

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO****Rendicontazione piano annuale di Risk Management anno 2023****Indice**

Premessa.....	2
1. Gestione dell'emergenza SARS COV- 2 (COVID-19).....	3
1.1 Attività Vaccinale.....	3
1.2 Gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19.....	4
1.3 Gestione dei cluster epidemici nelle aree no covid	5
1.4 Gestione dei Piani di Iper-afflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza COVID-19.....	6
1.5 Percorsi di contenimento del rischio di contagio	9
1.6 Items oggetto di monitoraggio e rendicontazione PARM	9
2. Identificazione del rischio clinico.....	12
2.1. Il sistema di segnalazione degli incident, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella.....	12
2.2. Checklist standard qualitativi	13
2.3. Raccomandazioni ministeriali.....	14
2.4. Risk Based Thinking	16
2.5. Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	16
2.6. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci.....	17
2.7. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito di Pronto Soccorso..	18
2.8. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito degli Istituti Penitenziari	18
2.9. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito di Sala Operatoria....	18
2.10. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito territoriale e sociosanitario.....	20
2.11. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito del rischio nutrizionale	21
3. Travaglio-parto	22



4. Infezioni.....	23
5. Violenza a danno degli Operatori	25
6. Informazioni ai pazienti sui rischi da Covid ed informazioni a caregivers e a cittadini	28
7. Informazioni al personale.....	29
8. Attività di monitoraggio	30
8.1 Eventi sentinella	30
8.2 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP).....	30
8.3 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2023.....	30
9. Ascolto e mediazione dei conflitti.....	30
10. Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione	32
11. Trasparenza dei dati	32
12. Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri.....	33
13. Formazione	34
14. Allegati	36

Premessa

Nel 2023, in linea con le indicazioni di Regione Lombardia, le attività di Gestione del Rischio della Azienda Socio Sanitaria Territoriale “Papa Giovanni XXIII” si sono orientate prevalentemente iniziative rivolte alla sicurezza e qualità delle cure integrandosi con il Piano di Miglioramento dell’Organizzazione.

Con Delibera n. 1229 del 01/09/2022 - Oggetto: “Adozione del piano di organizzazione aziendale strategico 2022 – 2024 e dell’organigramma aziendale 2022 – 2024 a seguito del recepimento delle variazioni richieste in sede di istruttoria da parte della direzione generale welfare” è stata confermata la Struttura Semplice Qualità e Risk Management.

Nel Piano sono esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell’analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, degli eventi near miss, dell’andamento del contenzioso nonché delle indicazioni delle ‘Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2023’ redatto in coerenza con la DGR 7758/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023” e con le “Linee operative



di risk management in sanità – Anno 2023”, prot. n. n.6039/23 del 30/01/2023 con le quali RL 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.

Con Delibera n. 675 del 28/04/2023 è stato approvato il “Piano Aziendale di Risk Management- anno 2023” inviato alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia con nota prot. n. 26377/23 del 20 aprile 2023.

1. Gestione dell'emergenza SARS COV- 2 (COVID-19)

Anche nel 2023 la funzione di Risk Management ha operato secondo le disposizioni ministeriali e regionali (delibere, note protocollari, circolari, etc.), trasferendo all'interno della risposta alla pandemia COVID-19 i principi di sicurezza delle cure sia nei processi/percorsi di contenimento da contagio, sia nel ripristino delle attività ordinarie, tenuto conto che il 5 maggio 2023 l'OMS ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria per la pandemia da COVID-19.

1.1 Attività Vaccinale

Di seguito una sintesi della rimodulazione dell'offerta nel corso del 2023.

Restò attivo nel corso del 2023 fino al 30 Aprile 2023, l'HUB Vaccinale ubicato presso l'area Tensostruttura esterna dell'ASST, riferimento provinciale per la vaccinazione anti Covid-19 massiva della popolazione. Dal 27 dicembre 2022 anche i bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 4 anni potevano accedere alla vaccinazione anti Covid-19, prenotando l'appuntamento direttamente sul portale di Regione Lombardia. Queste vaccinazioni venivano eseguite alla Casa di comunità di Borgo Palazzo e al PreSST di Zogno.

Ora sono attivi i Centri Vaccinali di:

- Via Borgo Palazzo, 130 a Bergamo (Padiglione 6 A) presso la Casa della Comunità,
- Piazza B. Belotti, 3 a Zogno presso la Casa di Comunità,
- Via Vanoncini, 20 a Zogno presso la Casa di Comunità,
- Via Roma, 16 a Villa D'Almè presso la Casa di Comunità.



Le modalità di prenotazione ed altre indicazioni come ad esempio come raggiungerli sono riportati nel sito [asst pg23.it](https://www.asst-pg23.it) reperibile al seguente link: <https://www.asst-pg23.it/servizi-territoriali/case-comunita/vaccinazioni>.

In data 25 novembre e 16 dicembre si sono svolti i Vax Day con ampia diffusione sul sito aziendale, social media e stampa locale presso tutte le Case di Comunità dell'ASST Papa Giovanni XXIII (Borgo Palazzo; Villa d'Almè; Zogno; Sant'Omobono Terme).

L'attività di audit presso i centri vaccinali massivi con le modalità descritte nella nota prot. G1.2021 0036684 del 26.05.2021 attraverso l'utilizzo della check list per la verifica della sicurezza del processo vaccinale è stata sospesa. Ultimo audit effettuato in data 7/12/2022, inviato in RL il 23/12/2022 (protocollo n. 79052).

In allegato 1 una sintesi sull'attività della SC Farmacia nella gestione della pandemia da Covid-19 per l'anno 2023, con particolare riferimento alla gestione dei vaccini.

ALL. 1- Attività Covid 2023 Farmacia per Risk Management

1.2 Gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19

Nel corso dell'anno si è proseguita l'attività di gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19 rivolti al personale e agli utenti (gestione laboratoristica, modalità di erogazione, formazione degli operatori, analisi dei falsi positivi o negativi, ecc.) sulla base delle necessità e delle disposizioni normative aggiornate.

Nel 2023 si sono ulteriormente sviluppate le azioni correttive che sono emerse a seguito della applicazione dello strumento di analisi proattiva del rischio FAILURE MODE EFFECT CRITICAL ANALYSIS (FMECA) 'Processo di gestione dei tamponi per la ricerca del SARS-COV-2' con il GDL (rif. DG Welfare trasmessa con nota G1.2021.0042703 del 22.06.2021) al fine di rivalutare l'indice di priorità del rischio a fronte delle azioni implementate con l'analisi proattiva dei rischi aggiornata.

All'interno delle azioni di miglioramento definite anche nel PARM si è realizzato un corso FAD "Gestione della fase pre-analitica nelle varie realtà della Medicina di Laboratorio" inserito negli obiettivi del personale delle professioni sanitarie, con lo scopo di evidenziare e correggere gli errori preanalitici responsabili della mancata idoneità dei campioni biologici destinati alle indagini di laboratorio, pregiudicando tempi ed esiti delle analisi ed evitare le ricadute sulla qualità e attendibilità dei campioni



grazie alla riduzione degli errori preanalitici, delle ripetizioni dei prelievi, del rischio clinico e dei costi, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo il disagio durante le procedure di prelievo.

1.3 Gestione dei cluster epidemici nelle aree no covid

Nel 2023 si prosegue l'utilizzo degli indicatori suggeriti da RL 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.

