

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO****Rendicontazione Piano Annuale di Risk Management anno 2024****Indice:**

Premessa.....	2
1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO	3
1.1 Il sistema di segnalazione degli <i>incident</i> , dei <i>near miss</i> , degli eventi avversi e degli eventi sentinella	3
1.2 Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	8
1.3 Implementazione di attività mirate alla gestione della Crisi e Continuità Operativa.	10
1.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in differenti ambiti	12
1.4.1 Implementazione gestione del rischio clinico in Pronto Soccorso	12
1.4.2 Implementazione gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari	12
1.4.3 Implementazione gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci.....	13
1.4.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in sala operatoria	14
1.4.5 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico ambito territoriale e sociosanitario.....	15
1.4.6 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito del rischio nutrizionale	17
1.4.7 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito diagnostico e nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti.....	17
1.4.8 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito Servizio di Medicina Legale	18
1.5 Raccomandazioni ministeriali	18
2. RISCHIO IN AREA OSTETRICA E PERINATALE.....	21
3. RISCHIO INFEZIONI	24
3.1 Percorsi di contenimento del rischio di contagio.....	24
3.2 Infezioni - Sepsi.....	24
4. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI.....	26
5. GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM).....	29
6. SISTEMA DI MONITORAGGIO	33
6.1 Indicatori generali.....	33



6.2 Eventi sentinella.....	35
6.3 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP).....	36
7. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RTC/RCO.....	36
7.1 Ascolto e mediazione dei conflitti.....	36
7.2 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2024.....	36
7.3 Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri.....	37
8. INFORMAZIONI AI PAZIENTI A CAREGIVERS E A CITTADINI.....	38
9. EVENTI FORMATIVI E NETWORK.....	39
9.1 Formazione.....	39
9.2 Formazione Regione Lombardia e Network.....	40
9.1 Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione.....	41
10. TRASPARENZA DEI DATI.....	41
11. GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT.....	42
12. INFORMAZIONI AL PERSONALE.....	42
13. ALLEGATI.....	43

Premessa

Per il 2024, in linea con le indicazioni di Regione Lombardia, le attività di Gestione del Rischio dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale “Papa Giovanni XXIII” si sono orientate alla sicurezza e qualità delle cure integrandosi con il Piano di Miglioramento dell’Organizzazione ed in accordo con il comitato aziendale per la gestione del Rischio e la sicurezza del paziente.

Nel presente 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 DGR n.1827 del 31/01/2024 ‘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”, Protocollo G1.2024.0005201 del 13/02/2024 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. Sulla base anche delle indicazioni che il Centro Regionale per la Gestione



del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente fornisce, le iniziative in tema di risk management risultano allineate agli standard contenuti dal WHO Global Safety Action Plan 2021-2030.

Con Delibera n. 556 del 24/04/2024 è stato approvato il “Piano Aziendale di Risk Management- anno 2024” inviato alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia con nota prot. n. 29083/24 del 30 aprile 2024.

Inoltre:

-DGR n. XII/3234 del 21 ottobre 2024 a oggetto “Aggiornamento del Piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022- 2024 dell’Azienda sociosanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII”; conseguentemente, dal 21 ottobre u.s. il POAS allegato al provvedimento n. 1317 del 22 settembre 2022 è modificato nei termini di cui alla proposta approvata con deliberazione n. 1098 del 2 agosto 2024.

-Deliberazione aziendale n. 89 del 31/01/2024 – approvazione del “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO 2024–2026” validato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni in data 28 gennaio 2024).

1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

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

Nel corso dell’anno 2024 le segnalazioni effettuate dal personale dell’azienda sulla piattaforma di *Incident Reporting* (IR) aziendale sono numerose e si conferma il trend di stabilità dei due anni precedenti (+ 400 segnalazioni).

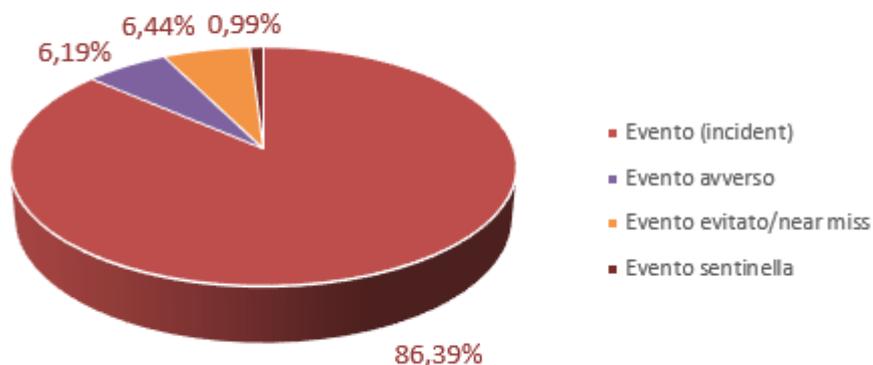
Questo fenomeno ha consentito al Risk Management di attivare analisi specifiche per eventi di media/altra gravità e riflessioni interne alle Strutture effettuate in modo più autonomo. Si riconferma che questi risultati positivi sono anche il frutto di vari eventi formativi e di sensibilizzazione effettuati al personale rispetto all’importanza della segnalazione e delle tematiche proprie del rischio clinico.

Sono state inserite nel sistema informatizzato di IR oltre 400 segnalazioni a seguito delle quali sono state sviluppate analisi secondo la gravità dell’evento segnalato; molte segnalazioni fanno riferimento alla tematica iperafflusso in Pronto Soccorso per le quali, si mantiene l’analisi ed il confronto con i responsabili e le funzioni aziendali interessate.

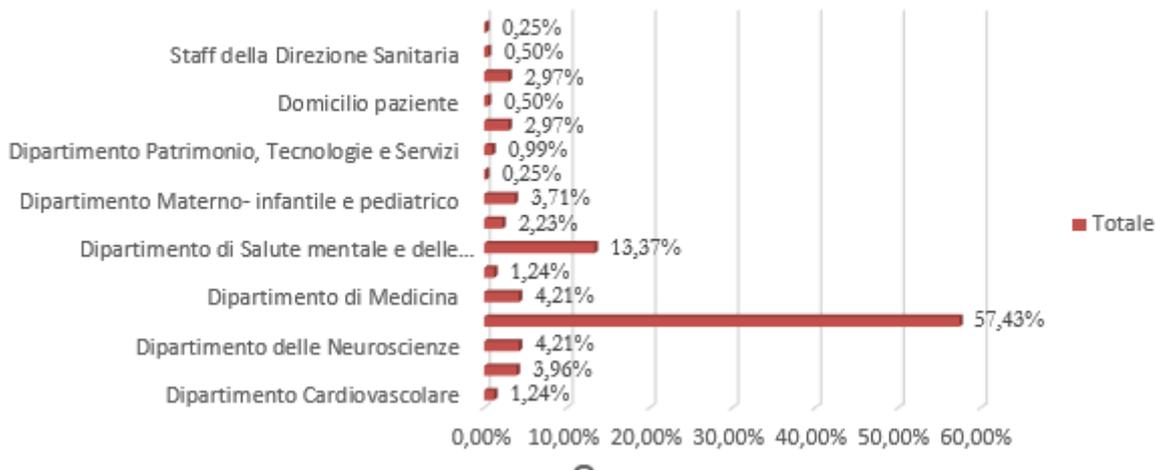
Le segnalazioni si sono stratificate come nelle figure sottostanti:



Tipologia Eventi segnalati in IR



Distribuzione delle segnalazioni per dipartimento



Per tale ragione si intende proseguire nella diffusione della cultura della 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 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.

Nell'anno 2024 Regione Lombardia, Welfare e Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente hanno sviluppato la Piattaforma HERM Lomb (Healthcare Enterprise Risk Management Lombardia, Missione 6 PNRR - COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2. B).

La Piattaforma applicativa unica consente la gestione delle segnalazioni di *incident reporting* e la gestione dei processi di risk management in Sanità, nelle strutture sanitarie della Regione Lombardia nell'ambito delle attività del Centro Regionale per la Gestione del Rischio sanitario e sicurezza del paziente.

È dotata di un Cruscotto centrale regionale per il monitoraggio, l'analisi ed il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

L'applicativo in oggetto sarà utilizzato da tutte le Aziende lombarde ed andrà a sostituire l'attuale applicativo aziendale di segnalazione di *Incident Reporting* (IR) presente su tutti i desktop aziendali (DGR N° XII/86 DEL 03/04/2023- PNRR-M6C2 2.2 B- Applicativo HERM Lomb).

