con l'obiettivo di implementare uno strumento di valutazione della compliance all'igiene e lavaggio delle mani degli operatori sanitari.

Nel corso del 2023 sono stati rivisti gli schemi di profilassi antibiotica peri-operatoria relativi alle SC Ortopedia e traumatologia, Cardiochirurgia e Urologia. Nel 2024 in revisione la profilassi antibiotica in chirurgia e l'attivazione del monitoraggio dell'aderenza profilassi antibiotica.

Per l'anno 2024 è stata attivata la FAD aziendale aggiornata specifica "Igiene delle mani: pietra miliare per ridurre le infezioni correlate all'assistenza" ed effettuata da tutto il personale del comparto sanitario.



In tema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) proseguirà l'attività avviata nel 2018 per tutte le strutture chirurgiche e per portare all'interno del programma nazionale SNICH2 le prime 3 strutture pilota (Cardiochirurgia, Chirurgia 1, Ortopedia e traumatologia).

Come per gli anni precedenti, per le strutture coinvolte alcuni indicatori relativi al programma di sorveglianza sono stati inseriti tra gli obiettivi di budget.

Attivata nel corso del 2023 la nuova sorveglianza della colonizzazione da *Staphylococcus aureus* per tutti i pazienti con intervento chirurgico per protesi; è inoltre stata predisposta l'Istruzione operativa di "Gestione multidisciplinare del paziente con frattura esposta".

Publicata inoltre l'Istruzione operativa "Gestione della polmonite acquisita in comunità (CAP) in ambito pediatrico", frutto di un lavoro interdisciplinare e multiprofessionale.

Nella necessità di un aggiornamento della documentazione aziendale che preveda un allineamento a quanto riportato nella letteratura scientifica per le polmoniti correlate all'uso dei ventilatori (VAP), che costituiscono un insieme di condizioni per le quali gli interventi preventivi e di individuazione precoce, oltre che di appropriatezza prescrittiva della terapia empirica e mirata, garantiscono un significativo miglioramento del loro impatto clinico-organizzativo, la SS Qualità e risk management ha collaborato attivamente alla revisione del documento VAP adulto e pediatrico; in fase di emissione e diffusione.

Nel 2023, in attesa della raccomandazione specifica predisposta dal gruppo di lavoro regionale, di cui al decreto della Direzione Generale Welfare n. 3604 del 18 marzo 2022 che aggiorna i contenuti del decreto della Direzione Generale Welfare n. 7517 del 5 agosto 2013, si era proceduto ad attivare i lavori per la revisione dei PDTA aziendali sulla sepsi adulto e pediatrico portando alla revisione della terapia empirica farmacologica e alla gestione delle emocolture per l'anno 2023.

Come condiviso all'interno del programma obiettivo 2023 sono stati revisionati i documenti "Algoritmi di terapia empirica" cod. All01PDTADM/DAPSS01SEPSI e "Farmaci antimicrobici per uso endovenoso" Tab01All02PDTADM/DAPSS01SEPSI, pubblicati nella intranet aziendale - Sezione Qualità e risk management.

Definito inoltre il documento aggiornato relativo alla gestione delle emocolture, in fase di diffusione da parte della SC SMel1 – Microbiologia e virologia.

Il decreto della Direzione Generale Welfare n. 20674 del 21 dicembre 2023 "Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto"" è pervenuto con nota in data 23 dicembre 2023:

- Linee di indirizzo sepsi adulto



- All. 1 Schemi di terapia antibiotico empirica
- All. 2 Scheda di audit

ed è stato diffuso a tutto il gruppo di lavoro.

Per il 2024 il progetto continuerà, come confermato dal Comitato, producendo dei documenti allineati con le linee di indirizzo regionali approvate con il citato decreto n. 20674 del 21 dicembre 2023.

Predisposta la PG23MQ7 “Programma di prevenzione e controllo infezioni (IPC) presso l’ASST Papa Giovanni XXIII” con la relativa analisi di rischio All01PG23MQ7 “Analisi contesto e rischio associati alle attività di prevenzione e controllo infezioni”. La procedura costituisce il framework delle attività in tema IPC dell’azienda e sarà il repository di tutte le procedure specifiche e le istruzioni operative aziendali relative al medesimo tema.

Tutte le attività previste per il 2024 nonché la relazione sull’attività svolta nel 2023 sono state oggetto di analisi e discussione del Comitato del 22 marzo 2024 alla presenza dei nuovi Direttori sanitario e socio-sanitario.

4. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI

La materia degli **atti di violenza nei confronti degli operatori** è un tema già presidiato sia dalla Raccomandazione ministeriale n. 8, sia dalla Procedura generale PG20MQ6 "Prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori".

