



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO

Rendicontazione piano annuale di Risk Management anno 2022

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 | 6 |
| 1.3 Gestione dei cluster epidemici nelle aree no covid | 7 |
| 1.4 Gestione dei Piani di Iper-afflusso con integrazione degli specifici piani aziendali di emergenza COVID-19 | 9 |
| 1.5 Percorsi di contenimento del rischio di contagio | 10 |
| 1.6 Items oggetto di monitoraggio e rendicontazione PARM | 12 |
| 2. Identificazione del rischio clinico | 15 |
| 2.1. Il sistema di segnalazione degli incident, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella | 15 |
| 2.2. Checklist standard qualitativi | 17 |
| 2.3. Raccomandazioni ministeriali..... | 18 |
| 2.4. Risk Based Thinking..... | 19 |
| 2.5. Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure | 19 |
| 2.6. Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci..... | 20 |
| 3. Travaglio-parto..... | 20 |
| 4. Infezioni..... | 21 |
| 5. Violenza a danno degli Operatori | 22 |
| 6. Informazioni ai pazienti sui rischi da Covid ed informazioni a caregivers e a cittadini..... | 25 |
| 7. Informazioni al personale..... | 25 |
| 8. Attività di monitoraggio | 26 |
| 8.1 Eventi sentinella | 26 |



| | |
|---|----|
| 8.2 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP) | 26 |
| 8.3 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2022 | 27 |
| 9. Ascolto e mediazione dei conflitti..... | 27 |
| 10. Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione | 27 |
| 11. Trasparenza dei dati..... | 27 |
| 12. Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri | 28 |
| 13. Formazione..... | 29 |
| 14. Allegati..... | 30 |

Premessa

Come nel 2020 e 2021, anche per tutto l'anno in corso 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 che non possono prescindere dall'identificazione dell'avvenuto o non avvenuto contagio e dei processi/percorsi di contenimento da contagio.

La volontà di contenere il rischio di contagio da SARS CoV2 in ogni ambito della realtà ospedaliera ha richiesto l'assolvimento dei seguenti obiettivi fondamentali: definizione e distinzione dei percorsi dedicati ai pazienti SARS CoV2 positivi, ai pazienti SARS CoV2 negativi e ai pazienti in fase di accertamento, individuazione del rischio di contagio da SARS CoV2 nei percorsi di diagnosi e cura di competenza aziendale, informazione e formazione degli Operatori e relativi comportamenti da adottare.

Alla luce 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, si è reso necessario rivedere 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 unità organizzative specialistiche di competenza. L'obiettivo posto è stato quello di fornire indicazioni operative necessarie alla gestione in sicurezza dei pazienti positivi al SARS-CoV-2 negli ambiti di degenza specialistica, in modo da garantire da un lato la gestione in totale sicurezza dell'isolamento del paziente impedendo la diffusione del contagio all'interno dei reparti e dall'altro l'assistenza e la cura specialistiche che solo un centro di alta specializzazione può fornire.



Con Delibera n. 454 del 17/03/2022 l'azienda ha ridefinito la: "Costituzione del comitato strategico per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente".

Con Delibera n. 846 del 08/06/2022 "Adozione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022–2024 (POAS) e dell'organigramma Aziendale 2022 – 2024", **approvata poi 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".

In linea con le indicazioni di RL, le attività di gestione del rischio clinico sono state orientate prevalentemente ad iniziative intraprese nell'ambito della gestione COVID-19 e dell'implementazione della campagna vaccinale.

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

In linea con le indicazioni Regionali si conferma anche per l'anno in corso la partecipazione del Risk Management a tavoli di lavoro inerenti ad attività di competenza correlate all'emergenza Covid-19, e si elencano le tematiche presidiate nella check-list di riferimento all'allegato 1.

ALL. 1 - Check list CDC per ASST-IRCCS

1.1 Attività Vaccinale

Nell'allegato la sintesi relativa all'attività del risk management relativamente al progetto di audit campagna vaccinale.

ALL. 2 - SCHEDA Audit Campagna Vaccinale_Rendiconto2022

Di seguito una sintesi della rimodulazione dell'offerta nel corso del 2022.