Il link per accedere è:

<https://operatorisiss.servizirl.it/herm/>

La piattaforma nasce per la completa digitalizzazione dei processi di:

- *Incident Reporting*: Rilevazione e segnalazione spontanea e volontaria di eventi avversi o situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e utenti.
- Gestione reattiva di Risk Management: Attuazione di azioni correttive conseguenti la presa in carico di segnalazioni di *Incident Reporting*.
- Gestione proattiva di Risk Management: Attuazione di azioni preventive volte a prevenire o ridurre al minimo gli errori della pratica clinica.
- Audit e Gestione checklist: Gestione degli audit secondo il modello ISO:19011, adattabile tra audit di terza parte e audit di seconda parte.
- Audit clinici ed organizzativi: Gestione degli audit eseguiti all'interno degli Enti sanitari, per implementare una revisione regolare e sistematica delle pratiche cliniche e della propria organizzazione interna.
- Reportistica: Monitoraggio dei dati relativi alle segnalazioni, alle azioni correttive e preventive, e ai dati correlati alle attività di audit.



Come diffuso da Regione Lombardia attraverso la Nota Regionale del 26/11/2024 n.0044725 (Protocollo G1.2024.0044725 del 26/11/2024) sulla piattaforma sono o saranno gradualmente disponibili:

- la funzionalità per l'esecuzione delle segnalazioni di *Incident Reporting*, tra cui: • Evento avverso • Near miss • Near miss trasfusionale • Cadute accidentali • Eventi sentinella • Infezioni correlate all'assistenza
- Agiti violenti a danno di operatori,
- la funzionalità per la gestione degli Audit: • Programmazione di Audit • Pianificazione di Audit • Esecuzione di Audit • Configurazione di Audit.

La Piattaforma è stata rilasciata il 25 novembre, a partire da tale data, tutti i dati inseriti dagli utenti sono considerati definitivi e archiviati nell'applicativo.

Come anticipato da funzionario regionale competente: “[...] l'utilizzo dell'applicativo all'interno delle diverse strutture, è lasciato in capo ai Risk Manager che possono pianificare con quali tempi diffonderlo e renderlo sempre più accessibile a tutti gli operatori salvaguardando, come anticipato in precedenti note diffuse alla Direzione, le segnalazioni di agiti aggressivi.”

Le segnalazioni di agiti aggressivi verso gli operatori vengono inserite dal 1 novembre dallo staff Risk management.

Le differenti modalità di accesso alla piattaforma comportano necessariamente una fase transitoria ed una formazione congrua al personale, al fine di salvaguardare la funzione di IR e garantire la non interruzione del servizio; il suo utilizzo è previsto nel corso dell'anno 2025.

Il Ministero della Salute, a partire dal 2005, ha avviato un protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella poiché essi rappresentano eventi avversi di particolare gravità.

Il Protocollo è stato modificato ed integrato negli anni fino ad essere formalizzato nel 2009 con il Decreto dell'11 Dicembre che istituisce il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Periodicamente viene elaborato un rapporto che rende disponibili le informazioni sugli eventi sentinella, con lo scopo di condividere le informazioni raccolte e mantenere alta l'attenzione in modo costante sulla problematica.

A seguito dell'aggiornamento da parte del Ministero della Salute nel luglio 2024 del “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”, si è posta la necessità di aggiornare anche l'istruzione IO 02Psp01PG25MQ7 dedicata che, con nota di diffusione e pubblicazione ad ottobre nella intranet aziendale, è stata resa operativa a partire dal 17 Ottobre 2025.



Si sottolinea come sia stato rivisto ed integrato l'elenco di Eventi Sentinella, di cui a seguire la lista aggiornata (in grassetto ES di nuova introduzione):

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato.
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte).
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto.
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure.
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis.
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza.
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite.
9. Morte o grave danno per caduta di paziente.
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.
11. Violenza su paziente.
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore.
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.
- 15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico.**
- 16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere.**
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali.
- 18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione.**
- 19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti.**



20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche.
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica.
22. Errore in chemioterapia.
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

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

Per il 2024 si è effettuata l'attualizzazione e definizione di percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) e procedure generali, 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 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”.

Di seguito PDTA ed 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” Rev.01.
- “La Contenzione meccanica in psichiatria” (vedere di seguito).
- “Gestione dell'agitazione psicomotoria nell'adulto e in età evolutiva” (vedere di seguito).
- PDTA “Gestione dell'ictus ischemico in fase acuta”.
- “Gestione degli eventi sentinella” (vedere punto 1.1).
- “Predisposizione e gestione di una sala operatoria per le procedure chirurgiche con laser di classe 3B & 4” in condivisione con la Fisica Sanitaria.
- “Gestione dei comportamenti auto-eterolesivi messi in atto da parte del detenuto degente all'interno del reparto detentivo (camera blindata) della ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo” (vedere di seguito).

Di seguito documenti in fase di redazione/revisione:

- “Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF)” (vedere cap. 1.3),



- “Gestione dell’emergenza-urgenza sanitaria e del primo soccorso aziendale” ASST Papa Giovanni XXIII°
 - o Proseguita azione di monitoraggio e supporto a Strutture e Servizi Ospedalieri e Territoriali pari tematica di concerto con Anestesia e Rianimazione IV
 - o Spostamento di locazione ove richiesto dei carrelli di emergenza.
 - o Allestimento e acquisizione ove indicato di nuovi carrelli di emergenza e/o borse da trasporto.
 - o Informazioni circa il corretto stivaggio e contrassegno dei farmaci e dispositivi medico chirurgici connessi.
 - o Reportistica a vigilanza in merito ad interventi dell’emergenza intra-aziendale (numero specifico: 7118) espletati nel 2024.

Il risk manager ha coordinato anche per il 2024 il monitoraggio tramite l’implementazione della “Checklist di verifica sull’applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), nei reparti di neuropsichiatria dell’infanzia e della adolescenza (NPIA) e nelle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza” (protocollo numero G1.2024.0033829 del 05/09/2024), con riferimento al protocollo numero G1.2023.0035844 del 13/09/2023. Effettuato audit organizzativo coordinato da risk manager in data 14 ottobre 2024 alla presenza del Direttore di Dipartimento di Salute Mentale, Direttore di SPDC e Direttore NPIA, Psicologo DSM/SPDC, Coordinatori infermieristici di SPDC e NPIA, Responsabile Dipartimento Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali Salute mentale e inserita la check list compilata sul portale PrIMO in data 28 ottobre 2024.

Dall’implementazione di tale strumento, ormai operativa da alcuni anni, nel corso dell’analisi effettuata nell’anno 2023 è emersa la necessità di apportare una nuova revisione alla procedura in atto ‘La Contenzione meccanica in Psichiatria’ cod. PSp04SPDCcontenzioniPG7MQ7, nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, ai fini di introdurre una serie di azioni correttive quali la definizione di:

- La scheda di prescrizione della contenzione meccanica.
- La scheda di prosecuzione della contenzione meccanica.
- la scala di valutazione del rischio aggressivo: Broset Violence Checklist- Ita (BVC- Ita).
- la scala di valutazione della gravità dell’evento (OAS Scale).
- la 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'attuazione della messa in campo della procedura PG16MQ7 'Gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria e del primo soccorso aziendale' con attività di informazione, supporto, consulenza.

Dall'analisi degli indicatori raccolti nell'anno 2022 e 2023 e con il contributo dell'analisi susseguente all'audit di UNITÀ DI FASE I, si è proposta in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza intra ed extraospedaliero e del Gruppo di Lavoro multidisciplinare ed interdisciplinare, una revisione di tale Procedura generale. L'esito di tale lavoro è stato quello di contestualizzare il piano di implementazione e di miglioramento improntato all'emissione di un documento specifico validato e diffuso: "PSP02PG8MQ7, revisione 01 del 6 maggio 2024 "Gestione delle emergenze in pazienti inseriti in sperimentazione di Fase 1".

Anche nel 2024 è continuata la partecipazione attiva del Coordinatore Infermieristico assegnato a Qualità e Risk management come componente GDL Formatori Triage Regione Lombardia per:

- Monitoraggio implementazione della formazione su nuove linee guida codici di attribuzione Triage Pronto Soccorso.
- Preparazione materiale formativo e corso FAD per Istruttori Triage R. Lombardia.
- Programmazione iter formativo per Istruttori e discenti (in collaborazione DG Welfare - AREU).
- Acquisizione abilitazione Regionale Formatore di Istruttori di Triage Infermieristico Intraospedaliero.
- Collaborazione con EAS – Direzione Medica/Infermieristica circa analisi nuovi codici colore e applicazione Presa in carico Anticipata.
- Collaborazione e sinergia con componente GDL Pronto Soccorso al Tavolo Regionale.
- Effettuati audit RL/AREU c/o Policlinico di Milano e ASST GOM 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.