ALL.2 - AndamentoPositiv.COVID.PG23

In merito alla definizione aziendale di CLUSTER si è definito che esso viene confermato alla presenza di due o più degenti con riscontro di tampone positivo a Sars-CoV-2, a più di 5 giorni dal ricovero, all'interno della stessa Struttura assistenziale nell'arco di 1 settimana (intervallo di tempo minore o uguale a 7 gg fra caso 1 e caso 2).

In caso di individuazione di Cluster è posta indicazione all'effettuazione di tampone per tutti i degenti ricoverati nei moduli della struttura assistenziale ove siano presenti i casi. In base agli esiti i pazienti verranno quindi gestiti con indicazione o meno di precauzioni aggiuntive da contatto/droplet, e in caso di riscontro di contatti stretti (contatti di camera) con tampone negativo verrà data indicazione all'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie (filtro facciale FFP2) per 5 giorni.

La comunicazione di attivazione del Cluster è inviata da parte di Direzione Medica-Infezioni Prevenzione e Controllo anche a:

- Servizio Prevenzione e Protezione per l'interfacciamento con la rispettiva funzione delle Ditte in appalto (sostanzialmente Pulizie e Trasporto pazienti);
- Servizio Sanitario Aziendale, che provvederà ad effettuare una inchiesta epidemiologica sul personale sanitario del modulo interessato atta a verificare il corretto utilizzo dei DPI e lo stato di salute degli operatori. Il personale sanitario dovrà quindi segnalarsi al Servizio Sanitario Aziendale in caso di comparsa di sintomatologia o di contatto stretto con i casi (mancato utilizzo dei DPI), e si provvederà a dare indicazione all'effettuazione del tampone secondo le tempistiche previste (in caso di contatto di caso tampone a T0-T3-T5).



Rispetto all'evenienza di riscontro di operatori positivi (stessi criteri del Cluster: 2 o più nell'arco di una settimana) in assenza di pazienti positivi noti, il Servizio Sanitario Aziendale, dopo avere effettuato inchiesta epidemiologica sui casi ed escluso che gli stessi non siano contatti stretti tra loro, si confronta con Direzione Medica-Infezioni Prevenzione e Controllo per valutazione ed eventuale approfondimento anche sui degenti.

Le indicazioni risultano in linea le disposizioni regionali "GESTIONE DEI CLUSTER EPIDEMICI IN AREE NON COVID" Protocollo numero G1.2021.0042690 del 22/06/2021, seppur definite nel periodo pandemico.

Alla luce degli aggiornamenti normativi e delle evidenze scientifiche nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni, del cambiamento epidemiologico della pandemia e delle caratteristiche cliniche dei pazienti positivi al tampone per SARS-CoV-2, per rispondere a tutte le necessità di cura anche di ambito specialistico, permangono le modalità di gestione e isolamento di tali pazienti nelle aree di degenza: i pazienti con tampone positivo per SARS-CoV-2, in assenza di sintomatologia respiratoria, sono gestiti in isolamento in coorte nelle strutture organizzative specialistiche di competenza. L'obiettivo di fornire indicazioni operative necessarie alla gestione in sicurezza dei pazienti positivi al SARS-CoV-2 negli ambiti di degenza specialistica, è garante da un lato di una gestione in totale sicurezza dell'isolamento del paziente impedendo la diffusione del contagio all'interno dei reparti e dall'altro di un'assistenza e cure specialistiche che solo un centro di alta specializzazione può fornire.

1.4 Gestione dei Piani di Iper-afflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza COVID-19

Il risk management collabora alla gestione dei Piani di Iper-afflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza COVID-19.

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.

A seguito della trasmissione del 'Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) di Regione Lombardia approvato in Consiglio regionale con DCR XI/2477 del 17/05/2022, ad ottemperanza, venne prodotto in sinergia con la direzione aziendale strategica e tutte le funzioni di ruoli specifici implicati in tutte le fasi della pandemia il documento PG17MQ6 'Piano Pandemico Aziendale ASST Papa Giovanni XXIII' (n. prot 51076/22 del 05/08/2022).



Nel 2023 si è provveduto alla revisione 01 del 16.10.2023 di tale documento 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/contatto) e nelle diverse fasi pandemiche. Si descrivono di seguito le modalità di risposta che possono essere attuate nell'ambito di PS 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 e Urgenza, Direzione Medica, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, Qualità e Risk Management e verrà completato nel 2024.

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”.

La risposta ad eventi PEMAFF di natura non convenzionale ovvero di ambito nucleare /radiologico, siano essi sviluppati per accadimenti colposi e/o dolosi, determinano nella popolazione tutta, compresi gli operatori, deputati al supporto e sostegno in essere, una fisiologica e comprensibile situazione di allarme e timore.

Tale situazione di allarme, negli ambiti operativi di soccorso, deve prevedere l'attivazione di «solide» procedure specifiche da attuarsi, a protezione propria congiuntamente agli altri Enti deputati al Soccorso NBCR (BC: batteriologico/chimico), in questo caso specifico Nucleare/Radiologico.

La risposta ospedaliera si basa sui seguenti punti critici:



- Intercettazione della «problematica» in caso di autopresentazioni,
- Attivazione PEMAFA sulla base dei riscontri info che pervengono,
- Attivazione del piano per la gestione di eventi non convenzionali e NR,
- Attivazione istruzione operativa sull'esposizione accidentale ai materiali biologici,
- Attivazione ed applicazione Istruzione operativa per la gestione della persona intossicato,
- Dotazione e massimizzazione di materiale specifico (DPI).

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

In particolare, sono in corso di valutazione delle modifiche strutturali quali la costruzione di una zona filtro pre-triage da utilizzare come filtro epidemico/pandemico o NBCR e la costituzione di un'area strutturale modulare, pronta all'uso e idonea alle funzioni di:

- ✓ area accettazione pre-triage (es. emergenza COVID),
- ✓ area accettazione pre-triage, scenari di maxi-emergenza - incidente maggiore,
- ✓ area decontaminazione di pazienti esposti e/o contaminanti a Rischio Chimico (linea di decontaminazione per pazienti deambulanti e non deambulanti),
- ✓ area decontaminazione di pazienti esposti a irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione, ad eventuali emergenze radiologiche (linea di decontaminazione per pazienti deambulanti e non deambulanti). Tale identificazione deriva da ddg sanita' n. 11514/2005 ed allegato: 'linee guida regionali per la gestione ospedaliera di persone esposte a irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione ad eventuali emergenze radiologiche' in cui Regione Lombardia definisce le **strutture sanitarie di riferimento** in cui sono presenti le competenze, le infrastrutture e le professionalità per gestire anche eventuali soggetti provenienti da zone limitrofe ad un eventuale incidente comportante fuoriuscita di materiale radioattivo fra cui ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo,
- ✓ area deposito carrelli materiali e dispositivi maxi-emergenza.



1.5 Percorsi di contenimento del rischio di contagio

A settembre 2023 a seguito del recepimento delle ultime normative a livello nazionale e delle indicazioni operative a livello regionale, sono state aggiornate le procedure interne relative alla regolamentazione degli accessi alle strutture sanitarie e al controllo della diffusione della pandemia COVID-19. Il dato epidemiologico è in evoluzione e monitorato secondo quanto definito nel Piano Pandemico.

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 SARSCOV2 rev03_12.09.2023) sono disponibili sul minisito COVID-19.