È stato costituito in data 11 gennaio 2022 e resta attivo nel corso del 2022 fino al termine dell'esigenza, la **nuova struttura esterna dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII**, allestita in tempi record nell'area del Pronto soccorso (zona ovest), l'HUB Vaccinale ubicato presso l'area Tenostruttura esterna ASST per adulti e per i pazienti con raccolta anamnestica di "possibile alta probabilità di reazione anafilattica post vaccinale".



Da sabato 12 marzo anche le vaccinazioni dei bambini tra i 5 e gli 11 anni sono state trasferite dal foyer dell'Auditorium "Parenzan" all'area Tensostruttura allestita all'esterno del Pronto soccorso dell'Ospedale di Bergamo.

Attualmente l'HUB funge da riferimento provinciale per la vaccinazione anti Covid-19 massiva della popolazione.

Si esplicita che, seguendo le indicazioni di RL e quelle nazionali, sono stati predisposti altri poli/centri vaccinali:

- Centro Vaccinale a Zogno, presso Centro Servizi, Via Martiri della Libertà n. 27 (1 linea vaccinale) fino al 28 febbraio 2022,
- Centro Vaccinale a S. Omobono Terme, presso PreSST, Via Vanoncini (2 linee vaccinali) fino al 28 febbraio 2022, poi riprese nelle giornate del 05/11 e del 19/11
- Ambulatorio Vaccinale presso Ospedale Civile di San Giovanni Bianco, Via Castelli 5, fino al 05 Marzo 2022, poi riprese nelle giornate del 29/10, 12/11, 26/11, 03/12 e il 17/12.
- Case di comunità di Borgo Palazzo, Villa d'Almè e Zogno.

Sono state predisposte anche attività vaccinali a cura di Unità Mobili territoriali, gestite da personale Infermieristico ed Infermieri di Famiglia e Comunità nelle date del 10 gennaio 2022 e 7 febbraio 2022.

Oltre alle unità mobili territoriali nelle giornate del 18, 25 Ottobre 2022 e 8 Novembre 2022, è stata predisposta anche l'Unità Mobile Interna per offrire ai pazienti ricoverati allettati la possibilità della vaccinazione Covid in co-somministrazione con l'antinfluenzale.

Per l'accesso alla vaccinazione protetta è definita una istruzione specifica **IO10COVID-19** "La vaccinazione anti-Covid19 in ambiente protetto presso l'ospedale Papa Giovanni XXIII"

L'attivazione dei CVM è stata seguita da formazione ed informazione puntuale e dalla attivazione di una area specifica "campagna vaccinale" costantemente aggiornata all'interno di sito intranet dedicato 'Minisito COVID19'.

A partire dal mese di Giugno sono state riprese le vaccinazioni domiciliari per la somministrazione della 4° dose Covid e più precisamente dal 15/06 al 30/06 con cadenza giornaliera, nei mesi di Agosto e Settembre con cadenza settimanale, nei mesi da Ottobre a Dicembre con cadenza quindicinale.



Da fine Giugno a Dicembre con cadenza quindicinale o mensile, in base alle richieste, il personale infermieristico dell'Hub si è recato presso la Casa Circondariale di Bergamo per le vaccinazioni Covid-19 ai detenuti.

Nella giornata del 10 Dicembre 2022 presso la Tensostruttura è stato organizzato un OPEN DAY vaccinale per il vaccino antinfluenzale e contestualmente veniva offerta, in co-somministrazione, anche la vaccinazione Covid-19.

In relazione all'anno 2022, ai centri vaccinali massivi e per verificare della corretta gestione e appropriatezza degli stessi, si sono svolti audit con l'utilizzo dello strumento, ovvero check list, fornita da Regione Lombardia. L' applicazione della check list per la verifica della sicurezza del processo vaccinale presso i Centri Vaccinali Massivi finalizzata a valutare gli standard qualitativi e 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.