L'aggiornamento del “Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF)” coinvolge gli interlocutori aziendali del Dipartimento Emergenza e Urgenza, Direzione Medica, Gestione Operativa, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, Qualità e Risk Management, elaborato e rivisto nei punti chiave (flow chart – responsabilità di funzione - zonizzazione allerta/attivazione personale reclutato) e previsto in emissione nella prima parte del 2025.

Già in essere collegamento radiotrasmissione tra Pronto Soccorso di entrambe le sedi aziendali e svolto un test di allestimento della tensostruttura Decontaminazione in piazzale ospedaliero in dotazione con specifica relazione circa l'utilizzo della tensostruttura con focalità espresse anche al Direttore Sanitario.

Come da richiesta RL Protocollo numero G1.2023.0043711 del 27/10/2023 è stato inviato il documento in fase di attualizzazione finalizzato a:” 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 proposta ed erogata nel corso del 2024 agli operatori interessati, con la partecipazione di 1696 professionisti/dipendenti.

Come da DRG n.1827 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli Indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2024” Allegato 1 -AREA PREVENZIONE “Ogni ASST/IRCCS pubblico è tenuto nel 2024 ad attivare esercitazioni/simulazioni in tema di piano pandemico facendo riferimento al proprio piano e alla propria organizzazione (entro marzo va dichiarata la tipologia di simulazione, entro dicembre realizzata)” la cui scadenza è stata rimodulata dalla nota G1.2024.0018642 del 17/05/2024.

Con Protocollo numero G1.2024.0025745 del 28/06/2024 “Sistema Regionale di Monitoraggio del Piano Pandemico – Verifica e Aggiornamento Contenuti - Scheda Tecnica Esercitazioni - Interfaccia Esercitazioni SASHSA” viene trasmesso l'aggiornamento e la scheda tecnica in ottemperanza al Decreto n.4848 del 25/03/2024 “Attivazione del Sistema Regionale di Monitoraggio del Piano Pandemico “Support and Advice System for Health Administrators” (Sasha) ed Istituzione del Gruppo di Coordinamento di Aggiornamento delle Azioni del Piano Strategico-Operativo Regionale di Preparazione e risposta ad una Pandemia Influenzale (Panflu 2021-2023), in applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, e relativa integrazione con Decreto n.7566 del 17/07/2024.

Si conferma il caricamento sul portale SASHA PANFLU delle azioni relative alle esercitazioni previste per il 2024, oltre ai documenti riepilogativi delle esercitazioni stesse.



Si precisa inoltre che i documenti di valutazione delle stesse esercitazioni verranno redatti dal gruppo di lavoro individuato e caricati entro la scadenza prevista del 28.02.2025.

1.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in differenti ambiti

1.4.1 Implementazione gestione del rischio clinico in Pronto Soccorso

La Struttura EAS - PS 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 monitoraggio dopo il completamento di progetti con un forte orientamento di Risk Based Thinking (presa in carico infermieristica anticipata, trattamento dolore toracico atraumatico, nuovo Triage).

In data 24/12/2024, istruzione circa adozione in ambito EAS di numero 5 (cinque) nuovi Protocolli di Presa in Carico Infermieristici (PPCI), relativi a:

- Anemia.
- Epistassi non traumatica.
- Frattura di femore.
- Ritenzione Acuta di Urina.
- Dispnea.

Continua la partecipazione del Coordinatore Infermieristico assegnato al Risk management come componente GDL Formatori Triage Regione Lombardia.

Il progetto di introduzione del protocollo della Presa in carico ostetrica (PPCO) risulta ultimato.

1.4.2 Implementazione gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari

In prosecuzione di quanto già in atto su mandato delle Linee Operative di Risk Management 2022 sono continuate 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.

In ambito Sanità Penitenziaria, in collaborazione con il Referente Sanitario della Casa Circondariale "don Fausto Resmini" di Bergamo, si monitorano le segnalazioni IR pervenute, con pianificazione di azioni di contenimento del rischio di aggressione del personale sanitario e l'aggiornamento delle procedure in



essere per la gestione di temi sensibili. 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 ed 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 ed 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". In data 18/10/2024 emessa e pubblicata procedura "Gestione dei comportamenti auto-eterolesivi messi in atto da parte del detenuto degente all'interno del reparto detentivo (camera blindata) della ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo" cod. IO01SanPenPG7MQ7.

1.4.3 Implementazione gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci

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

Inoltre:

- Rinnovato l'evento formativo ECM in due edizioni 'Farmacoprescrizione informatizzata: LA PRESCRIZIONE MEDICA' con un intervento relativo a sicurezza della gestione del farmaco e raccomandazioni ministeriali specifiche.
- In seguito ad alcuni eventi avversi a tema 'gestione del farmaco' si sono affrontati incontri formativi mirati unitamente al personale di Farmacia con focus su BUONE PRATICHE - RACCOMANDAZIONI sul complesso processo della somministrazione della terapia.
- Erogato il corso residenziale alla Struttura di Malattie Infettive in ottemperanza della legge 135/90 per l'anno 2024 (due edizioni) sia per il personale medico, sia per il personale infermieristico, previsto il focus su rischio clinico nella somministrazione della terapia e procedura aziendale per la farmaco-somministrazione e le raccomandazioni ministeriali.
- Erogato l'evento ECM-CPD ID 1954526 'La gestione delle attività di Dispositivo-Vigilanza' con un intervento relativo a sicurezza della gestione del farmaco e Raccomandazione Ministeriale n. 9 "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali"



- In ordine alle emergenze radiologiche e nucleare si veda al punto 1.3 di questo piano; partecipazione a incontro “PROCEDURE REGIONALI PER L'EMERGENZE RADIOLOGICHE E NUCLEARI – MILANO Regione Lombardia – Accademia Polis-26/11/2024.
- Partecipazione al FORUM Risk Management 2024 ad Arezzo 26-29 novembre sezione ‘Officine delle idee’ con poster *‘Il problema dei farmaci esteri con scritte in carattere non latino: azione preventiva nell’ASST PAPA GIOVANNI XXIII’ di Bergamo*. Tale iniziativa nasce dagli incontri fra SC Farmacia e Risk management in seguito ad eventi e segnalazioni pervenute per farmaci riportanti scritte in carattere orientale con orientamento preventivo generale aziendale.

1.4.4 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 ad una rivalutazione del contesto e dei rischi correlati. La prevista predisposizione di una breve FAD per consentirne la diffusione a tutti gli Operatori dell’Azienda e la revisione della procedura specifica relativa al riprocessamento dei dispositivi medici presso il Presidio Ospedaliero dell’Ospedale Civile di San Giovanni Bianco sono state oggetto di approfondimento nel 2024 e si completeranno nel prossimo anno.
- Nel 2024 si è continuato l’analisi delle segnalazioni IR, l’approfondimento e discussione di elementi di criticità 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 ed 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 ed informatiche mobili.

- Predisposta ed in diffusione nel 2025 documento specifico per la gestione dei laser in sala operatoria IO 01PG17MQ7 'Predisposizione e gestione di una sala operatoria per le procedure chirurgiche con laser di classe 3B & 4'.

1.4.5 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 Legge regionale 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, è stato 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 alle Aziende del Dipartimento delle Cure Primarie, dovranno essere implementate le attività di Risk Management, valutato quanto intrapreso dall'ATS di Bergamo in questo settore.

A questo tema si è implementato il progetto di "Attività di Risk Management - Cure Primarie" (**scheda progetto allegato n.1**) in concerto con il Direttore e la DSS, in primis ai fini della gestione delle segnalazioni di aggressioni da parte di utenti nei confronti dei MMG/PLS e AFT.