Ad ottobre per consentire a ciascun operatore di acquisire gli elementi necessari alla gestione in sicurezza dei pazienti positivi a SARS-CoV-2, in ambiti di degenza, è stata aggiornata la specifica Istruzione Operativa: IODMDPSS01-COVID-19 "GESTIONE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2 NELLE SC/SS/UA DELL'ASST PG XXIII" rev.01, pubblicata con i relativi allegati nel minisito COVID recentemente trasferito sulla nuova piattaforma intranet (le modalità di accesso al minisito rimangono inalterate).

Sono state aggiornate le procedure interne relative alla regolamentazione degli accessi alle strutture sanitarie e al controllo della diffusione della pandemia COVID-19. I documenti (Piano Organizzativo PO01COVID-19 "Regolamentazione degli accessi alle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie dell'ASST Papa Giovanni XXIII in corso di pandemia COVID-19" rev04_20.12.2023; TabellaPO01COVID-19 "COVID-19 PROGRAMMAZIONE DEI TAMPONI" rev10_20.12.2023; Modulo di richiesta tamponi indagini SARSCOV2) sono disponibili sul minisito COVID-19 nella sezione "Percorsi di contenimento del rischio di contagio COVID-19".

Inoltre si è provveduto all'aggiornamento dell'informativa 'INFORMAZIONE E AVVISO SU SARS-CoV-2 E OSPEDALIZZAZIONE/RESIDENZIALITÀ ai fini del consenso/rifiuto ad attività sanitarie e socio-sanitarie 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'.

1.6 Items oggetto di monitoraggio e rendicontazione PARM

Come per gli anni precedenti, nel 2023 si sono monitorati assiduamente gli indicatori per COVID-19.



Per quanto riguarda l'analisi dell'andamento nel tempo dei casi COVID positivi, analisi dei ricoveri, delle dimissioni e dei posti messi a disposizione per l'emergenza si allega:

ALL. 3 - Relazione Epidemiologia_COVID2023_RISK

Nel documento è sintetizzato il dato aziendale che evidenzia l'impegno clinico e organizzativo per la gestione delle fasi pandemiche, finalizzato a garanzia dei percorsi di mitigazione del rischio di contagio.

L'Azienda ha mantenuto centralizzati presso l'ASST 'Papa Giovanni XXIII' i ricoveri per COVID sintomatici predisponendo soluzioni organizzative con evoluzioni graduali ed effettuando riorganizzazione percorsi clinici assistenziali a seconda delle necessità e delle indicazioni regionali.

Sono stati aggiornati e diffusi agli operatori attraverso comunicazioni ad hoc e sempre reperibili all'interno del mini-sito aziendale dedicato i protocolli clinici e terapeutici messi in campo e standard clinici ed assistenziali garantiti.

Sono rimaste in atto/state definite inoltre soluzioni organizzative per la gestione di pazienti negativi per COVID-19 dettate dall'emergenza e analisi del rischio sulle patologie di altra natura che non sono state erogate per effetto della pandemia nei periodi precedenti continuando l'implementazione di interventi chirurgici/procedure aggiuntive con grande impegno da parte di tutti gli operatori sanitari.

Sono stati mantenuti e aggiornati i percorsi per evitare le infezioni crociate in ambito ospedaliero (triage differenziati, aree filtro per la vestizione e svestizione, distanziamento, ecc.).

Il Risk management aziendale collabora al monitoraggio della corretta applicazione del documento specifico IODMDPSS01-COVID-19 "GESTIONE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2 NELLE UUOO DELL'ASST PG XXIII" per garantire una uniformità di comportamento in ordine alle evoluzioni e pubblicato nella sezione dedicata intranet aziendale 'Minisito- COVID19'.



Rispetto ad altri indicatori generali di monitoraggio, si riportano alcuni dati sintetici di riferimento:

- Approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI e gel antisettico per mani:

Tabella 1 – DPI 2023

QUANTITA'	TIPO DISPOSITIVO
0	COPRICAPO DPI III CATEGORIA
4.700	CAMICI DPI III CATEGORIA
0	TUTE DI PROTEZIONE
7.697	FACCIALE FILTRANTE FFP3
482.620	FACCIALE FILTRANTE FFP2
549	OCCHIALI DI PROTEZIONE
3.316	VISIERE

- Mantenimento dell'Istruzione Operativa IO01COVID-19SPP_“Utilizzo appropriato dei Dispositivi di Protezione Individuale per infezione da SARS-CoV-2 presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo” Rev.04 del 23/05/2022 e relativi allegati.
- 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 2 – Gel antisettico per le mani 2023*

Mese	Litri ricevuti	Litri distribuiti
01-2023	620,00	-887,20
02-2023	1.444,00	-912,90
03-2023	372,00	-1.005,70
04-2023	864,00	-899,90
05-2023	1.170,00	-870,70
06-2023	1.168,80	-1.130,00
07-2023	896,00	-866,30
08-2023	672,00	-853,40
09-2023	1.332,00	-907,90
10-2023	442,00	-967,50
11-2023	627,20	-915,40
12-2023	1.184,00	-879,00
Totale complessivo	10.792,00	-11.095,90

**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.*



2. Identificazione del rischio clinico

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

Anche per l'anno 2023 le segnalazioni effettuate dal personale aziendale sulla piattaforma di *Incident Reporting* (IR) sono sensibilmente aumentate rispetto agli anni precedenti e hanno 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.

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, anche in ordine alla DGR n. XI/6902 del 5.9.2022, è istituito un gruppo specifico con delibera n. 1316 del 22/09/2022.

Le segnalazioni si sono stratificate come nelle figure sottostanti:

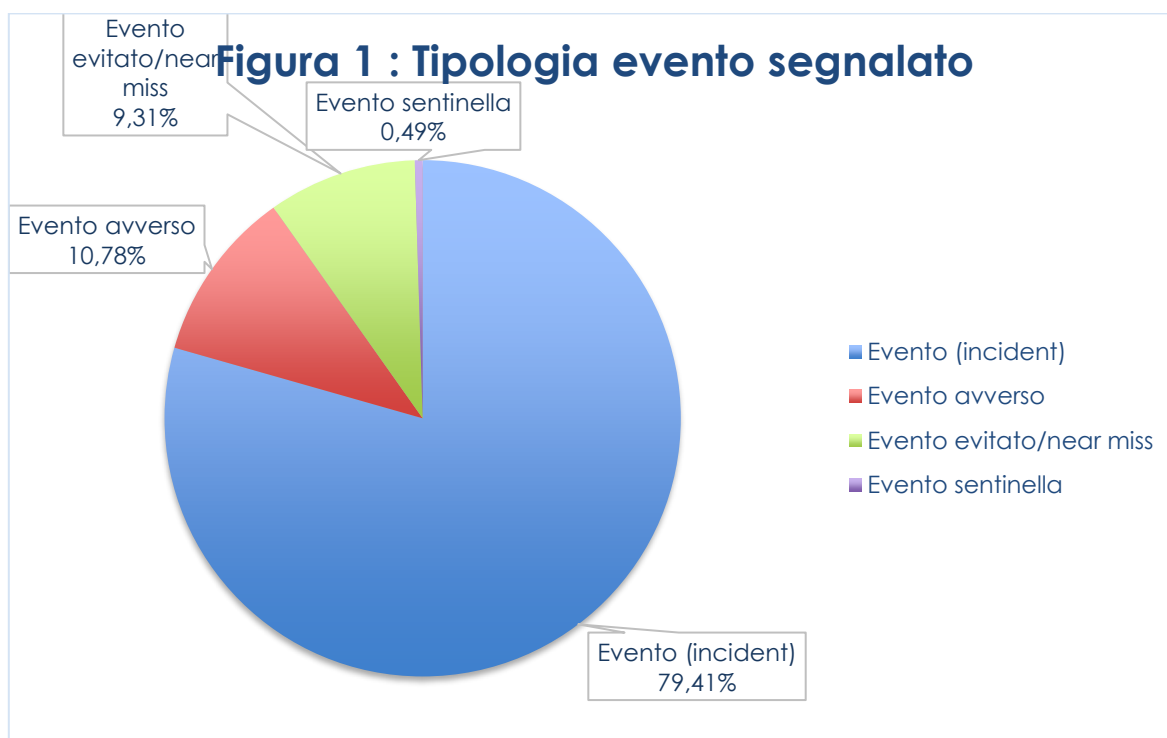
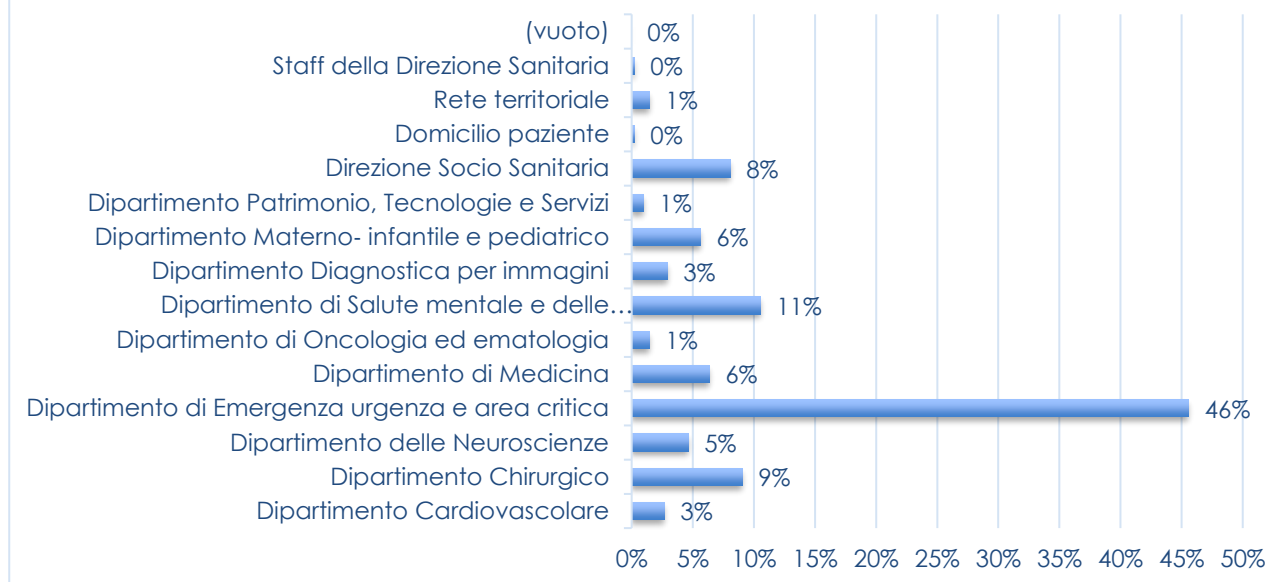




Figura 2: Distribuzione delle segnalazioni per dipartimento in %



Per alcune tematiche abbiamo incontrato le Strutture coinvolte, per analizzare varie segnalazioni, della medesima natura, inserite in IR e conseguentemente abbiamo costituito tavoli di lavoro specifici sulle problematiche emerse dai quali sono emerse azioni correttive/piani di miglioramento, oggetto di monitoraggio nel tempo.

2.2. Checklist standard qualitativi

Il risk management ha collaborato all'organizzazione ed effettuazione di controlli specifici per la valutazione degli standard qualitativi in tutte le aree di verifica proposte da RL, con lo scopo di rilevare eventuali criticità di fruibilità da parte dell'utenza ma anche in relazione all'adeguatezza e sicurezza delle strutture, nonché alla valutazione ed organizzazione dei percorsi e delle procedure stilate.

- ✓ Implementazione della check-list 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 G1.2023.0035844 del 13/09/2023). Effettuato audit



organizzativo coordinato da risk manager in data 12 ottobre 2023 alla presenza di 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 30 ottobre 2023.

- ✓ Applicazione dello strumento di analisi proattiva del rischio FAILURE MODE EFFECT CRITICAL ANALYSIS (FMECA) processo di gestione dei tamponi per la ricerca del SARS-COV-2: azioni di miglioramento vedere punto 1.2 del presente documento.

2.3. Raccomandazioni ministeriali.

Per quanto riguarda lo stato di implementazione delle **raccomandazioni ministeriali** ai fini degli adempimenti LEA 2023 è stato aggiornato il monitoraggio per l'anno 2023 all'interno del portale AGENAS.

In ottemperanza alla Raccomandazione n. 10: “Raccomandazione per la prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati”, si era prodotta tempo fa la relativa Istruzione Operativa Cod. IODOE06 “Prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola”, revisionata in toto nel 2023.

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).

Un'altra attività in fase di implementazione, all'interno del Gruppo Aziendale Dedicato Cadute, 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’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”.



Si è effettuata una fase pilota per valutare lo strumento, ora è in fase di assestamento 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 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 si è provveduto alla realizzazione della diffusione, tramite strumento di pagina informativa, per tutto il personale operante.

Si è provveduto all'aggiornamento della Procedura concernente gli eventi sentinella.

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 formazione di personale dedicato di dirigenza e comparto attraverso la ripresa dello strumento Check list 2.0 di sistema.

Per la raccomandazione 9: "Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" si è provveduto alla revisione della procedura "Gestione dei Controlli sulle Apparecchiature ad uso Sanitario".



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 stravasamento di farmaci antitumorali" e allegati.

2.4. Risk Based Thinking

Nel 2023 si è svolto il Corso di formazione “Risk Based Thinking: Modelli operativi per la gestione del rischio” in un’unica sessione di 8 ore (03 novembre 2023) con la partecipazione di 21 Referenti Qualità di ambito sanitario e non, per inserire il concetto di Risk Based Thinking nei processi direzionali valorizzando la sinergia tra sistema di gestione della qualità e gestione integrata del rischio.

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

L’approccio strutturato alla gestione del rischio e di integrazione dei processi di risk management nei meccanismi decisionali, comporta benefici quali definizione di solide strategie risk-based a lungo termine, consolidamento della governance e supporto alle decisioni, capacità di anticipare e reagire ai cambiamenti, ottimizzazione della spesa per la mitigazione dei rischi con conseguente riduzione degli eventi avversi.

Contribuisce anche ad un uso e un’allocazione più efficace delle risorse, alla protezione del patrimonio aziendale, alla tutela dell’immagine e del know-how delle figure professionali, così come all’ottimizzazione dell’efficienza operativa.

Il Risk Manager ha il ruolo di supportare le direzioni aziendali/strutture operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e 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 anche in linea con l’implementazione del modello di Enterprise Risk Management (ERM) che dopo una fase pilota in alcune ASST regionali verrà introdotto anche nell’ASST Papa Giovanni XXIII nel 2024.

Pervenuto in data 23 dicembre 2023 il decreto 2068 del 21.12.2023 ‘Approvazione delle linee di riferimento per l’implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management – Gestione integrata del rischio nel sistema socio-sanitario di Regione Lombardia’.