Il gruppo di lavoro nominato con deliberazione n. 439 del 4 marzo 2021 “Costituzione del gruppo di lavoro sulla prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari” attua un approccio allo specifico rischio lavorativo tramite il coinvolgimento di tutte le strutture organizzative che presidiano funzioni e attività collegate, in modo da garantire il massimo della trasversalità e della partecipazione di tutte le competenze presenti in Azienda. Si intende consolidare presso gli operatori vittime di aggressione verbali/fisiche, la segnalazione degli eventi occorsi nel sistema di segnalazione IR, a fianco della prevista segnalazione degli infortuni nel flusso INAIL da parte del medico.

Nel corso dell’anno il gruppo di lavoro, di cui il risk management è parte integrante, si riunisce tre volte per l’analisi e la definizione di azioni da implementare. Negli incontri si condividono metodo e criteri per la valutazione del rischio aggressioni e successivamente le azioni di miglioramento a seconda del grado di esposizione al rischio. Si è inoltre scelto di approfondire il fenomeno delle aggressioni, analizzando le segnalazioni che sono pervenute all’Ufficio relazioni con il pubblico.

L’attività di reportistica si sviluppa su due livelli:



- Primo livello: report semestrale con estrazione dal sistema di IR degli eventi categorizzati/rubricati come aggressione e invio al gruppo di lavoro
- Secondo livello: report inviato al Coordinatore del gruppo di lavoro in modo puntuale di IR di eventi “Aggressione” con livello di rischio medio e/o alto.

Per quanto riguarda gli **atti di violenza nei confronti degli operatori**, anche per l’anno in corso si attuerà uno stretto monitoraggio e raccolta delle molte segnalazioni di aggressione, in special modo inerenti le aree di pronto soccorso, aree psichiatriche e Sanità penitenziaria con lo scopo di vagliare soluzioni per il contenimento della violenza nel corso di incontri specifici.

In ambito Sanità penitenziaria, a seguito di un audit c/o la Casa circondariale di Bergamo effettuato nel 2023 su analisi di segnalazioni IR pervenute, al quale è seguito un incontro di approfondimento con la Direzione dell’Istituto, si sono pianificate azioni di contenimento del rischio di aggressione del personale sanitario e l’aggiornamento delle procedure in essere per la gestione di temi specifici. In particolare è stato ripristinato il gruppo di lavoro interprofessionale ASST Papa Giovanni XXIII (componente medica, infermieristica, psicologia, ecc.) e Amministrazione penitenziaria (vedere punto 2.4).

Tale attività proseguirà per tutto l’anno in corso.

In ambito del Dipartimento cure primarie a tema atti di violenza nei confronti degli operatori vedere cap. 1.7.

Il risk management ha gestito i lavori di analisi e approfondimento relativi alla deliberazione di Giunta regionale n. XI/6902 del 5 settembre 2022 a oggetto “Determinazioni in merito all’organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del pronto soccorso” e ha redatto la relazione di risposta trasmessa alla Direzione Generale Welfare con nota prot. n. 64004 del 14 ottobre 2022.

Nel 2023 è pervenuta la richiesta dei dati sugli atti di violenza su operatori (nota prot. n. G1.2023.0029227 del 24 luglio 2023) per il periodo anno 2022 e nel primo semestre 2023, cui è stato dato riscontro con nota prot. n. 52340 dell’11 agosto 2022.

Con nota prot. n. 2794 del 15 gennaio 2024 è stato ottemperato alla richiesta di trasmissione dei dati relativi agli episodi di violenza commessi sugli operatori nel secondo semestre 2023 pervenuta con nota prot. n. G1.2023.0049715 del 12 dicembre 2023.

Il Risk management coordinerà, come per il 2023, con la SS Servizio prevenzione e protezione la compilazione della “Survey: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del SSR lombardo (l.r. n. 15/2020)”.



Continua l'adesione e collaborazione al progetto "Rischio stress lavoro-correlato" con la SS Servizio di prevenzione e protezione. L'obiettivo ha prodotto una valutazione preliminare oggettiva e una valutazione approfondita della percezione soggettiva dello stress lavoro-correlato secondo metodologia INAIL 2022 "Modulo contestualizzazione al settore sanitario" per la quale sono in corso gli adempimenti consequenziali.

5. GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM)

A seguito dell'applicazione in via sperimentale del modello HERM nel biennio 2022 e 2023 in sette strutture "pilota", con decreto Direzione Generale Welfare n. 20638 del 21 dicembre 2023, sono state approvate le "Linee di riferimento per l'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) – Gestione integrata del rischio nel sistema sociosanitario della Lombardia".