Il percorso attivato ha visto le seguenti fasi:

- momento informativo/formativo ai rappresentanti AFT organizzato da Cure Primarie con la partecipazione del Risk Manager e staff.
- Analisi del contesto e rischi ad esso correlati: illustrati gli elementi propedeutici alla valutazione del contesto e rischio come da standard aziendale (All09PG1MQ4) a giugno, si è definita ed improntata l'analisi del contesto e dei rischi correlati (come da regole RL 2024) a settembre compilata, a dicembre fatto aggiornamento.
- Fenomeno aggressioni: presentazione e riferimenti risk management aziendale, descrizione indicazioni regole di sistema 2024, descrizione attività di segnalazione IR specifica e modulo di segnalazione specifico per SC Cure Primarie (in attesa di piattaforma Regionale HERMLomb in fase di completamento), resta per ora il riferimento alla procedura specifica PSp01PG25MQ7,



riattivato corso FAD “Prevenzione e gestione delle aggressioni ai danni del personale in ambito sanitario” con invito ad usufruirne da parte di medici/professionisti Cure Primarie/territorio.

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 tutte le Case di Comunità sono previste 1-2 postazioni di teleconsulto sia nei locali dedicati alle 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 DGR n.1827 del 31/01/2024 “Le ATS (SCMPC) prevedono l’attivazione di audit (partendo da quanto definito dal decreto n.722/2019) 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 comunicava il cronoprogramma audit di massima concernente l’attività vaccinale dei centri vaccinali delle tre ASST del territorio dell’ATS di 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’Ente auditato 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 il supporto dato 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 per l’attività di audit sopra menzionato effettuato da ATS in data 06/11/2024; ai fini di monitoraggio già concordato con Direttore SC si è effettuato un audit interno il 10 dicembre 2024 con esito positivo.

Allegato 1: scheda progetto “Attività di Risk Management - Cure Primarie”



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

Con la DGR 1812 del 29/01/2024 “Attivazione del Percorso di Screening Nutrizionale nelle Strutture del SSR e domiciliare” e Delibera Regione Lombardia n. 1812 del 29.01.2024 “Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare - SPECIFICHE”.

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 Struttura di 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).

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

Nel 2024 è stato diffuso il documento relativo alla valutazione sulla percezione del rischio derivante dall’utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare ad indirizzo radiometabolico ed 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.

La sicurezza in ambito diagnostico era 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 di OMS.

Per veicolare l’attenzione sui temi della sicurezza delle cure è stata avviata anche nel 2024 da Agenas la Call per la raccolta delle buone pratiche con il focus su tale argomento è stata diffusa informativa e coinvolte le Strutture di riferimento.

Nel corso del 2024 il risk manager ha indirizzato e supportato, all’interno di un lavoro di tesi, l’analisi e gestione dei processi della SC di Radioterapia presso l’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo attraverso l’applicazione della metodologia Failure Modes, Effects and Criticality Analysis (FMECA).

1.4.8 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito Servizio di Medicina Legale

Dal 2023 la SS Qualità e Risk Management supporta il servizio di Medicina Legale nell’implementazione del sistema qualità secondo 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.

Inoltre nel 2024 abbiamo ottemperato all'obiettivo 'Deve essere implementato un sistema di controllo di qualità delle attività svolte dai servizi di Medicina Legale aziendali' attraverso:

- Affiancamento,
- monitoraggio e aggiornamento di percorsi specifici per la valutazione e l'accertamento della disabilità nei minori;
- definizione delle modalità di rendicontazione delle prestazioni secondo indicazioni di RL: protocollo 007958/ del 27/11/2024 con oggetto: precisazioni in ordine all'obiettivo di cui al punto 1.2.11.3. Sistematizzazione di controllo di qualità dell'attività svolta dai servizi di medicina legale;
- tabella di monitoraggio con la quantificazione delle prestazioni svolte nell'anno 2024; ultimo incontro Medicina Legale e Qualità in data 23.01.2025; scadenza obiettivo ricondotta al 31 gennaio 2025.

1.5 Raccomandazioni ministeriali

Per quanto riguarda lo stato di implementazione delle **raccomandazioni ministeriali** ai fini degli adempimenti LEA 2024 è stato aggiornato il monitoraggio per l'anno 2024 all'interno del portale AGENAS sia per il polo ospedaliero, per gli ospedali Papa Giovanni e San Giovanni Bianco; sia per il polo territoriale in collaborazione con la DSS aziendale.

In linea con la Raccomandazione n. 5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0", in collaborazione con il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale si 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 di Medicina di Laboratorio) sarà così composto:

- nel 2024 effettuazione di un'analisi di contesto e definizione del percorso di attivazione
- nel 2025 implementazione del percorso e formazione correlata.



Un'attività implementata, all'interno del Gruppo Aziendale Dedicato Cadute, di cui il Risk manager fa parte di diritto, è 'la Check list ambientale rischio cadute' informatizzata per la valutazione del rischio ambientale e per l'analisi ed attuazione di misure di prevenzione delle cadute, in ottemperanza alla Raccomandazione n. 13, "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" ed alle regole dettate da Regione Lombardia nel decreto Direzione Generale Sanità n. 7295 del 22/07/2010 "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",. Nell'incontro del GAD del 13 marzo 2024 si sono stabilite le attività 2024 in linea con le analisi del report "Cadute"2023.

Si è effettuata una fase pilota per valutare lo strumento; in fase di consolidamento sull'intera azienda nel corso del 2024. 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 *Incident Reporting*, 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 *Incident Reporting* 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" ed 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 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 realizzazione, tramite strumento di pagina informativa, della diffusione in fase di completamento per tutto il personale operante.



Nel 2024, come definito in procedura, si è svolto:

- un incontro per il monitoraggio degli indicatori (Mod01PDTA_DSM01_RISCHIOSUICIDIO);
- un audit sull'applicazione della procedura ed esiti, le cui risultanze hanno guidato una informativa specifica di approfondimento del PDTA ed alla previsione di attività formative nel 2025.

Con le linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024 è stato trasmesso il nuovo elenco delle tipologie di eventi da segnalare in SIMES unitamente all'aggiornamento della gestione complessiva degli eventi sentinella ad opera del Ministero della Salute.

La revisione della Procedura concernente gli eventi sentinella è stata ottemperata (vedasi capitolo 1.1).

Per le raccomandazioni 2 e 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 definizione di una azione correttiva a seguito di ES (vedasi Cap. 6.2).

Per la raccomandazione 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 Ingegneria Clinica e Strutture principalmente coinvolte.

Per la raccomandazione 14: “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici” si è provveduto alla revisione della procedura "Prevenzione e Trattamento dello stravasato di farmaci antitumorali" e allegati.

Allegato 2: scheda progetto “Patient Blood Management”.

2. RISCHIO IN AREA OSTETRICA E PERINATALE

In questa area, come da Linee Operative Risk Management in sanità Anno 2024, si sono svolte le attività di seguito esplicate.

L'audit strutturato sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di Rischio e declinazione di azioni di miglioramento per l'analisi periodica regionale dei trigger materno/fetali – attraverso il CeDAP - si è svolto in data 3 luglio 2024 con elementi in ingresso di seguito riportati:



1. L'incontro ha finalità di analisi dei trigger materno/fetali del I trimestre 2024 come declinato nelle 'Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024' del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente e ribadito anche nelle regole di sistema 2024 'Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024' (delibera XII/1827 del 31/01/2024) attraverso audit strutturati e declinazione di azioni di miglioramento per il contenimento del Rischio in area ostetrica e perinatale.
2. Dal confronto con i dati storici aziendali si conferma la sovrapposizione e dall'analisi di confronto con il report regionale emerge come i nostri dati siano ricompresi nel range.
3. La tempestività di segnalazioni dei Trigger risulta ottimale, la numerosità appropriata.

Continuano le simulazioni aziendali delle grosse emergenze ostetriche: distocia di spalle, ventosa ostetrica, sutura lacerazioni perineali di III e IV grado, eclampsia e sepsi.

Prosegue la partecipazione a livello regionale ai progetti di I.S.S.:

- 1) Sorveglianza della mortalità materna,
- 2) Near miss ostetrici: Cardiomiopatia, Embolia polmonare, Laparotomia dopo taglio cesareo o parto vaginale, Isterectomia correlata alla gravidanza.

Prosegue l'adesione attiva alla Sorveglianza della mortalità perinatale.

Numerose le azioni di miglioramento attraverso attività di revisione e monitoraggio degli indicatori per il 2024: PDTA emorragia del post-partum, con aggiornamento in cartella clinica sui criteri di rischio emorragico, Audit clinici, PDTA morte in utero, PDTA sepsi ostetrica in valutazione, Progetto Triage Ostetrico telefonico, PDTA violenza sulla donna.

Si informa della presenza di DGR regionale per SEPSI Adulto, che vedrà il rinnovo del PDTA aziendale specifico; non risultano significativi aggiornamenti relativamente a SEPSI Ostetrica, si mantiene quanto in essere e definito nel PDTA aziendale specifico.