Di seguito PDTA redatti o revisionati:

- PDTA “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente adulto con Trauma Maggiore”, validato e pubblicato;



- PDTA “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente pediatrico con Trauma Maggiore (0-17 anni)”, validato e pubblicato;
- Partecipazione ai lavori della Istruzione Operativa “Trasfusione Massiva” discendente dal PDTA Trauma Maggiore Adulto, in atto test di validazione;
- Triage ospedaliero, in ottemperanza alla DGR 6168 “Rete regionale dei Pronto Soccorso - Determinazioni in merito al percorso di formazione in triage intraospedaliero” e decreto 4304 “Approvazione del modello di triage intraospedaliero di Regione Lombardia e dei percorsi formativi per formatori ed operatori, in attuazione dell’Intesa Stato Regioni dell’1.8.2019 (Rep. Atti 143/CSR)”;
- Aggiornata “LA CONTENZIONE MECCANICA IN PSICHIATRIA” (Cod. PSp04SPDCcontenzioniPG7MQ7) e dei suoi allegati;
- Aggiornato PDTA (Cod. Neuro02Stroke) “Gestione dell’ictus ischemico in fase acuta”;
- Sostegno in accordo con Anestesia e Rianimazione IV, e Direzioni alle attività di monitoraggio, supporto ed aggiornamento delle attribuzioni collegate a tematica emergenza intraospedaliera;
- “Gestione allontanamento non autorizzato della persona assistita dalla struttura sanitaria e socio sanitaria”, documenti in fase di validazione.

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 è continuato 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.

Da tale monitoraggio è scaturita la necessità di porre il documento in revisione ed è stato convocato il GdL, fra cui lo staff di Risk management fa parte, con primo incontro in data 16 settembre per definizione delle esigenze e piani di revisione.

2.6. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico nell’utilizzo dei Farmaci

Con il Direttore dell’SC Farmacia continua la definizione di alcune linee prioritarie di intervento in tema farmaco (analisi IR ambito farmacologico, sanità penitenziaria, raccomandazioni ministeriali e procedure correlate).



2.7. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito di Pronto Soccorso

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 nel "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica"(delibera 1316 del 22/09/2022).

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

A seguito di quanto esposto sopra, è stato completato il progetto di introduzione della PPCI (protocolli di presa in carico infermieristica) presso il centro EAS con avvio all'implementazione dei PPCI dal 19 dicembre unitamente a:

- Dolore toracico presso il Pronto soccorso della sede HPG23 e PS presidio di San Giovanni Bianco,
- Traumi minori presso il pronto soccorso della sede di SGB.

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

2.8. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito degli Istituti Penitenziari

In prosecuzione di quanto già in atto su mandato delle LLGG 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.

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.

2.9. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito di Sala Operatoria

Nell'ottica di monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali, 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:

- Revisione della procedura generale PG4MQ6 relativa al processo di sterilizzazione e più in generale del riprocessamento dei Dispositivi Medici e successivo Audit.

Nel corso del 2023 sono riprese le attività correlate 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.

Dopo aver individuato chirurghi, anestesisti, infermieri, ostetriche e tecnici, verranno effettuati quattro incontri formativi (ottobre e dicembre) accreditati ECM di approfondimento e discussione finalizzati a condividere piani di miglioramento discussi all'interno del gruppo di progetto (Risk Management, Direzione Medica, DAPSS, Gestione Operativa) e condivisi con Direttori/Responsabili e Coordinatori di tutte le specialità chirurgiche/interventistiche.

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.

Inoltre sono state seguite e condivise con gli attori di alcune strutture operative il progetto pilota di check list pre-operatoria atta a ridurre gli elementi critici e rendere il percorso fra degenza e sala operatoria in linea e sicurezza.

In fase di attivazione il progetto "Documentazione infermieristica di dimissione dalla Sala Operatoria" da Direzione Medica e 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.



2.10. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito territoriale e sociosanitario

Nell'anno 2023 sono state previste iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021.

In particolare, vedranno il coinvolgimento diretto del Risk Manager nelle attività che riguardano l'implementazione degli strumenti di risk management relativamente al percorso di:

- Avvio dei nuovi Distretti

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 un percorso di analisi e gestione del rischio.

- Gestione integrata del processo di prescrizione, esecuzione, conservazione e conferimento di campioni biologici ai Laboratori per le analisi tossicologiche a valenza medico legale, nei servizi delle dipendenze.

L'insieme di svariati fattori che impattano sulla trasversalità del processo ha portato alla valutazione di attuare un piano di miglioramento della qualità per l'efficacia e appropriatezza delle prestazioni finalizzato a ridurre le potenziali minacce che possono influenzare negativamente l'output del processo.

ALL.04 Scheda Progetto Gestione integrata del processo di prescrizione, esecuzione, conservazione e conferimento di campioni biologici ai Laboratori per le analisi tossicologiche a valenza medico legale, nei servizi delle dipendenze

- Attivazione cure domiciliari

Dal 14 novembre la nostra ASST è ufficialmente ente erogatore del servizio di Cure Domiciliari (ex ADI), che nasce su indicazione di Regione Lombardia per favorire la permanenza nel proprio contesto di vita di persone di qualunque età, affette da patologie croniche o acute trattabili a domicilio, e mantenere e/o sviluppare l'autonomia dell'assistito. Le persone in condizioni di fragilità e impossibilità, in via temporanea o definitiva, ad accedere autonomamente ai servizi del territorio, possono fare richiesta di ricevere direttamente al domicilio le cure socio sanitarie da parte di operatori qualificati dell'azienda.

L'attivazione è stata supportata, anche ai fini delle autorizzazioni ATS, da un impianto documentale in linea con i requisiti ISO 9001/2015, relativi ad analisi di contesto e rischio ed alla declinazione di procedure e istruzioni operative specifiche.



Le sedi territoriali di riferimento alla residenza del cittadino richiedente sono le seguenti:

- ✓ Sede Organizzativa e Operativa Aziendale presso presidio Matteo Rota (via Garibaldi 13/15), Bergamo,
- ✓ Sede Operativa del Distretto Valle Brembana, Valle Imagna e Villa d'Almè la Casa di Comunità di Villa D'Almè e la Casa di Comunità di Zogno (Piazza Bortolo Belotti 1).

Si vuole perseguire in condivisione con DSS e gli attori dell'area distrettuale, una logica di applicazione della metodologia di certificazione ISO 9001:2015 per lo sviluppo dei processi e documentazione relativa, partendo un percorso di analisi e indicazioni per la gestione del rischio.

- Telemedicina/teleassistenza:

A partire dal 2020 in atto attività di telemedicina/assistenza per effettuare sia le tele-visite fra pazienti e professionisti sanitari, sia i teleconsulti fra specialisti in particolare in PMA, ORL per la riabilitazione dei pazienti con sordità grave, dopo l'intervento di installazione di un impianto cocleare per ripristinare l'udito, o per il monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili nel cuore (pacemaker, defibrillatori, dispositivi per la risincronizzazione cardiaca, loop recorder).

Nelle sedi territoriali ogni Punto unico di accesso (PUA) è dotato di postazioni di **telemedicina**, tramite le quali i Medici di assistenza primaria possono collegarsi con gli specialisti (in particolare cardiologi, diabetologi e pneumologi) dell'ospedale Papa Giovanni XXIII per consulti sulla gestione e sul monitoraggio di pazienti cronici complessi già in carico. 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.

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

In collaborazione con la Regione Toscana ed il gruppo Gestione rischio e sicurezza in sanità (GReSS) dell'Ordine TSRM-PSTRP è stato predisposto un progetto specifico volto a monitorare lo stato di consapevolezza e di gestione di tale rischio attraverso questionari da diffondere ai Risk Manager e agli operatori sanitari ospedalieri e territoriali.