Il risk manager, nell'applicazione del modello, ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/strutture operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata, supportando così il Comitato di gestione del rischio aziendale nell'intraprendere le azioni di competenza.

Le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello HERM sui processi già analizzati dalle strutture pilota e, per promuovere tale implementazione, i risk manager saranno invitati a partecipare a specifici momenti formativi per i quali sarà data comunicazione nel corso dell'anno.

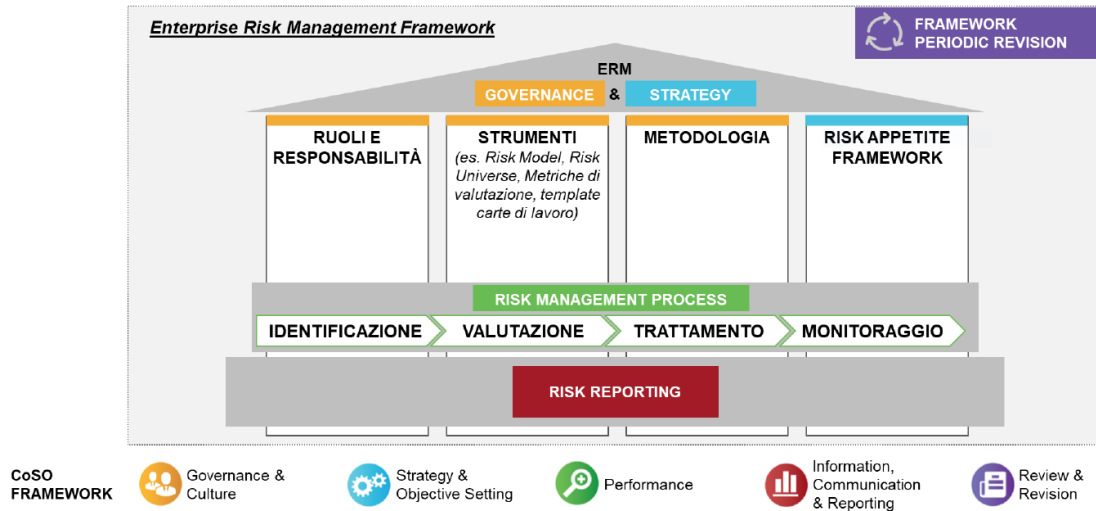
I macro-processi attualmente disponibili, sui quali si chiede di applicare il modello HERM secondo i modelli predisposti dalle strutture pilota, adattandoli ai propri contesti operativi di appartenenza, sono i seguenti (in grassetto i tre selezionati dall'ASST):

- **Ricerca scientifica e sperimentazioni cliniche**
- Medicina preventiva di comunità – Screening
- Bilancio e rendicontazione
- **Gestione acquisti (Provveditorato-economato)**
- Sistemi informativi aziendali
- **Ufficio relazioni con il pubblico**
- Farmacia