La gestione degli audit è stata svolta coinvolgimento i Responsabili dei singoli centri vaccinali e la definizione del processo di audit nelle seguenti fasi:

- ✓ Predisposizione verifiche on-site del percorso vaccinale con la produzione del "piano di audit".
- ✓ Realizzazione verifiche on-site del percorso vaccinale.
- ✓ Valutazione e condivisione esiti ed emissione del "Rapporto di Audit".
- ✓ Definizione e implementazione Azioni Correttivi e/o Piano di Miglioramento.

Gli audit effettuati presso il suddetto CVM l'HUB Vaccinale ubicato presso l'area Tensostruttura esterna ASST sono stati restituiti a RL:

- ✓ AUDIT effettuato il 24 febbraio 2022 inviato con n. prot.16928/22;
- ✓ AUDIT effettuato il 07 dicembre 2022 inviato con n. prot. 79052/22.

In allegato 3 una sintesi sull'attività della SC Farmacia nella gestione della pandemia da Covid-19 per l'anno 2022, con particolare riferimento alla gestione dei vaccini.

ALL. 3- Attività Covid 2022 Farmacia per Risk Management



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

Nel corso dell'anno 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.

Nel 2022 si sono messe in atto le azioni correttive che sono emerse a seguito della applicazione della FMECA relativa al processo dei tamponi per la ricerca del SARS COV-2 (come da indicazione di DG Welfare trasmessa con nota G1.2021.0042703 del 22.06.2021).

L'attuazione di tale strumento ha fatto emergere come proposta di attività di miglioramento per il monitoraggio della fase pre-analitica e di mitigazione del rischio attuale, la definizione di audit specifici presso le sedi che effettuano tale fase di processo.

In seguito alla FMECA applicata si è costruita una check-list da applicare all'interno di attività di audit periodicamente al processo di gestione dei tamponi SARS COV-2, che si articola in ambiti specifici: Responsabilità, Struttura, Personale (competenze,) Gestione materiale, Modalità di conservazione e di invio dei campioni, Generazione della richiesta, Indicatori, ai quali vengono associati diversi item, note di valutazione ed evidenze e successive azioni da intraprendere. L'audit per l'attività esecuzione tamponi è stato effettuato in data 31.03.2022 nella attuale sede ASST PG23 ubicato in alcuni locali presso il quartiere mortuario, attualmente aperto dal lunedì al sabato dalle ore 7.30 alle 14.00, in accordo con Responsabili delle funzioni aziendali coinvolte: Prevenzione e Controllo Infezioni – UPCI, Direzione Medica, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, SC SMeL 1 Microbiologia e Virologia, Gestione Amministrativa dei Presidi.

Nell'anno 2022 si è riapplicato lo 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 (2 incontri con GdL) individuato al fine di rivalutare l'indice di priorità del rischio a fronte delle azioni implementate con l'analisi proattiva dei rischi aggiornata.

Tale analisi ha evidenziato come il test Molecolare venga svolto in svariate le sedi dell'Azienda ASST-PG23 e che attualmente viene effettuato prevalentemente il test Antigenico. Il test Molecolare viene svolto, a norma, per conferma ogni qualvolta il risultato del test Antigenico non è coerente con il sospetto clinico"



Come proposta di attività di miglioramento per il monitoraggio della fase pre-analitica e di mitigazione del rischio attuale, si è posto in essere un evento formativo denominato “La fase preanalitica per esecuzione tampone SARS-CoV2 e altri virus respiratori” con l’obiettivo di migliorare l’appropriatezza e competenze del processo di gestione dei tamponi.

ALL. 4 - FMECA tamponi_Finale rev.5_2022

1.3 Gestione dei cluster epidemici nelle aree no covid

Nel 2022 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. 5 - AndamentoPositiv.COVID.PG23

L’Azienda ha stabilito che, qualora si verificano almeno due casi di infezione (pazienti o operatori) da SARS-CoV-2 in un reparto, si riunisce un gruppo di lavoro costituito da Direzione Medica, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, Servizio Sanitario Aziendale (SSA), Ufficio Prevenzione e Controllo Infezioni (UPCI), Direttore e Coordinatore Infermieristico del reparto, che si occupa di verificare la correlazione tra i casi e di definire l’eventuale riscontro di un “cluster” di infezione e circostanziare le dimensioni della sorveglianza attiva.