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 D.DGW n.14243/05.10.2018 e D.DGW n.13039/16.09.2019 emanati ai sensi della DGR XI/268/28.06.2018.

Con decreto DG Welfare n. 7917 del 26.05.2023 **Sorveglianza della mortalità perinatale** sono state approvate le indicazioni operative per avviare dal giugno 2023 la sorveglianza della mortalità perinatale.

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.

I referenti dell'ASST hanno partecipato al webinar "Ogni Bambino Conta: La sorveglianza della mortalità perinatale in Lombardia" del 4 Giugno 2024 per il monitoraggio e proseguimento della sorveglianza. Durante il 2024 si è prontamente attuato il protocollo attraverso i referenti aziendali e si sono eseguiti Significant Event Audit (SEA) specifici; dove necessario in accordo con i referenti Regionali si provveduto ad approfondimenti specifici dell'audit di Sorveglianza Perinatale (prot. 84957 del 18/12/2024 - SEA caso).

Con DGR n. 1141 del 16/10/2023 (art.1 comma e) è 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 Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, di comune accordo con AREU ed i componenti del gruppo di lavoro regionale Rischio in Sala Parto, svilupperà un progetto formativo di avvio del percorso.

Il progetto "Formazione con simulazione sul risk management in sala parto e nella gravidanza per i professionisti sanitari di Area Ostetrica" elaborato e condiviso dalla DG Welfare, da AREU e dal Comitato Percorso Nascita ed esplicitato nella a DGR XII/2005/13.03.2024 si è sviluppato nel corso dell'anno con la formazione dei professionisti sanitari dell'area ostetrica e del risk management, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e garantire maggior sicurezza della gravida e del feto utilizzando le metodologie della simulazione per la prevenzione e la gestione multidisciplinare delle emergenze ostetriche, in un contesto organizzativo altamente complesso che prevede l'interazione di più figure professionali.



Professionisti dell'area ostetrica e del rischio clinico:

- Ginecologi;
- Anestesisti;
- Ostetriche;
- Risk manager.

Questi professionisti sono stati formati in riferimento alla nota pervenuta via PEC da Regione Lombardia (protocollo n. GI .2024.0030834 del 01/08/2024) i professionisti sanitari coinvolti nel percorso formativo suddiviso per edizioni:

edizione 8-9 ottobre 2024 e edizione 10 -11 dicembre 2024 (partecipanti individuati e comunicati con nota protocollata 58542 del 4/09/2024, relativa al personale dell'ASST **Allegato n. 04** prot.5854_Partecipanti Rischio Ostetrico 2024)

Proseguono altresì a **livello regionale altri due progetti con I.S.S.** 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 ad indagine confidenziale da parte di un comitato regionale: 2 ottobre 2024 partecipazione al Webinar ItOSS - Istituto Superiore di Sanità - Referenti Punti Nascita Lombardia.

Allegato 3: scheda progetto “Triage Ostetrico telefonico”

Allegato 4: prot.5854_Partecipanti Rischio Ostetrico 2024

3. RISCHIO INFEZIONI

3.1 Percorsi di contenimento del rischio di contagio

Il Risk management aziendale ha mantenuto anche per il 2024 attivo, fino a che necessario ed indicato dalle norme o dalle indicazioni di buona pratica, i documenti specifici aggiornati alle ultime normative a livello nazionale ed alle indicazioni operative a livello regionale.



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 ed analizzati nelle 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 vi sono alcuni temi specifici di cui di seguito i principali condivisi con risk management.

Si allega (**Allegato n. 05 e n. 06**) il progetto e 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.

Tale progetto, ha consentito di monitorare con 917 osservazioni uno dei temi sensibili relativamente alle infezioni nosocomiali e restituire alle Strutture osservate in tempo breve con un report condiviso con gli staff, un dato di analisi strutturato per sensibilizzare gli operatori e migliorare l'attività.

I risultati sono stati comunicati alle Strutture e discussi con il Gruppo di Lavoro specifico per definire, sulla base delle evidenze di criticità degli esiti, le azioni di miglioramento da implementare nel 2025.

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

Pubbligate e diffuse inoltre una serie di documenti frutto di importanti lavori di revisione ed aggiornamento in ambito di gestione delle polmoniti ed altri eventi associati a ventilatore:

- PDTpneumo01POLM “Percorso Diagnostico Terapeutico Gestione Polmoniti e degli eventi associati a ventilatore”: 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) in quanto 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. Qualità & Risk Management in veste di interlocutore in campo di qualità



dell'assistenza e cura in sicurezza dei pazienti, ha collaborato attivamente alla revisione del documento,

- IO02PDTpneumo01POLM “Gestione della polmonite acquisita in comunità (CAP) in ambito pediatrico”, frutto di un lavoro interdisciplinare e multi-professionale,
- PSp03PG23MQ7 “La gestione degli eventi associati al ventilatore in ASST PAPA GIOVANNI XXIII: popolazione Pediatrica e Neonatale”,
- IO01PSp02PG23MQ7 “Igiene del cavo orale nelle persone assistite adulte e pediatriche ventilate meccanicamente”,
- IO02PSp02PG23MQ7 “Aspirato Tracheo Bronchiale - BAS: modalità di prelievo non protetto di secrezione respiratoria”,
- IO03PSp02PG23MQ7 “Lavaggio Bronchiale: modalità di prelievo protetto alla cieca di secrezione respiratoria”,
- IO04PSp02PG23MQ7 “Lavaggio bronco alveolare - BAL: modalità di prelievo mirato di secrezione respiratoria”.

Nel corso del 2023, in attesa della raccomandazione specifica predisposta da GdL regionale, di cui al Decreto DG Welfare n.3604 del 18/3/2022 che aggiorna i contenuti del Decreto DG Welfare n.7517/2013, 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 ed 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 che sono pubblicati nella intranet aziendale - sezione Qualità e Risk Management.

Nel 2024 il progetto è continuato, come confermato nel Comitato Infezioni, producendo dei documenti allineati con il Decreto n. 20674 del 21/12/2023 “Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto” con la predisposizione del PDTADM/DAPSS01SEPSI “PDTA per l'identificazione e il trattamento della sepsi nel paziente adulto”; il documento è in validazione e verrà diffuso in modo controllato e sarà oggetto di formazione specifica nel corso del 2025.

Inoltre si è effettuata la conduzione di un Audit su n. 21 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento sulla casistica 2024, ricavati dal portale regionale, secondo le indicazioni fornite ed utilizzando la specifica



scheda di audit “Case Review Form (CRF)” per la revisione della documentazione clinica, al fine di valutare l’aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, il cui esito è stato discusso con referenti aziendali SEPSI Adulto.

Revisionata 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” nel 2023. 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. Nel 2024 sono stati aggiornati l’allegato 02 “Elenco degli agenti eziologici alert” ed introdotti due nuovi allegati 07 “*Elenco Malattie Infettive: segnalazioni e provvedimenti epidemiologici?*” ed allegato 08 “*Sindromi cliniche e malattie infettive che necessitano di Precauzioni aggiuntive?*”.

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 22/03/2024 alla presenza dei nuovi Direttori Sanitario e Socio-Sanitario; il risk manager ha partecipato al Gruppo Operativo Infezioni in data 19/12 al fine di un approfondimento di tematiche specifiche.

Allegato 5: Progetto Hand Hygiene 2024

Allegato 6: Scheda progetto Hand Hygiene

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 deliberato (Delibera nr. 439 del 04/03/2021 “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 *Incident Reporting*, 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 è riunito due volte per l’analisi e la definizione di azioni da implementare. Negli incontri si condivide 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:

- o Primo livello: report semestrale con estrazione dal sistema di *Incident Reporting* degli eventi categorizzati/rubricati come aggressione ed invio al gruppo di lavoro.
- o Secondo livello: report inviato al Coordinatore del gruppo di lavoro in modo puntuale di *Incident Reporting* 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 è attuato 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 del Dipartimento delle Cure Primarie a tema atti di violenza nei confronti degli Operatori vedasi Cap. 1.8.

Abbiamo ottemperato con nota di protocollo n. 2794/24 del 15/01/2024 alla richiesta di episodi di violenza commessi sugli operatori nel secondo semestre 2023 pervenuta con Protocollo numero G1.2023.0049715 del 12/12/2023 per episodi di violenza commessi sugli operatori nel secondo semestre 2023. Per l'anno 2024 un'altra attività svolta è stata la restituzione al Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitaria e la Sicurezza del Paziente Regione Lombardia di: "richiesta dati - Agiti violenti su Operatori.", con i dati relativi agli episodi di violenza commessi sugli operatori nell'anno 2024 dal primo gennaio al 31 ottobre 2024 in data 28 novembre 2024.