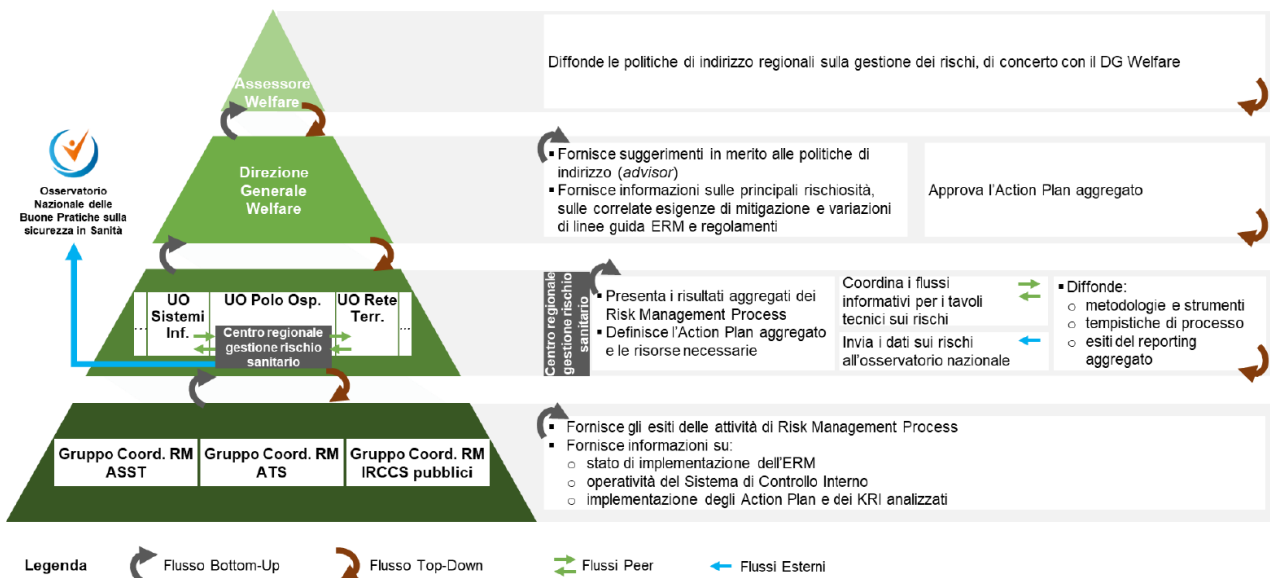
- Ingegneria clinica aziendale

Il Framework HERM

Il Framework HERM è allineato agli standard CoSO ed è strutturato in tre macro componenti: ERM Governance & Strategy, Risk Management Process e Risk Reporting.



Attori e flussi informativi

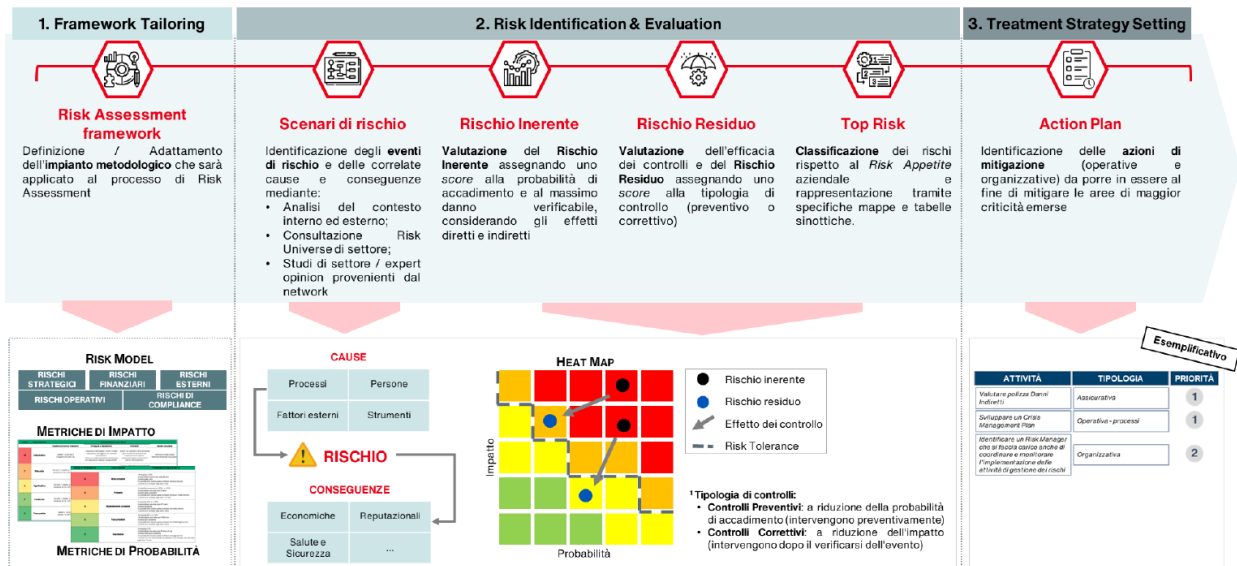


Risk Model

RISCHI CLINICO-SANITARI		RISCHI ESTERNI	RISCHI FINANZIARI	RISCHI STRATEGICI	RISCHI OPERATIVI	RISCHI DI CONFORMITÀ (COMPLIANCE)
Anestesiologico	Identificazione del paziente	Contesto socio-economico nazionale e regionale	Contabilità e reporting finanziario	Comunicazione e relazioni istituzionali	Attività, processi e procedure	Anticorruzione
Assistenziale	Infezioni correlate all'assistenza		Erariale patrimoniale	Governance	Asset infrastrutturali e tecnologia	Gestione apparecchiature sanitarie
Atti di autolesione e tentativi di suicidio	Ostetrico e neonatale, inclusi i trigger	Eventi naturali e accidentali			Fiscale	Business Continuity
Caduta	Prevenzione		Evoluzione del contesto normativo	Liquidità e credito		Comunicazione e relazioni
Chirurgico	Sperimentazioni cliniche	Gestione Terze Parti			Tassi d'interesse	Continuità e coordinamento percorsi assistenziali
Diagnostico	Terapeutico		Illeciti esterni	Sistema di Controllo Interno		Edifici e spazi comuni
Gestione / redazione documenti	Trasfusionale	Sicurezza informatica				Salute, sicurezza e ambientale

Le fasi di progetto

La metodologia sviluppata per l'attività di **Enterprise Risk Assessment** è disegnata sulla base delle best practice di settore e progressivamente integrata con il contributo delle esperienze maturate negli anni in progetti di consulenza in ambito Enterprise Risk Management





Il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente fornirà il materiale necessario e ha individuato specifici momenti formativi/informativi per lo sviluppo del progetto HERM applicato alle ASST (17 e 18 aprile 2024).