Attraverso canale email e newsletter aziendale si è diffusa l'informativa a tutti gli operatori sanitari all'invito di partecipazione al progetto di ricerca sul rischio nutrizionale NURISK, compilando entro il 17 febbraio 2023 il questionario; i risultati non sono stati ancora forniti da RL.



3. Travaglio-parto

Anche per il 2023 il Risk management dell'ASST 'Papa Giovanni XXIII' ha mantenuto l'attività di gestione del rischio clinico relativa al processo di travaglio/parto attraverso la raccolta e analisi dei trigger materno-fetali e il periodico utilizzo di audit strutturati con la declinazione delle azioni di miglioramento conseguenti sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di Rischio.

L'audit per l'analisi regionale dei trigger è avvenuto in data 29 marzo 2023 con spunti di seguito riportati:

- Dall'analisi del report regionale emerge un dato (22.1%) significativamente inferiore (oltre 4 punti percentuali);
- 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 approfondito il trigger ISTERECTOMIA;
- Viene confermata attività di formazione/simulazione in atto relativa trigger DISTOCIA DI SPALLE;
- Viene confermato come progetto PARM 2023 la "REVISIONE DELLA PROCEDURA SULL'INDUZIONE MEDICA DEL TRAVAGLIO".

Inoltre, ai sensi del decreto DG Welfare n.14353 del 07/10/2022, è stata avviata la rilevazione della Sorveglianza della mortalità perinatale, per la quale sono stati individuati i referenti (Ostetrici, neonatologi, ginecologi, Risk manager) e si è provveduto all'adempimento del progetto con l'invio dei report di audit di primo livello per ogni caso (13 totali) verificatosi in ASST.

Proseguono altresì altri due progetti attivati con ISS-Ministero della Salute attraverso la collaborazione dei referenti del nostro punto nascita:

- 1) "Near miss materni e Perinatali ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza" progetto coordinato da Regione Lombardia;
- 2) "Sorveglianza della mortalità materna": progetto che prevede la segnalazione e la raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna.

Inoltre, come da nota regionale n°5538 del 13/02/2023 'Modalità organizzative della gestione del ricovero dopo il parto' in rispetto all'adesione alla buona pratica del 'rooming-in' proposta dal personale sanitario, valutando le condizioni cliniche della stessa, la sicurezza del neonato da un punto di vista



sanitario e la sussistenza di condizioni logistiche favorevoli, che garantiscano un'adeguata sorveglianza nel percorso intrapreso da tempo con adeguata informazione, coinvolgimento e supporto alla madre ed alla famiglia da parte degli operatori sanitari, con partecipazione attiva anche dell'accompagnatore della madre. A tal fine è stata elaborata una informativa con atto di consegna documentato in cartella clinica garantendo il percorso più appropriato da attuare secondo le indicazioni regionali.

Proseguono altresì i **tre progetti attivati con ISS-Ministero della Salute** attraverso la collaborazione dei referenti del nostro punto nascita:

- 1) **“Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza”** progetto avviato il 1 novembre 2017, coordinato da Regione Lombardia e con la partecipazione di 8 regioni;
- 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;
- 3) **“Sorveglianza della mortalità perinatale”**: progetto pilota iniziato nel 2017 in Lombardia, Toscana e Sicilia, prevede la segnalazione e la raccolta prospettica di tutti i casi di morte tardiva in utero e della mortalità neonatale precoce per raccogliere informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili.

Si allega la scheda progetto proposto per l'anno in corso “Revisione della procedura sull'induzione medica del travaglio”, che **ha richiesto un'estensione al 2023** per il completamento delle attività preventivate ovvero analisi di una scheda raccolta dati dedicata agli item assistenziali e organizzativi, un audit clinico e l'aggiornamento conseguente del PDTA.

ALL. 5 – SCHEDA Revisione induzione medica travaglio

4. Infezioni

La gestione del rischio di infezioni è coordinata nell'ambito del Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza e Uso Appropriato dei Farmaci Antimicrobici, del quale il Risk Manager aziendale è membro di diritto. Il Comitato definisce annualmente gli obiettivi, che sono monitorati durante l'anno ed 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.

Nel corso del 2023 si sono tenute due sedute plenarie del Comitato; si sono mantenuti ed aggiornati i progetti e le attività relative a: Sorveglianza delle infezioni da batteri multiresistenti, Antimicrobial Stewardship, Vaccinazioni per gli operatori sanitari, Sorveglianza infezioni del sito chirurgico e si sono delineati gli obiettivi per il 2024.

Inoltre è stata presentata l'Istruzione Operativa "Gestione delle infezioni delle protesi ortopediche" cod. IO01PSp03MalInfPG7MQ7 con i rispettivi allegati.

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 è 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.

Inoltre si è effettuata la conduzione di un Audit, su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento sulla casistica 2022, ricavati dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, secondo le indicazioni fornite 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 decreto 20674 del 21.12.2023 '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 23.12.2023 ed è stato diffuso a tutto il gruppo di lavoro.

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 VAP adulto e pediatrico.

Per l'anno 2023 è stata aggiornata e ri-attivata una FAD aziendale specifica "Igiene delle mani: pietra miliare per ridurre le infezioni correlate all'assistenza" inserita in obiettivo del personale delle professioni sanitarie e sociali.



Anche nel 2023 si è posto in essere il Progetto “Protocollo Hand-Higiene 2023- 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 oltre 1000 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. (Obiettivo di Budget).

I risultati sono inseriti in OdG della seduta plenaria del Comitato Infezioni Correlate All’assistenza E Uso Appropriato Dei Farmaci Antimicrobici (CICAUAFA) 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 2024.

ALL. 6 Progetto Hand-Higiene 2023

ALL. 7 SCHEDA HH progetto 2023

5. 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 tre volte per l’analisi e la definizione di azioni da implementare. Negli incontri si è condiviso 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 alla Struttura Relazioni col Pubblico.

Per quanto riguarda gli **atti di violenza nei confronti degli Operatori**, sono state raccolte nel corso dell'anno molte segnalazioni di aggressione, in special modo inerenti le aree di Pronto Soccorso, aree Psichiatriche e Sanità penitenziaria. Le aggressioni sono state raggruppate e analizzate nel corso di incontri specifici aventi lo scopo di vagliare soluzioni per il contenimento della violenza.

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 probabile estensione di 1-2 ore.

In ambito Psichiatria si sono messe in atto delle azioni migliorative rispetto alla tutela del personale operante con la produzione di segnaletica iconografica in collaborazione con Struttura Semplice Sicurezza, Prevenzione e Protezione per il divieto di introduzione di determinati oggetti (taglienti, accendini...) ed apposizione in strutture sensibili e in punti chiave di accesso e transito all'interno dell'ASST. In collaborazione con SPDC si è presidiata la revisione di Regole di Unità in materia di sicurezza per operatori e pazienti. Inoltre è in atto con l'Ufficio Tecnico patrimoniale una revisione in merito al sistema di apertura porte verso l'esterno, che sia allarmata in ambito visivo e sonoro e con sistema di apertura da clavigero a badge.

Anche nel 2023 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 (3, 4, e 5 ottobre 2023) per n. 21 ore di formazione; mentre in data 6 ottobre si è svolto il refresh di 6 ore per 18 professionisti.