Le segnalazioni di agiti violenti verso gli operatori verificatisi dal 1° novembre fino al 31 dicembre 2024 sono stati caricati direttamente nella Piattaforma Unica Regionale HERM LOMB dallo staff di Risk management.

In ambito Pronto Soccorso si sono messe in atto delle azioni migliorative rispetto alla tutela del personale operante mantenendo la presenza H12 delle guardie aziendali presso locali presso PS per la prevenzione di aggressioni verbali/fisiche con richiesta di estensione.

All'interno del Gruppo di lavoro, secondo dettato normativo regionale

- Valutate le attribuzioni di competenza della Guardie Giurate Aziendali (GGA) in servizio precipuo presso EAS.
- Valutate le tempistiche di permanenza di proposta della GGA presso EAS HPG23 e PS SGB.



- Acquisizione di dispositivi di monitorizzazione ed allarme da indossare (tipo smart watch) da parte di RSPP e destinati a personale operante sul territorio e personale operante in strutture territoriali in modalità singolo operatore presente.
- Partecipazione a evento formativo RSPP – Ditta – personale circa le caratteristiche del dispositivo di allarme da indossare – modalità operative.
- Attenzionamento a seguito di segnalazione IR circa metodiche di chiusura cancelli c/o Struttura Riabilitativa di Mozzo.
- Attenzionamento a seguito di interpello circa i lavori di videosorveglianza e chiusura porte c/o Struttura di Boccaleone.

Anche nel 2024 vi è stata l'erogazione del corso di formazione ECM-CPD “Prevenzione e gestione professionale di emergenze conflittuali in ambito psichiatria” avvenuta in azienda in un'unica edizione (11, 12 e 13 novembre 2024) per n. 22,30 ore di formazione.

Con nota protocollata n. 85888 del 20/12/2024 è pervenuta la SURVEY ‘Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del SSR lombardo (L.R. 15/2020)’. La nuova SURVEY redatta dall’ Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS), è destinata alla raccolta delle informazioni/dati relativi all’anno 2024 di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate di Regione Lombardia, nonché destinata anche ai MMG, PLS e MCA.

Sono stati predisposti due questionari, uno destinato agli Enti Pubblici e Privati accreditati e uno ai MMG/PLS/MCA.

I dati raccolti con la survey andranno ad integrare quelli estratti dalla piattaforma HERM Lomb.

La nostra ASST, oltre a compilare il questionario di competenza, ha il compito attraverso la SC Cure Primarie di distribuire ai MMG/PLS/MCA del proprio territorio il questionario a loro dedicato, e al fine di monitorare il livello di adesione delle stesse ha trasmesso ad ACSS una tabella con i dati specifici entro la scadenza identificata.

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

A seguito dell’applicazione in via sperimentale del modello ERM nel biennio 2022 e 2023 in sette strutture “pilota”, con decreto DG Welfare 20638 del 21.12.2023, 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 sono state progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM sui processi già analizzati dalle strutture pilota e, per promuovere tale implementazione, i Risk Manager e staff hanno partecipato a specifici momenti formativi nel corso dell'anno.

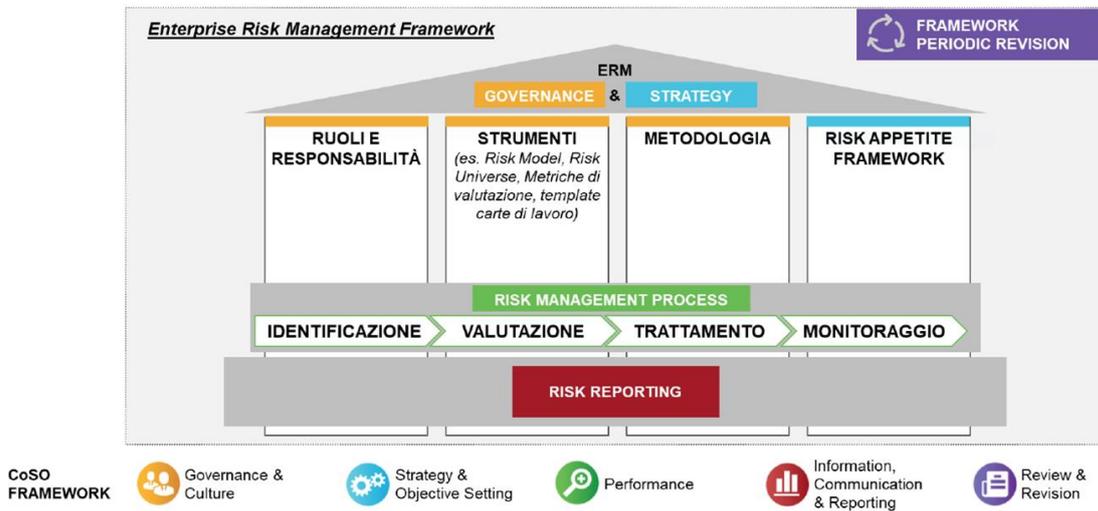
Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente ha fornito il materiale necessario ed ha individuato specifici momenti formativi/informativi per lo sviluppo del progetto ERM applicato alle ASST (17 e 18 aprile 2024) e 13 giugno.

I macro-processi attualmente disponibili, sui quali è stato chiesto 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 Papa Giovanni XXIII):

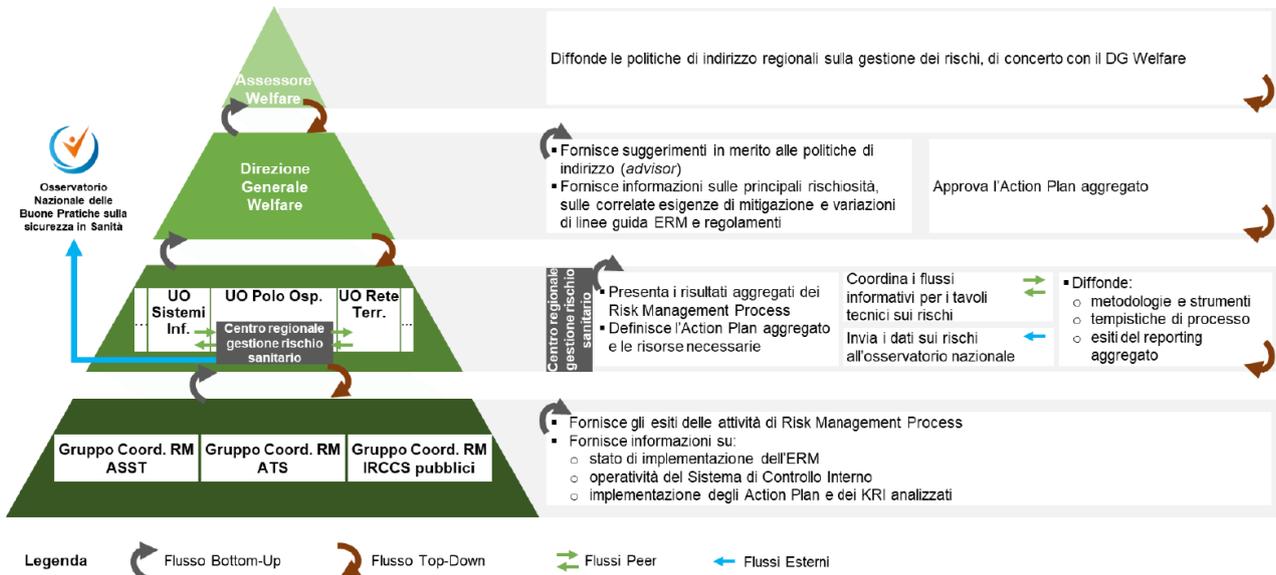
- **Ricerca scientifica e sperimentazioni cliniche.**
- Medicina Preventiva di Comunità – Screening.
- Bilancio e rendicontazione.
- **Gestione Acquisti (Provveditorato-economato).**
- Sistemi informativi aziendali.
- **Ufficio relazioni con il pubblico.**
- Farmacia.
- Ingegneria clinica aziendale.