6. SISTEMA DI MONITORAGGIO

6.1 Eventi sentinella

Gli **eventi sentinella segnalati** nel sistema di IR di cui l'Azienda viene a conoscenza, vengono segnalati nel sistema SIMES e analizzati mediante "Root Cause Analysis" (RCA). Le azioni correttive individuate in sede di RCA sono oggetto di verifica di efficacia.

6.2 Trigger materni-fetali (flusso CedAP)

Si faccia riferimento al punto 2 del presente piano.

7. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RTC/RCO

7.1 Ascolto e mediazione dei conflitti

All'interno dell'ASST si prosegue l'attività di ascolto e mediazione dei conflitti come da prassi ormai consolidata.

Si continua con la promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori se necessario per comporre l'équipe di ascolto e mediazione dei conflitti.

A tal fine con decreto Direzione Generale Welfare n. 20 dell'8 gennaio 2024 è stato ricostituito il gruppo di lavoro regionale che promuoverà attività per rinforzare la rete dei mediatori a cui l'Azienda partecipa la responsabile URP come referente regionale.

7.2 Sistema per la Gestione digitale dei sinistri

Anche nel 2024, l'ASST continuerà, quale azienda "pilota", per l'inserimento dei sinistri, l'utilizzo del sistema sviluppato nel 2017 con la collaborazione di Lombardia Informatica (GeDiSS).

8. INFORMAZIONI AI PAZIENTI A CAREGIVERS E A CITTADINI

Si intende proseguire, tramite l'ausilio di comunicazioni specifiche mirate, l'attività di informazione ai cittadini attraverso l'aggiornamento costante del sito internet aziendale e della pagina Facebook, ritenuto un vero e proprio canale di customer, utile per informare i cittadini su eventuali variazioni od integrazioni



relative ai servizi erogati (CUP, vaccinazioni, corsi di accompagnamento alla nascita, assistenza ai pazienti, ecc.), sulle visite ambulatoriali e prestazionali, sui comportamenti da adottare.

Le comunicazioni specifiche sono implementate in tempo reale anche da variazioni imputate all'evolversi del periodo pandemico con relative direttive sui comportamenti da adottare per il contenimento del rischio contagio e rientrano anche in un capitolo specifico del piano pandemico aziendale.

9. NETWORK ED EVENTI FORMATIVI

Nel 2024 è stato pianificato il corso “Risk Based Thinking: Modelli operativi per la gestione del rischio” nel quale verranno esplicitati i rischi e le opportunità nei sistemi di gestione, le norme di riferimento e il “Risk Based Thinking” permeante l'attività di valutazione per un approccio proattivo alle criticità e un'efficace risposta ai cambiamenti.

Altri eventi formativi improntati per l'anno in corso sono:

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale riconoscimento e intercettazione segnali di potenziale rischio comportamenti suicidari e implementazione di azioni protettive: formazione residenziale agli operatori delle strutture coinvolte maggiormente e produzione di una pagina informativa rivolta a tutti i professionisti
- Gestione ospedaliera di persone esposte a irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione a eventuali emergenze radiologiche (PSp01PG15MQ6): formazione residenziale in collaborazione con gli attori principali
- Sicurezza del farmaco: formazione residenziale in collaborazione con Farmacia
- Formazione per il consolidamento/diffusione e informazione sulla cultura della sicurezza, che si svolgerà in continuo sia in Strutture sia in ambiti specifici (sicurezza del farmaco, personale neoassunto, interventi formativi/informativi specifici in strutture aziendali, ...).
- Formazione in ambito di Dipartimento di medicina “La gestione del rischio clinico nel processo assistenziale” in tre edizioni per approfondire le raccomandazioni ministeriali in merito alla prevenzione/gestione del rischio nell'ambito assistenziale.
- Si è confermata l'adesione alla partecipazione al Joint Commission Italian Network che vede, tra le altre attività la diffusione a tutto il personale di webinar in tema di sicurezza e qualità delle cure; il primo webinar tenutosi in data 23 febbraio a tema “Violenza sugli operatori: quali strumenti a disposizione delle aziende” ha visto l'adesione di molti professionisti afferenti all'ASST.