In caso di definizione del cluster viene attivata la sorveglianza attiva su tutti i pazienti degenti.

Il percorso disegnato prevede che il gruppo di lavoro valuti la possibilità di includere nella sorveglianza attiva anche il personale del reparto (compresi eventualmente operatori alberghieri, addetti alle pulizie e consulenti) nel caso in cui fosse riscontrata una possibile correlazione tra i casi dei pazienti e quelli del personale stesso o ancora se vi fosse il contestuale riscontro di due o più casi positivi tra il personale di reparto. A seguito della raccolta dei dati relativi al personale, il SSA provvede a comunicarli al personale amministrativo della SC SMEL 1 Microbiologia e Virologia per l’inserimento degli appuntamenti in agenda (software A4H) per l’esecuzione dei tamponi.

La sorveglianza attiva di pazienti e personale viene effettuata a partire dal giorno di riscontro del cluster e prevede l’effettuazione di tampone molecolare secondo il seguente timing:

1. Tampone a tempo 0 -- effettuato il giorno di riscontro del cluster o comunque, per il personale, entro le successive 48 ore;



2. Tampone di controllo a 3 giorni – effettuato il 3° giorno dopo il riscontro del cluster;
3. Tampone di controllo a 5 giorni – effettuato il 5° giorno dopo il riscontro del cluster.

Vengono sottoposti a sorveglianza attiva gli operatori che hanno lavorato in reparto, nel periodo compreso tra le 48 ore antecedenti il tampone positivo del primo caso (ovvero il primo giorno di comparsa dei sintomi) e la data di avvio del cluster.

In riferimento allo screening previsto al personale dell'azienda è stata mantenuta la possibilità di effettuazione di test molecolari da campione salivare da effettuarsi a cadenza quindicinale per gli operatori sanitari.

Ad inizio del 2022 l'andamento epidemiologico e la prosecuzione della campagna di vaccinazione anti COVID-19, hanno configurato una situazione in cui si stava gradualmente raggiungendo un controllo della diffusione della malattia sintomatica e delle complicanze legate alla malattia COVID-19, soprattutto nelle categorie di pazienti più fragili.

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, si è reso necessario rivedere 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 unità 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.

L'effettuazione del tampone in accesso alle prestazioni è subordinata alla garanzia di una separazione dei percorsi più netta e la collocazione in area dedicata dei pazienti con esito positivo in Unità mediche e chirurgiche in coorti COVID ben definite e segnalate con allestimento univoco, e percorsi individuati ed identificati con apposita segnaletica orizzontale e verticale.



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.

In particolare, considerando che le condizioni di lavoro in Pronto Soccorso sono cambiate negli ultimi due anni, 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.

È stata allestita una tensostruttura come area di attesa supplementare per accompagnatori (riduzione di capienza nella attuale sala di attesa EAS causa emergenza Covid).

Sussequentemente alla deliberazione n. XI/2395 15 febbraio 2022 «Piano Regionale di Prevenzione 2021 – 2025: PL15: Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico», si pone una Revisione generale ed un adeguamento del piano pandemico secondo indicazioni di Regione Lombardia.

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, viene 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).

L'aggiornamento del **"Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF)»** ha coinvolto gli interlocutori aziendali del Dipartimento Emergenza e Urgenza, Direzione Medica, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, Qualità e Risk Management divenendo OBIETTIVO 2022.

Dal documento sopra citato, si inserisce la definizione della procedura "Gestione ospedaliera di persone esposte a irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione ad eventuali emergenze radiologiche", anch'esso OBIETTIVO 2022.

Inoltre da rilevare la partecipazione del Coordinatore Infermieristico assegnato al Risk management come componente GDL Formatori Triage Regione Lombardia per:

- . Redazione nuove linee guida codici di attribuzione Triage Pronto Soccorso
- . Redazione Manuale di riferimento per discenti e formatori
- . Redazioni indicazioni per Presa in Carico Anticipata Infermieristica c/o PS
- . 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 proposte di applicazione Presa in carico Anticipata
- . Collaborazione e sinergia con componente GDL Pronto Soccorso al Tavolo Regionale (Direttore DAPSS e Direttore EAS – Pronto Soccorso).