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



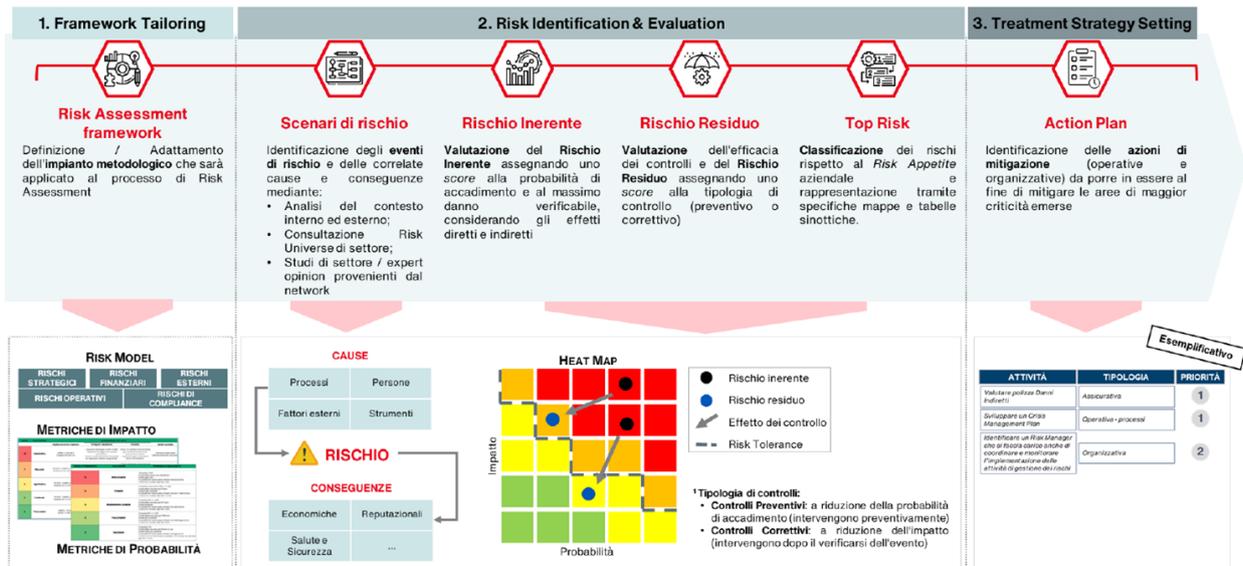


Risk Model

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	Gestione apparecchiature sanitarie	Anticorruzione
Assistenziale	Infezioni correlate all'assistenza		Erariale patrimoniale	Governance	Asset infrastrutturali e tecnologia	Gestione farmaci e dispositivi medici	Codice etico
Atti di autolesione e tentativi di suicidio	Ostetrico e neonatale, inclusi i trigger	Evoluzione del contesto normativo					Immagine/Reputazione
Caduta	Prevenzione		Gestione Terze Parti	Investimenti e patrimonio	Comunicazione e relazioni	Informativa e reporting	
Chirurgico	Sperimentazioni cliniche	Illeciti esterni					Liquidità e credito
Diagnostico	Terapeutico		Sicurezza informatica	Tassi d'interesse	Sistema di Controllo Interno	Salute, sicurezza e ambientale	
Gestione / redazione documenti	Trasfusionale						

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





Approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI (legati al COVID):

Tabella – DPI 2024

QUANTITA'	TIPO DISPOSITIVO
0	COPRICAPO DPI III CATEGORIA
5368	CAMICI DPI III CATEGORIA
0	TUTE DI PROTEZIONE
7386	FACCIALE FILTRANTE FFP3
494199	FACCIALE FILTRANTE FFP2
576	OCCHIALI DI PROTEZIONE
1746	VISIERE

Di seguito una tabella sinottica riportante, per ogni mese, la quantità, espressa in litri, di gel antisettico per le mani ricevuto e distribuito successivamente alle Strutture:

Tabella – Gel antisettico per le mani 2024*

Mese	Litri ricevuti	Litri distribuiti
01-2024	904	-949
02-2024	1.288	-889
03-2024	950	-882
04-2024	724	-861
05-2024	1.170	-937
06-2024	536	-770
07-2024	618	-891
08-2024	747	-926
09-2024	816	-756
10-2024	1.384	-841
11-2024	966	-817
12-2024	836	-879
Totale complessivo	10.939	-10.396

**La differenza tra la quantità ricevuta e quella dispensata è stata colmata con le giacenze presenti dall'anno precedente, pertanto non si sono verificate situazioni critiche a riguardo.*



6.2 Eventi sentinella

Gli eventi sentinella segnalati nel sistema di *Incident Reporting* 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.

Per l'anno 2024 le segnalazioni effettuate dal personale aziendale sulla piattaforma aziendale di Incident Reporting (IR) si sono stabilizzate rispetto agli anni precedenti e hanno consentito al Risk Management di attivare analisi specifiche per eventi di media/alta 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. Sono state inserite nel sistema informatizzato di IR oltre 400 segnalazioni a seguito delle quali sono state sviluppate analisi secondo la gravità dell'evento segnalato. Per alcune tematiche si sono incontrate le Strutture coinvolte, per analizzare varie segnalazioni, della medesima natura, inserite in IR e conseguentemente abbiamo costituito tavoli di lavoro specifici sulle problematiche emerse. Sono stati segnalati nel corso del 2024 un evento sentinella (ES) inserito in SIMES (sistema ministeriale di segnalazione eventi sentinella) valutati preliminarmente con il Direttore Sanitario e analizzati tramite RCA. Nello specifico:

- Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure.

Gli altri eventi segnalati come eventi sentinella nel sistema sono stati analizzati preliminarmente e valutati non meritevoli di segnalazione ministeriale e/o derubricati ad evento avverso/*incident*.

In accordo con la DS sono state effettuate 2 RCA su eventi non definibili ES, ma con elevata rischiosità potenziale in ambito di gestione farmacologica e di medicina nucleare.

Sono stati effettuati 11 *Significant Event Audit* (SEA) rispetto a eventi di varia natura relativi a raccomandazioni ministeriali (dalla gestione dei farmaci, malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, mancata identificazione del paziente, atti di violenza/aggressioni a danno degli operatori ad eventi ad evento correlato a procedura diagnostica ...).

Le varie metodologie di analisi utilizzate hanno permesso l'identificazione di azioni di miglioramento di processi e percorsi, e di altre azioni in corso di implementazione.

Si faccia riferimento al punto 1.1 del presente piano.



6.3 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.

L'equipe dedicata all'attività di ascolto e mediazione dei conflitti è attualmente composta da 3 persone.

Per quanto riguarda l'anno 2024, sono stati gestiti nel complesso 21 casi di ascolto.

In 4 casi negli ascolti sono stati coinvolti dei dipendenti.

In un solo caso si è proceduto con la mediazione; nelle altre situazioni, gli ascolti (a volte anche più di uno) sono stati sufficienti per stemperare le tensioni e tornare a costruire un clima di fiducia con l'Azienda.

Gli incontri si sono sempre svolti infatti con piena soddisfazione delle persone ascoltate, anche nei casi dove erano interessati direttamente i dipendenti.

Inoltre, nel corso dell'anno sono stati realizzati 3 eventi formativi aventi come tema "la medicina narrativa" quale strumento per implementare le proprie capacità di ascolto attento e di gestione delle relazioni. Anche durante questi eventi, i partecipanti si sono sentiti molto coinvolti; hanno apprezzato un tipo di esperienza formativa nuova e stimolante, chiedendo che sia sviluppata anche nel futuro.

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 DG Welfare n.20 dell'8.1.2024 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 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2024

Si faccia riferimento al rendiconto specifico in:

Allegato 8: Scheda rendiconto attività gruppi 2024



7.3 Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri

Anche nel 2024 l'ASST ha continuato, quale Azienda Pilota, l'inserimento dei Sinistri con l'utilizzo del sistema sviluppato nel 2017 con la collaborazione di Lombardia Informatica (GeDiSS).

CVS sotto SIR:

Data	N. casi discussi
14 febbraio 2024	8
16 aprile 2024	12
1 luglio 2024	14
30 settembre 2024	16
4 dicembre 2024	15
23 dicembre 2024	6

CVS sopra SIR (Relyens Mutual Insurance, precedentemente SHAM):

Data	N. casi discussi
14 febbraio 2024	3
16 aprile 2024	4
1 luglio 2024	6
30 settembre 2024	3
23 dicembre 2024	3

CVS sopra SIR (AmTrust Assicurazioni):

Data	N. casi discussi
14 febbraio 2024	3



16 aprile 2024	2
1 luglio 2024	2
30 settembre 2024	1
23 dicembre 2024	1

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.

Nel corso dell'anno l'emergenza Covid-19 ha definitivamente lasciato il passo ad un ritorno alla normale attività dell'ufficio comunicazioni, che è tornato ad occuparsi al 100% di temi clinico-assistenziali e dello sviluppo delle strutture di prossimità tra ospedale e territorio, con un'attenzione crescente ai temi della prevenzione.