Inoltre, il risk management parteciperà alla formazione e sviluppo dei temi relativi alla “Formazione ICA Lombardia - PNRR – M6C2 2.2 B – Indicazioni operative” (nota prot. n. G1.2024.0010925 del 25 marzo 2024).

L'elenco degli eventi sarà oggetto di dettaglio nel documento di rendicontazione PARM.

9.1 Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione

Nel 2024 si intende riproporre il corso di formazione residenziale (8 ore) “**La gestione delle relazioni e della documentazione clinica nel caso di evento avverso – Strumenti per il professionista sanitario**”, condotto da esperti della materia interni all’ASST. Il corso intende riproporre gli obiettivi:

1. acquisire competenze tese alla gestione della comunicazione con la persona assistita nel processo di cura e nell’evenienza di un evento avverso in linea con le indicazioni diffuse dal Ministero della sSalute nel 2011 (Ministero della salute. Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità. Giugno 2011)
2. consolidare le conoscenze per la corretta gestione della documentazione sanitaria al fine di migliorare la tracciabilità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale della persona assistita, indispensabile per il contenimento del rischio clinico e del rischio assicurativo.

10. TRASPARENZA DEI DATI

In ottemperanza alla l. n. 24/2017 – all’art. 2 e all’art. 4 – è pubblicata sul sito internet dell’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, la relazione annuale consuntiva sulla “Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente” per l’anno 2023 al seguente link: <https://www.asst-pg23.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/adempimenti-ai-sensi-ln-242017>.

11. GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT

Anche per il 2024 sono previste giornate a carattere nazionale e internazionale dedicate a temi di sicurezza delle cure.

Il risk manager attiva iniziative progettuali e di comunicazioni nel proprio contesto aziendale e territoriale, con comunicazione a Regione Lombardia (mail rischiosanita@regione.lombardia.it):

- 12 marzo Giornata sull'educazione e prevenzione contro la violenza su operatori sanitari
- 5 maggio Giornata mondiale dell'igiene delle mani
- 13 settembre Giornata mondiale per la lotta alla sepsi



- 17 settembre Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita.

12. INFORMAZIONI AL PERSONALE

La trasmissione delle informazioni al personale avviene principalmente attraverso questi canali:

- APP specifica aziendale per dispositivi mobili (che ha sostituito la newsletter mensile)
- Annunci tramite email aziendali
- «Minisito COVID-19».

L'APP specifica aziendale per dispositivi mobili dedicata agli operatori dell'azienda è disponibile dal dicembre 2023 e, rispetto ai canali di comunicazione classici, ha il vantaggio di poter raggiungere, potenzialmente in tempo reale, tutti gli operatori, indipendentemente da alcune variabili/vincoli quali:

- avere o meno un indirizzo di posta elettronica aziendale
- avere o meno accesso ad un pc aziendale
- essere o meno presenti fisicamente in azienda.



13. ALLEGATI

- ✓ Allegato 1: Progetto “Attività di risk management - Cure primarie”
- ✓ Allegato 2: Progetto “Patient Blood Management”
- ✓ Allegato 3: Progetto “Triage ostetrico telefonico”
- ✓ Allegato 4: Progetto “Protocollo Hand-Higiene 2024- Network Joint Commission”