In ambito Sanità Penitenziaria, a seguito di un ulteriore 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 consolidate 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 continuata l'attività del gruppo di lavoro interprofessionale PG23 (componente medica, infermieristica, psicologia, ecc.) e Amministrazione Penitenziaria relativo a:

- Sensibilizzazione AP a seguito dei riscontri di aggressioni verbali e fisiche (de-escalation) con erogazione di corso di formazione integrato con personale dell'amministrazione penitenziaria. La realizzazione dell'evento formativo ECM-CPD "Prevenzione e gestione professionale di emergenze conflittuali in ambito di sanità penitenziaria" è avvenuta in azienda in dicembre per n. 6 ore di formazione e con il coinvolgimento di n. 25 professionisti per ciascuna edizione;
- Analisi precedenti ed attuali esperienze in essere circa somministrazione farmacologica in ambito penitenziario, atti alla massimizzazione, anche in ambito medico prescrittivo, dei livelli di sicurezza e di consegna dei farmaci ed alla ottimizzazione della tempistica dedicata alla somministrazione da parte del personale infermieristico impiegato in Sanità Penitenziaria (richiesta di sicurezza con presidio attivo e presenza comunque di allarme mediato);
- Continuazione progetto relativo a gestione farmacologica tipo "monodose" come in uso in strutture ospedaliere;
- Definizione di un TAVOLO CLINICO-ORGANIZZATIVO inerente il Progetto "Acquisizione tecnologica robotica per la preparazione di farmaci antitumorali e adeguamento Laboratori sterili SC Farmacia".

Il Risk management ha inoltre coordinato, con la Struttura Semplice Sicurezza, Prevenzione e Protezione alla compilazione della "Survey: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del SSR lombardo (L.R. 15/2020)", trasmessa in RL tramite inserimento in Moduli Google Forms il 18/10/2023.

Nel 2023 è pervenuta la richiesta dei dati sugli atti di violenza su operatori (Nota prot. RL n. GI.2023.0029227) per il periodo anno 2022 e nel primo semestre 2023, restituito con nota protocollare 52340/2023 del 11.08.2022.

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.

Si segnala una formazione residenziale svoltasi fra settembre ed ottobre dal titolo: 'Riconoscere e contrastare le violenze per potenziare i percorsi di cura e assistenza' in accordo e coinvolgente tutte le strutture dell'azienda, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri – OMCEO, Reti Interistituzionali Antiviolenza di Bergamo e Dalmine, Treviglio e Romano di Lombardia, Val Brembana, Valle Imagna e Villa d'Almè, Distretto Bergamo Est, Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bergamo, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni di Brescia, Forze dell'ordine, Università degli Studi di Bergamo e Comune di Bergamo.

Gli obiettivi formativi preposti, oltre all'aumento delle competenze per l'intercettazione del fenomeno, sono stati il potenziamento della collaborazione tra le varie realtà aziendali ed extra-aziendali in materia di contrasto alla violenza.

6. Informazioni ai pazienti sui rischi da Covid ed informazioni a caregivers e a cittadini

Nel corso dell'anno l'emergenza Covid-19 ha occupato solo una parte residuale dell'attività dell'ufficio, che ha seguito in particolare di temi clinici e di ricerca e lo sviluppo delle strutture di prossimità tra ospedale e territorio; gli indicatori hanno mostrato complessivamente un ritorno dell'attività ai numeri pre-pandemia e in linea con quelli dello scorso anno.

Sul fronte della comunicazione esterna in particolare si sono evidenziati i seguenti temi: campagne vaccinali Covid, influenza, Zoster e Pneumococco; screening epatite C; miglioramento attesa in PS.

Si è posta molta attenzione alla progressiva implementazione dei servizi che fanno capo al polo territoriale della nostra azienda, con particolare riferimento all'attivazione dei distretti e delle case di comunità, in merito è stato anche organizzato:

- La presentazione della Casa di comunità di Villa D'Almè, inserita all'interno del Distretto Val Brembana, Valle Imagna e Villa D'Almè e attivata alla fine dello scorso anno. (1° marzo),
- l'Open Day della nuova Casa di comunità di Zogno (13 novembre).



Ampio supporto è stato dato al Servizio Prevenzione e Protezione nella condivisione interna di tutte le fasi del progetto di rilevazione dello stress lavoro correlato in azienda.

L'attività di informazione ai cittadini avviene tramite l'ausilio di comunicazioni specifiche ed un aggiornamento costante di pari passo con le novità organizzative e di accesso ai servizi del sito internet aziendale e della pagina Facebook, ritenuto un vero e proprio canale di customer, utile per informare i cittadini.

Si è proseguito il lavoro di affinamento dei contenuti e dei percorsi di navigazione. Sul fronte dei contenuti è anche proseguito il lavoro di aggiornamento costante, di pari passo con le novità organizzative e di accesso ai servizi.

ALL. 8 - Relazione attività 2023 Comunicazione per risk

7. Informazioni al personale

È proseguito fino a dicembre 2023 l'aggiornamento a tutto il personale aziendale circa la situazione ospedaliera tramite l'utilizzo di newsletter interna mensile e tramite l'aggiornamento costante della sezione intranet specifica "Minisito Covid-19", contenente documenti e indicazioni relative alla gestione aziendale dei temi relativi a COVID-19.

Questo strumento è stato sostituito da uno più moderno, potenzialmente in grado di raggiungere tutti gli operatori dell'azienda, in tempo reale e ovunque essi si trovino.

Si è ideata e realizzata una app per dispositivi mobili dedicata agli operatori dell'azienda.

Questo strumento, disponibile da novembre 2023, ha il vantaggio di poter raggiungere, potenzialmente in tempo reale, tutti gli operatori, indipendentemente da alcune variabili 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.



8. Attività di monitoraggio

8.1 Eventi sentinella

Sono stati segnalati nel corso del 2023 due eventi sentinella (ES) inseriti in SIMES (sistema ministeriale di segnalazione eventi sentinella) valutati preliminarmente con il Direttore Sanitario e analizzati tramite RCA. Nello specifico:

- 1) Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso,
- 2) Procedura chirurgica in parte di corpo sbagliato (lato).

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*.

Sono stati effettuati 24 fra Audit e *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 correlati al trasporto interno da struttura a bassa intensità a struttura ad intensità media/alta, ...).

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

8.2 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP)

Si faccia riferimento al punto 3 del presente piano.

8.3 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2023

Si faccia riferimento al rendiconto specifico in:

All.9 SCHEDA attività gruppi 2023

9. Ascolto e mediazione dei conflitti

Anche per il 2023 l'attività di ascolto e mediazione dei conflitti ha avuto regolarmente corso.



L'equipe dedicata all'attività di ascolto e mediazione dei conflitti è attualmente composta da 3 persone. In un caso, relativo al settore di competenza, è stato coinvolto un altro operatore che aveva effettuato il corso previsto da Regione e che, in quel solo caso appunto, ha svolto il ruolo di mediatore.

Per quanto riguarda l'anno 2023, sono stati effettuati dieci ascolti, due dei quali dedicati a un operatore dell'Azienda. Gli incontri si sono sempre svolti con piena soddisfazione delle persone ascoltate.

Nel corso del 2023, è stato anche organizzato un incontro formativo rivolto al Dipartimento Materno Infantile, sullo specifico tema dell'ascolto e della mediazione dal titolo "L'ascolto e la mediazione: abilità che danno forza alle relazioni". I partecipanti, anche in questo caso, hanno manifestato attraverso la customer satisfaction nei confronti dell'iniziativa, pieno consenso.