1.5 Percorsi di contenimento del rischio di contagio

Il Risk management aziendale si è proposto di monitorare la 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 recenti evoluzioni e pubblicato nella sezione dedicata intranet aziendale 'Minisito- COVID19'.



Il documento sopracitato ha lo scopo di definire gli standard di riferimento igienico-sanitari e di organizzare le attività sanitarie attraverso la definizione di percorsi dedicati in riferimento all'identificazione dell'avvenuto o non avvenuto contagio da SARS-CoV-2, contenendone le possibili fonti.

Alla luce 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, si è reso necessario rivedere 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, verranno gestiti in isolamento in coorte nelle unità organizzative specialistiche di competenza.

La formazione del personale è avvenuta:

- Su larga scala con un evento formativo "Evoluzione organizzativa ed assistenziale della gestione dei pazienti positivi al virus SARS-CoV-2 presso i reparti di degenza della ASST Papa Giovanni XXIII" i cui contenuti sono stati messi a disposizione nel minisito COVID e nella piattaforma e-learning aziendale.
- Su media scala con incontri specifici con le diverse unità organizzative per la condivisione delle modalità di attuazione della nuova organizzazione per la gestione dei pazienti positivi asintomatici al SARS-CoV-2 nelle diverse unità assistenziali.
- Su piccola scala per la necessità di rivalutazione di alcuni percorsi funzionali alla riorganizzazione per coorti con le funzioni di Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, Direzione Medica, Risk management e Ufficio Prevenzione e Controllo Infezioni (effettuati in data 08 febbraio 2022 presso Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (BG) e Riabilitazione Specialistica di Mozzo (BG) in data 24 marzo 2022).

Le indicazioni di comportamento sono sempre aggiornate e diffuse attraverso la revisione periodica dei principali documenti di riferimento quali il Piano Operativo PO01COVID-19 "Regolamentazione degli accessi alle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie dell'ASST Papa Giovanni XXIII in corso di pandemia COVID-19" e la relativa Tabella PO01COVID-19 "COVID-19 PROGRAMMAZIONE DEI TAMPONI - ASST PAPA GIOVANNI XXIII" in base anche ai riferimenti normativi quali:

- Nota DGW prot. G1.2022.0013509 del 10/03/2022 di trasmissione della DGR XI/6082 "Aggiornamento degli atti di indirizzo per le strutture ospedaliere e le unità d'offerta della rete territoriale in relazione all'evoluzione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19"



- Nota DGW prot. G1.2022.0014064 del 15/03/2022 con oggetto: "precisazioni in merito al capitolo "Polo Ospedaliero" dell'Allegato 1 contenuto nella DGR XI/6082 del 10/03/2022"
- Nota DGW prot. G1.2022.0015538 del 25/03/2022 con oggetto: "attuazione del Decreto-Legge 24 marzo 2022, n. 24 in relazione all'organizzazione delle attività delle strutture sanitarie e sociosanitarie e precisazioni in merito all'allegato 1 della DGR XI/6082 del 10.03.2022"
- Nota DGW prot. n. G1.0000.28580 del 07/07/2022;
- Circolare Ministero della salute 0037651 del 31/08/2022 con oggetto "Aggiornamento delle modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19";
- Nota DGW di Regione Lombardia G1.2022.0035337 del 06/09/2022;
- Ordinanza Ministero della Salute del 31/10/2022: "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie".

Il recepimento dei seguenti recentissimi riferimenti normativi sarà oggetto del PARM 2023:

- Ordinanza Ministero della Salute del 29/12/2022: "Proroga delle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie";
- Circolare del Ministero della Salute del 31/12/2022: "Aggiornamento delle modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19".

1.6 Items oggetto di monitoraggio e rendicontazione PARM

Come nel 2020 e 2021, la pandemia da COVID-19 ha avuto per l'ASST un impatto importante nel 2022 come testimoniato dall'andamento dei ricoveri.