Redazione

dr.ssa Sara Locatelli

Verifica

CI Luigi Daleffe

Il Risk Manager
dott. Gabriele Pagani

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST	ASST 'PAPA GIOVANNI XXIII' Piazza OMS, 1, 24127 Bergamo		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dir. Dr Gabriele Pagani		
1. Titolo del Progetto	Attività di Risk Management - Cure Primarie		
2. Motivazione della scelta	criticità evidenziate da parte dei MMG e PLS e dal Direttore SC Cure primarie (episodi di violenza a danno dell'operatore), attuazione regole di sistema 2024 e LLOO Risk management Regione Lombardia anno 2024		
3. Area di RISCHIO	rischio in ambito territoriale		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito ove verrà attuato il progetto:	Struttura Complessa Cure primarie		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Percorso di definizione degli elementi di evidenza dei requisiti inerenti alla sicurezza e alla qualità delle cure. Obiettivo di evidenziare possibili ambiti di criticità e conseguentemente di facilitare azioni di miglioramento attraverso l'implementazione di strumenti di Risk Management quali gestione eventi inattesi ed Incident Reporting, gestione sicura del farmaco, violenza a danno degli operatori. Garantire strumenti sovrapponibili per la gestione del rischio sanitario con particolare riguardo alle segnalazioni di Incident Reporting nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza da parte dei professionisti sanitari e socio-sanitari.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Presenza degli stessi strumenti per la gestione del rischio sanitario con particolare riguardo alle segnalazioni di Incident Reporting nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza da parte degli operatori sanitari e sociosanitari		
9. Strumenti e metodi	Ricognizione della situazione attuale, analisi del rischio e del contesto con piano di miglioramento ed implementazione, informazione e formazione del personale sanitario e sociosanitario, implementazione sistema di segnalazione di incident reporting		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	informazione e formazione del personale sanitario e sociosanitario	erogazione corsi	
	analisi del rischio e del contesto con piano di miglioramento ed implementazione	presente analisi del rischio e del contesto con piano di miglioramento ed implementazione	
	implementazione sistema di segnalazione di incident reporting	presente sistema di segnalazione	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST	ASST 'PAPA GIOVANNI XXIII' Piazza OMS, 1, 24127 Bergamo		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dir. Dr Gabriele Pagani		
1. Titolo del Progetto	Patient Blood Management		
2. Motivazione della scelta	Raccomandazione Ministeriale n. 5 'La prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO'		
3. Area di RISCHIO	rischio trasfusionale		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito ove verrà attuato il progetto:	chirurgia maggiore d'elezione ortopedica		
5. Nuovo/Proseguimento	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	<p>Per Patient Blood Management (PBM) si intende un programma multimodale, multidisciplinare, multiprofessionale, centrato sul paziente, che si occupa della ottimizzazione della risorsa sangue del paziente (identificazione e gestione di: sideropenia, anemia, coagulopatia, sanguinamento) con l'obiettivo di:</p> <p>1) migliorare l'outcome clinico dei pazienti; 2) migliorare la gestione della risorsa sangue (in particolare prevenire la trasfusione evitabile); 3) contenere la spesa sanitaria.</p> <p>Il PBM è stato inizialmente sviluppato per il paziente chirurgico ma è applicabile anche in ambito medico e ostetrico. Implementazione di un programma di PBM per i pazienti candidati a chirurgia maggiore elettiva ortopedica</p>		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	<p>Risultati attesi</p> <p>Per i pazienti sottoposti a chirurgia maggiore elettiva ortopedica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • minore incidenza di eventi avversi (cardiovascolari, renali, infettivi) • minore ricorso alle trasfusioni di emocomponenti • minore durata della degenza ospedaliera 		
9. Strumenti e metodi	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi di contesto: analisi delle caratteristiche della popolazione oggetto del progetto (pazienti candidati a chirurgia maggiore elettiva ortopedica che accedono alla valutazione preoperatoria): emoglobina alla visita preoperatoria, numero di unità emocomponenti trasfusi intra e post-intervento, terapia marziale effettuata, incidenza eventi avversi (cardiovascolari, renali, infettivi), durata degenza, livello di emoglobina alla dimissione • Definizione del percorso per il trattamento marziale pre- e post-operatorio dell'anemia sideropenica dei pazienti candidati e sottoposti a chirurgia maggiore elettiva ortopedica, anche mediante l'integrazione con il territorio (case di comunità) e utilizzo di tecnologie di telemedicina • Analisi esplorativa per l'identificazione di uno strumento informatico per il monitoraggio del programma di PBM ed eventuale studio di fattibilità • Formazione degli stakeholders 		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Effettuazione analisi di contesto	Analisi di contesto presente	
	Definizione del percorso	Percorso definito e tracciato	
	Effettuazione dell'analisi esplorativa per l'identificazione di uno strumento informatico	Identificazione strumento informatico e sue caratteristiche corrispondenti all'analisi esplorativa	
	Effettuazione della formazione	Piano formativo definito	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST	Papa Giovanni XXIII Piazza OMS 1 Bergamo		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dir. Dr G. Pagani		
1. Titolo del Progetto	Triage Ostetrico Ginecologico		
2. Motivazione della scelta	indicare le analisi ed i dati alla base della scelta (criticità, eventi sentinella, sinistri, ...)		
3. Area di RISCHIO	AREA Travaglio/Parto		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito ove verrà attuato il progetto:	Il Triage Ostetrico Telefonico si applica 7/7 giorni, 24/24 ore, presso tutte le aree di assistenza del PS Ostetrico Ginecologico e del Blocco Parto dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII, ed è rivolto a tutte le donne che accedono al percorso del BASSO RISCHIO OSTETRICO attraverso la valutazione dei Criteri di Attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Si rende necessaria l'implementazione di una care in fase latente del travaglio e di un corretto timing del ricovero alle donne che si rivolgono al punto nascita dell'ASST Papa Giovanni XXIII per l'evento nascita. L'attuazione di un servizio di triage ostetrico telefonico favorisce l'implementazione di un'appropriata assistenza ostetrica alla fase latente del primo stadio del travaglio per tutte le donne secondo il loro profilo di rischio		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	1) Riduzione dei ricoveri in fase latente del primo stadio del travaglio in donne con gravidanza fisiologica; 2) Riduzione di ansia, stress e insicurezza delle donne in fase latente; 3) Presa in carico della donna con continuità durante la fase latente del travaglio, fino al parto da parte del Punto Nascita prescelto; 4) Elaborazione ed utilizzo della Scheda Triage Ostetrico Telefonico – Progetto TOT come documentazione sanitaria per il triage telefonico; 5) Monitoraggio e valutazione dell'efficacia degli interventi messi in atto.		
9. Strumenti e metodi	Fasi e strumenti: a) Ricezione telefonate linea dedicata al Triage Ostetrico Telefonico b) Raccolta Dati anagrafici e Accertamento Ostetrico Intervista Telefonica, con valutazione dei criteri di attribuzione del modello assistenziale ostetrico (Scheda TOT) c) Presa in carico in autonomia e proseguimento della Scheda TOT (fino a tre telefonate): - Accertamento ostetrico MAF, ACU, perdite vaginali e benessere emotivo - Pianificazione e Attuazione Clinico-Assistenziale ostetrica in relazione alle proposte dell'Ostetrica e alle scelte della donna d) Presa in carico del medico specialista presso il punto nascita se previsto nei criteri di attribuzione del modello assistenziale ostetrico (Scheda TOT) e) Valutazione ostetrica in PS ostetrico f) Osservazione temporanea / Ricovero g) Informazione a persona assistita / persona di riferimento		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Riduzione dei ricoveri in fase latente del primo stadio del travaglio in donne con gravidanza fisiologica	Numero dei ricoveri a basso rischio ostetrico in fase attiva di travaglio/ numero di schede compilate	valore atteso 80%