Visto il tema del *World Patient Safety Day 2023 'Engaging Patients for Patient Safety'*, individuato anche da Regione Lombardia, a riguardo delle “iniziative a livello aziendale per implementare il coinvolgimento dei pazienti/cittadini/stakeholder nei percorsi di cura e di sicurezza per la gestione del rischio sanitario” si è presentata una buona pratica aziendale relativa alla mediazione trasformativa, inserita anche nel portale Agenas.

La buona pratica ‘La mediazione trasformativa come strumento del risk management’ implementata in azienda sin dal 2010, si prefigge i seguenti obiettivi:

- Favorire un ascolto senza giudizio verso la persona (operatore o utente) che si è sentita ferita all'interno di una relazione di cura;
- Ridurre la possibilità che il conflitto si espanda e possa sfociare in contenziosi, denunce, attacchi alla reputazione dei professionisti e dell'ente;
- Diminuire il fenomeno del burnout tra gli operatori.

In occasione della 5° Giornata mondiale per la sicurezza del paziente il Risk manager ed un mediatore aziendale, hanno partecipato al Seminario regionale “Il coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e della comunità nella sicurezza dell'assistenza” in data 18 settembre, dove fra i vari interventi, vi è stata la presentazione dello ‘Sportello Wel.co.me. e il valore della mediazione dei conflitti’ con esperienza di ASST Mantova.

Inoltre, sempre per valorizzare le iniziative relative, un membro dello Staff ha partecipato il 15 settembre al Convegno ‘Espressione e Valore del Risk Management nelle Organizzazioni Sanitarie’ a Pavia.



10. Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione

È stato effettuato il corso “**La gestione delle relazioni e della documentazione clinica nel caso di evento avverso – strumenti per il professionista sanitario**”, in un’unica edizione di 8 ore condotto da esperti della materia interni all’ASST.

Il corso, oltre a fornire una panoramica rispetto all’attività del rischio clinico, ha toccato i seguenti aspetti:

- L’importanza della corretta gestione documentale e le conseguenze in caso di sua presenza parziale o incompleta;
- L’importanza della comunicazione verbale e non verbale con il paziente e i parenti, ma anche tra gli i professionisti, specie nel caso di eventi avversi.
- 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),
- 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.

11. 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” al seguente link: <https://www.asst-pg23.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/adempimenti-ai-sensi-ln-242017>



12. Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri

CVS sotto SIR:

Data	N. casi discussi
20 gennaio 2023	7
1 marzo 2023	12
18 maggio 2023	15
6 luglio 2023	9
12 ottobre 2023	6
13 dicembre 2023	8

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

Data	N. casi discussi
20 gennaio 2023	1
1 marzo 2023	6
18 maggio 2023	6
6 luglio 2023	4
12 ottobre 2023	7
8 novembre 2023	1
13 dicembre 2023	4

CVS sopra SIR (AmTrust Assicurazioni):

Data	N. casi discussi
12 ottobre 2023	1
13 dicembre 2023	2



13. Formazione

Durante l'anno 2023 in collaborazione con Accademia Polis sono stati effettuati corsi di formazione e incontri con i Risk Manager e gli attori del sistema per le seguenti tematiche:

- Rischio ostetrico e materno infantile: formazione ai risk manager e ai clinici per l'avvio della rilevazione della Sorveglianza della mortalità perinatale (DG Welfare n.14353 del 07/10/2022);
- Corso per Risk Manager e componenti CVS: corso avanzato (3-4 moduli);
- Network trimestrali di Risk Management.

Nel 2023 è stato erogato il corso 'Risk Based Thinking: Modelli operativi per la gestione del rischio' nel quale vengono 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 implementati ed erogati per l'anno in corso sono:

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale riconoscimento e intercettazione segnali di potenziale rischio comportamenti suicidari e implementazione di azioni protettive: diffusione tramite produzione di una pagina informativa rivolta a tutti i professionisti;
- Esito di analisi FMECA tamponi corso FAD "Gestione della fase pre-analitica nelle varie realtà della Medicina di Laboratorio";
- Piano Pandemico Aziendale (PG17MQ6): disposizione FAD da giugno 2023;
- Gestione ospedaliera di persone esposte ad irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione ad eventuali emergenze radiologiche (PSP01PG15MQ6): formazione in modulo FAD in collaborazione con gli attori principali;
- Sicurezza del farmaco: formazione residenziale in collaborazione con Farmacia sulla sicurezza nella farmacoprescrizione;
- Predisposizione e gestione di una sala operatoria per le procedure con laser medicali di classe 3B & 4;
- Formazione TRACER: All'interno della metodologia di valutazione della qualità e del rischio che Joint Commission (JCI) ha costruito attraverso i propri standard, l'assessment con la metodologia TRACER ricopre un posto di particolare rilievo.

La formazione sulla metodologia Tracer di JCI consente di valutare tutte le procedure a cui un paziente è sottoposto durante il ricovero ospedaliero: l'accettazione, gli esami e i trattamenti, i



trasferimenti e le dimissioni. Si tratta di un'analisi precisa di tutti i settori di lavoro che mette in luce le problematiche d'interfaccia tra le diverse procedure di trattamento.

I controlli fatti con metodologia Tracer comprendono anche tutti i processi organizzativi. Tra questi, ad esempio, le competenze dei professionisti, la gestione delle informazioni, il facility management, i sistemi di sicurezza.

La Formazione per il consolidamento/diffusione ed informazione sulla cultura della sicurezza si è svolta in continuo agli operatori dell'azienda sia in Strutture (Emodialisi, Cure Domiciliari, Malattie Infettive) sia in ambiti specifici (sicurezza del farmaco, personale neoassunto, interventi formativi/informativi specifici in strutture aziendali, ...).

È continuata anche nel 2023 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; nelle medesime modalità è stato attivato il corso “La gestione delle lesioni da pressione”.

All'interno della partecipazione al *Joint Commission Italian Network* hanno partecipato ai 4 webinar proposti (La valutazione dei professionisti, Handover, I bisogni spirituali nella Cura, Cultura della Sicurezza) in tema di qualità e sicurezza delle cure oltre 50 operatori di differenti professionalità (infermiere, medico, ostetrica/o, tecnico sanitario, farmacista, biologo, ...).

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 2.4 del presente piano in tema di *Risk Based Thinking*.

Si faccia anche riferimento al punto 9 del presente piano in tema di formazione per l'ascolto e la mediazione dei conflitti anno 2023.

Si faccia anche riferimento al punto 10 del presente piano in tema di formazione per la comunicazione anno 2023.

ALL.10 - SCHEDA rendiconto corsi RM 2023



14. Allegati

ALL. 1 - Attività Covid 2023 Farmacia per Risk Management

ALL. 2 - Andamento Positiv.COVID.PG23

ALL. 3 - Relazione Epidemiologia_COVID2023_RISK

ALL. 4 - Scheda Progetto Gestione integrata del processo di prescrizione, esecuzione, conservazione e conferimento di campioni biologici ai Laboratori per le analisi tossicologiche a valenza medico legale, nei servizi delle dipendenze

ALL. 5 - SCHEDA Revisione induzione medica travaglio

ALL. 6 - Progetto Hand-Higiene 2023

ALL. 7 - SCHEDA HH progetto 2023

ALL. 8 - Relazione attività 2023 Comunicazione per risk

ALL. 9 - SCHEDA attività gruppi 2023

ALL. 10 - SCHEDA rendiconto corsi RM 2023

Redazione
Risk Management
Dott.ssa Sara Locatelli
CI Luigi Daleffe

Il Risk Manager
Dott. Gabriele Pagani