Sul fronte della comunicazione esterna si sono occupati in particolare dei seguenti temi:

- Prevenzione (campagne vaccinali Covid e influenza, screening epatite C, giornate internazionali, avvio screening tumore della prostata)
- Donazione e trapianti d'organo, tessuti e cellule staminali
- Sviluppo servizi polo territoriale (avvio dei lavori per la realizzazione della Casa di Comunità di via Ghirardelli, avvio dei lavori di ristrutturazione delle Case di comunità Villa D'Almè, Zogno e Sant'Omobono Terme con contestuale attivazione delle sedi temporanee)
- Chirurgia robotica (arrivo secondo robot)
- Avvio del nuovo modello del servizio di Continuità assistenziale (Centrale Uni.Ca)
- Cure domiciliari, per supportare l'avvio del servizio
- Valorizzazione giornate internazionali
- Cure primarie, servizio passato sotto la gestione della nostra azienda nel 2024



Si veda in dettaglio l'allegato sotto riportato.

Allegato 9: Relazione attività 2024 Comunicazione per risk

9. EVENTI FORMATIVI E NETWORK

9.1 Formazione

Il 22 novembre 2024 è stato erogato il corso '*Risk Based Thinking*: Modelli operativi per la gestione del rischio' nel quale vengono descritti i rischi e le opportunità nei sistemi di gestione qualità, le norme di riferimento e il *Risk Based Thinking*, con un approccio per Processi basato sull'attività di valutazione per un proattivo alle criticità e un'efficace risposta ai cambiamenti, creando sinergia tra sistema di gestione qualità e gestione integrata dei rischi.

Altri eventi formativi improntati sono stati:

- Sicurezza del farmaco: 'Farmacoprescrizione informatizzata: LA PRESCRIZIONE MEDICA' corso di quattro ore a luglio ed ottobre in collaborazione con Farmacia.
- Docenza all'interno della Formazione Sul Campo referenti infezioni a settembre ed ottobre; tematica ICA e piattaforma HERMLomb.
- La Formazione per il consolidamento/diffusione ed informazione sulla cultura della sicurezza svolta in continuo agli operatori dell'azienda in tema di sicurezza delle cure 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 (maggio, ottobre e novembre) per approfondire le Raccomandazioni Ministeriali in merito alla prevenzione/gestione del rischio nell'ambito assistenziale.
- Formazione RES 'La responsabilità professionale: applicazione per la pratica clinico-assistenziale' corso di quattro ore ad edizione a maggio ed ottobre.
- Formazione in ambito: "La gestione del rischio derivante dall'utilizzo di sorgenti radioattive: strumenti per la gestione degli eventi avversi, NBP-RF in Medicina Nucleare e sistema di assicurazione della qualità" in data 16/11/2025 _ ore 08.00 – 16.00.



- RES FAD Corso Base sulla sicurezza nelle procedure con laser medicali di CLASSE 3B & 4 'Il Sistema Qualità in una Azienda ospedaliera: di cosa si tratta e perché è importante tracciare i processi secondo questo Standard'.
- Partecipazione RES FAD 'Gestione delle emergenze radiologiche/nucleari'.
- Partecipazione di intervento all'evento RES 'La gestione delle attività di Dispositivo-Vigilanza' a dicembre.
- È continuata anche nel 2024 la FAD specifica della procedura "La prevenzione e gestione degli incendi in Sala Operatoria" rivolto ai Medici, agli Infermieri e alle Ostetriche che prestano attività in ambito chirurgico (Sale Operatorie e Sale di Diagnostica Interventistica dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo) sulla piattaforma e-learning aziendale.

Sono stati effettuati eventi e formazioni in tema di rischio clinico e sicurezza delle cure specificate in **allegato 10** al presente documento.

Si faccia anche riferimento al punto 7.1 del presente piano in tema di formazione per l'ascolto e la mediazione dei conflitti anno 2024.

Si faccia anche riferimento al punto 9.1 del presente piano in tema di formazione per la comunicazione anno 2024.

Allegato 10: Scheda rendiconto corsi RM 2024

9.2 Formazione Regione Lombardia e Network

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; quattro webinar ('Violenza sugli operatori: quali strumenti a disposizione delle aziende' 23 febbraio, 'Gestione degli allarmi clinici' 17 maggio, 'Gli aspetti di qualità e sicurezza nella Telemedicina' 18 ottobre e 'La valutazione del rischio suicidario' 13 dicembre) con adesione di professionisti afferenti all'ASST. Il webinar 'Gli aspetti di qualità e sicurezza nella Telemedicina' ha visto un intervento congiunto a due voci coordinato dal Risk Manager: 'Teleassistenza nello Scompenso Cardiaco Cronico presso ASST Papa Giovanni XXIII' a cura della Coordinatrice Infermieristica Cardiologia Degenza e Day Hospital e 'TELEMEDICINA: esperienza dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo' a cura del Dirigente delle Professioni sanitarie.

- Partecipazione ai Network Risk Management di Regione Lombardia a marzo, giugno, settembre e dicembre;



- Network di giugno: intervento congiunto relativo ad ES su trasporto organi in ambito trapianti a cura di AREU – ASST Papa Giovanni XXIII.
- Formazione Regione Lombardia 'Formazione con simulazione sul Risk management in sala parto e in gravidanza per i professionisti sanitari di area ostetrica' a ottobre e dicembre.

9.1 Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione

È stato riproposto 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 si pone 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 Salute nel 2011 (Ministero della salute. Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità. Giugno 2011). Inoltre si pone l’obiettivo di lavorare per sostenere gli operatori alla relazione e comunicazione anche in occasione di eventi avversi.
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 e le conseguenze in caso di sua presenza parziale o incompleta.

10. TRASPARENZA DEI DATI

In ottemperanza alla Legge 24/2017 – all’art.2 e all’articolo 4 – sarà pubblicata entro 31 marzo sul sito internet dell’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, la Relazione Annuale Consuntiva sulla “Gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente” anno 2024 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 si sono svolte giornate a carattere nazionale ed internazionale dedicate a temi di sicurezza delle cure.

Il risk manager ha attivato 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 con predisposizione di nota diffusa via intranet e via APP ed a funzioni dedicate di condivisione di quanto presentato nell'incontro Network JCI 'Violenza sugli operatori: quali strumenti a disposizione delle aziende' del 23 Febbraio 2024, al quale hanno presenziato oltre a SPP e Risk Manager, anche una cinquantina di dipendenti dell'ASST.
- 5 maggio - Giornata mondiale dell'igiene delle mani; iniziative comunicative e di sensibilizzazione interna.
- 13 settembre - Giornata mondiale per la lotta alla Sepsis; in corso revisione PDTA aziendale.
- 17 settembre - Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita con la diffusione dell'evento Webinar regionale 'Il miglioramento dei processi diagnostici per garantire la sicurezza dei pazienti' e predisposizione di luogo comune per partecipazione collettiva.
- FORUM Risk Management 2024 ad Arezzo 26-29 novembre sezione 'Officine delle idee' con poster 'Il problema dei farmaci esteri con scritte in carattere non latino: azione preventiva nell'ASST PAPA GIOVANNI XXIII' di Bergamo.

12. INFORMAZIONI AL PERSONALE

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

- APP specifica aziendale 'MY ASST-PG23' per dispositivi mobili (che ha sostituito la newsletter mensile).
- Annunci tramite email aziendali.
- 'Minisito Covid – 19' - oscurato in data 11 luglio 2024.

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: scheda progetto “Attività di Risk Management - Cure Primarie”
- ✓ Allegato 2: progetto “Patient Blood Management”.
- ✓ Allegato 3: scheda progetto “Triage Ostetrico telefonico”
- ✓ Allegato 4: prot.5854_Partecipanti Rischio Ostetrico 2024
- ✓ Allegato 5: Progetto Hand Hygiene 202
- ✓ Allegato 6: Scheda progetto Hand Hygiene
- ✓ Allegato 7: Progetto HERM ASST Papa Giovanni XXIII Final Report
- ✓ Allegato 8: Scheda rendiconto attività gruppi 2024
- ✓ Allegato 9: Relazione attività 2024 Comunicazione per risk
- ✓ Allegato 10: Scheda rendiconto corsi RM 2024

Redazione

Dott.ssa Sara Locatelli

Visione

CI Luigi Daleffe

Il Risk Manager

Dott. Gabriele Pagani