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST	ASST 'PAPA GIOVANNI XXIII' Piazza OMS, 1, 24127 Bergamo		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dir. Dr Gabriele Pagani		
1. Titolo del Progetto	Protocollo Hand-Higiene 2024- Network Joint Commission Italia		
2. Motivazione della scelta	Creare un benchmark tra le organizzazioni o all'interno della stessa organizzazione al fine di definire e costruire processi di miglioramento fondati su dati robusti sia intra che inter-aziendali. are		
3. Area di RISCHIO	INFEZIONI-SEPSI		
se ALTRO, specificare:	GdL: Comitato Infezioni, Unità Prevenzione e Controllo Infezioni, DM, DAPSS, Qualità e Risk Management		
4. Ambito Aziendale ove verrà attuato il progetto:	<p>Un sistema di categorizzazione delle Strutture di osservazione che tiene conto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Media del numero dei posti letto occupati delle strutture assistenziali; - Numero e tipologia degli operatori afferenti alle diverse strutture. <p>Inoltre è predisposto un sistema di randomizzazione delle strutture di osservazione che potrebbe eventualmente tenere conto anche di altre variabili individuate in accordo con i referenti infezioni e gli esperti nel settore.</p>		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Implementazione di uno strumento di valutazione della compliance all'igiene e lavaggio delle mani degli Operatori Sanitari		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	I risultati delle osservazioni e le loro rielaborazioni strutturati in report verranno utilizzate per l'individuazione delle criticità e l'eventuale implementazione di programmi di formazione ed inserimento di obiettivi aziendali specifici per il 2024/2025. Feedback alle strutture osservate sia tramite invio del report entro 30 giorni, sia tramite incontro con il GdL per analisi costruttiva dei risultati e proposte di piani di miglioramento attinenti.		
9. Strumenti e metodi	<p>Strumenti: Scheda OMS rilevazione osservazioni, data base ad hoc, file invio dati</p> <p>Metodi: 1. Programmazione delle rilevazioni 2. Raccolta dei dati 3. Data entry 4. Invio dei dati 5. Utilizzo interno</p>		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Raccolta ossevazioni	210 Ossevazioni mensili (per 4 mesi)	
	Analisi e diffusione dati	Restituzione dato entro 30 giorni dalle osservazioni	
	Analisi e diffusione dati	Analisi costruttiva dei risultati e proposte di piani di miglioramento attinenti con Referenti Infezioni, Coordinatori e Direttori di ogni struttura	

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 571/2024)

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2024

SC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 23/04/2024

Il Direttore

Dr. / Dr.ssa Vitalini Mariagiulia

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.571/2024

ad oggetto:

APPROVAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2024

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Vecchi Gianluca
Note:	
DIRETTORE SANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Moreno Mauro
Note:	
DIRETTORE SOCIOSANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Cesa Simonetta
Note:	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Publicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