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. 6 - Relazione Epidemiologia_COVID2022_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 gradualmente 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 dedicati 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.).

Si riportano di seguito alcune delle azioni intraprese per differenziare i percorsi all'interno della struttura ed evitare le infezioni crociate:

- ✓ Per i pazienti che accedono nelle aree di pronto soccorso area dedicata sono posizionati due TERMO SCANNER nell'accesso della sala di attesa del PS del Papa Giovanni XXIII per rilevare tempestivamente la temperatura di pazienti e accompagnatori; lo strumento è installato anche nel Presidio di San Giovanni Bianco;
- ✓ Per gli utenti ambulatoriali è definita la modalità per la gestione attraverso le postazioni di triage COVID-19 attivate in sede (termine 31 marzo 2022) antistante le aree ambulatoriali, al fine di intercettare pazienti con sintomatologia e gestire eventuali sospetti, mentre per l'accesso alle prestazioni del centro prelievi si è attivata la prenotazione tramite APP (Solari Q) per prelievi e consegna campioni al fine di poter contingentare e gestire in sicurezza l'accessibilità al servizio
- ✓ Per l'accesso al ricovero programmato il paziente è inviato ad effettuare un tampone entro 48/72h dal ricovero, con l'indicazione di mantenere l'isolamento nel periodo che va dal suddetto tampone al giorno del ricovero programmato;
- ✓ Per i visitatori che a vario titolo accedono all'azienda (familiari, parenti, care-giver), sono operative le indicazioni presenti in PO01COVID-19: "Regolamentazione degli accessi alle Strutture Sanitarie dell'ASST Papa Giovanni XXIII in corso di pandemia COVID-19" (in fase di ridefinizione viste le recenti normative);



- ✓ Per quanto riguarda la gestione del personale l'azienda ha mantenuto la rilevazione fra pari come strumento di controllo fino a normativa (termine 31/03/2022) e di responsabilità dei preposti alla valutazione del personale dipendente e del personale di tutte le aziende che lavorano in appalto definendo, come da normativa, una responsabilità in capo a direttori, coordinatori e preposti;
- ✓ L'ASST ha predisposto rilevatori per il controllo dei varchi di entrata;
- ✓ Rispetto al piano di sanitizzazione dei locali e delle superfici implementato già nel 2020 il processo mantenuto anche nell'anno in corso per gestione aree COVID ed è stato attivato il nuovo Capitolato ARIA che ha portato modificazioni organizzative e di frequenze (migliorative).

Rispetto ad altri punti della checklist proposta da Regione Lombardia, si riportano alcuni dati sintetici di riferimento:

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

Tabella 1 – DPI 2022

| QUANTITA' | TIPO DISPOSITIVO |
|-----------|-----------------------------|
| 100 | COPRICAPO DPI III CATEGORIA |
| 32.410 | CAMICI DPI III CATEGORIA |
| 160 | TUTE DI PROTEZIONE |
| 25.669 | FACCIALE FILTRANTE FFP3 |
| 881.711 | FACCIALE FILTRANTE FFP2 |
| 1.018 | OCCHIALI DI PROTEZIONE |
| 21.147 | VISIERE |

- ✓ Aggiornamento costante e Mantenimento attivo 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 27/05/2022 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 ai Reparti:



Tabella 2 – Gel mani 2022

| Mese | Litri ricevuti | Litri distribuiti |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| 01-2022 | 2.861,00 | 1.306,40 |
| 02-2022 | 293,80 | 1.060,60 |
| 03-2022 | 1.072,00 | 1.163,60 |
| 04-2022 | 639,00 | 990,60 |
| 05-2022 | 1.487,00 | 1.188,80 |
| 06-2022 | 942,00 | 993,00 |
| 07-2022 | 1.351,60 | 975,10 |
| 08-2022 | 48,50 | 1.027,10 |
| 09-2022 | 1.204,00 | 912,80 |
| 10-2022 | 1.572,00 | 928,00 |
| 11-2022 | 972,00 | 877,50 |
| 12-2022 | 420,00 | 1.014,90 |
| Totale complessivo | 12.862,90 | 12.438,40 |

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.

- ✓ Supporto relazionale: per tutto l'anno è stato sviluppato il progetto di supporto relazionale e psicologico degli operatori e dei pazienti: l'attività di ascolto, colloquio e supporto psicologico per gli operatori ha registrato, nel corso del 2022, un notevole aumento delle richieste rispetto agli anni precedenti la pandemia, come descritto nell'allegato sotto riportato.

ALL. 7 – Supporto psicologico operatori 2022

- ✓ Sorveglianza sanitaria dei lavoratori: nel corso dell'anno è stata confermata l'istruzione operativa specifica (già allegata nel rendiconto 2021) e prevista una revisione nel primo semestre 2023.

2. Identificazione del rischio clinico

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

Nel corso dell'anno 2022 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 UUOO 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 500 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:

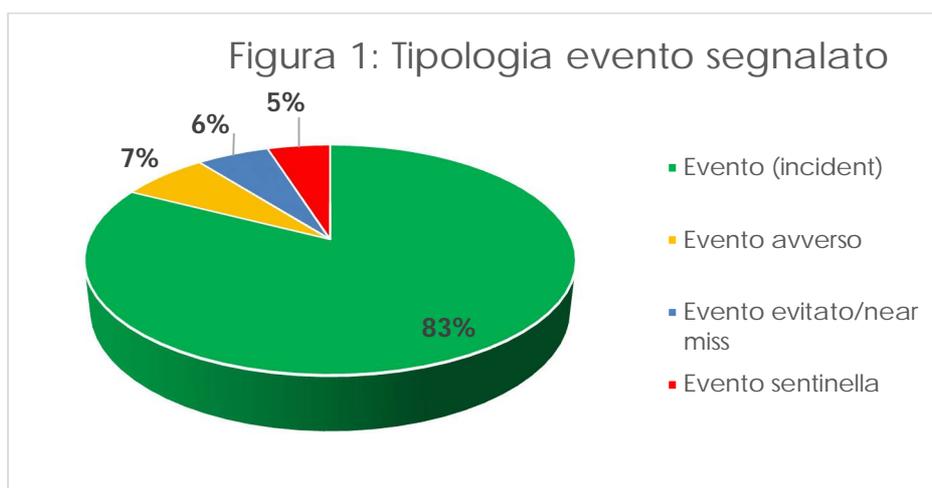
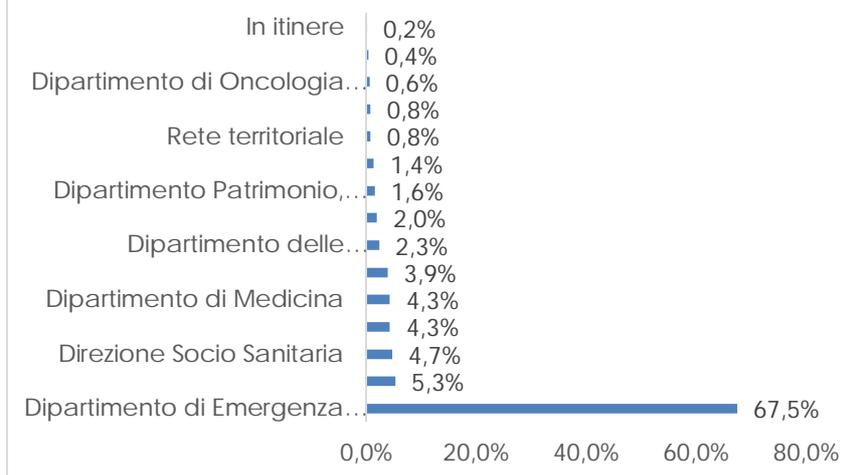




Figura 2: Distribuzione delle segnalazioni per dipartimento in %



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.

Visto l'impegno della SC EAS – Pronto Soccorso nel completamento di altri progetti che hanno un forte orientamento di safety (presa in carico anticipata, nuovo Triage) ed il coinvolgimento nel "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica" (delibera 1316 del 22/09/2022), si è concordato la sospensione del progetto "Safety walk around applicato in UOS Pronto Soccorso" (All. 5 del PARM 2022), da ripresentare per l'anno 2023 alla conclusione dei principali progetti in corso.

2.2. Checklist standard qualitativi

Il risk management ha collaborato all'organizzazione ed effettuazione di controlli specifici per la valutazione degli standard qualitativi presso i centri vaccinali 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.



- ✓ Applicazione della check list per la verifica della sicurezza del processo vaccinale presso i Centri Vaccinali Massivi: vedere punto 1.1 del presente documento e specifico progetto allegato.
- ✓ 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 G1.2022.0013620 del 11/03/2022). Effettuato audit organizzativo coordinato da risk manager in data 7 settembre 2022 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 11 novembre 2022.
- ✓ Applicazione dello strumento di analisi proattiva del rischio FAILURE MODE EFFECT CRITICAL ANALISYS (FMECA) processo di gestione dei tamponi per la ricerca del SARS-COV-2: 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 2022 è stato aggiornato il monitoraggio per l'anno 2022 all'interno del portale AGENAS.

Rispetto all'anno precedente, 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.

ALL. 8 – SCHEDA Prev. Rischio Suicidario_Rendiconto2022



2.4. Risk Based Thinking

Nel 2022 ha preso avvio il Corso di formazione "Risk Based Thinking: Modelli operativi per la gestione del rischio" in un'unica sessione di 8 ore (04 ottobre 2022) con la partecipazione di 22 Referenti Qualità sia di ambito sanitario e non per inserire il concetto di Risk Based Thinking nei processi direzionali creando 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

Per il 2022 si è proceduto all'attualizzazione e definizione di percorsi diagnostici terapeutici (PDTA), sia in ottemperanza di normativa cogente, sia per la necessità di sviluppare la capacità di gestione olistica di tutti i fattori di rischio che possono compromettere la continuità operativa delle strutture sanitarie secondo una logica integrata di hospital risk management (HRM).

Di seguito PDTA in redazione/revisione:

- Coordinamento organizzativo per la redazione del PDTA "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente adulto con Trauma Maggiore";
- Coordinamento organizzativo per la redazione del PDTA "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente pediatrico con Trauma Maggiore (0-17 anni)";
- Partecipazione ai lavori della Istruzione Operativa "Trasfusione Massiva" discendente dal PDTA Trauma Maggiore Adulto;
- 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)".

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.



Nel corso del 2021 è inoltre emersa l'esigenza di implementare attività di monitoraggio all'intento dell'area Servizio Unificato di assistenza Protesica e Integrativa (SUPI) finalizzate a migliorare la qualità e sicurezza in ambito di continuità assistenziale nel paziente con fragilità; all'interno di un Gruppo di Lavoro formato da Servizio Farmaceutica Territoriale (Process Owner), PreSST, Ufficio Relazione col Pubblico (URP), Qualità e Risk Management si è definito un progetto implementato nel corso del 2022, finalizzato a valutare la percezione dell'utente relativamente al servizio fornito (conforme/adequato), attraverso l'analisi dei risultati di uno strumento di Customer costruito 'su misura' per la percezione della qualità dell'utente che funga da elemento input ed elemento di feedback del piano di miglioramento susseguente attuato.

ALL. 9 - SCHEDA Supi progetto_Rendiconto2022.

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

Con l'insediamento del nuovo Direttore dell'SC Farmacia si sono definite alcune linee prioritarie di intervento in tema farmaco (analisi IR ambito farmacologico, sanità penitenziaria, raccomandazioni ministeriali e procedure correlate).

3. Travaglio-parto

Prosegue nel corso del 2022 la **raccolta e analisi dei trigger materno-fetali** con l'analisi dei dati emersi tramite **incontri periodici** esitanti in report quadrimestrali.

Negli anni la cultura della segnalazione e l'attenzione nel segnalare i trigger nel Portale Regionale attraverso il Cedap è sempre stata virtuosa da parte della nostra ASST con un dato di tempestività superiore al dato regionale del nostro Centro Nascita (3.29% PG23 rispetto al 8.81% valore Regionale).

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. 10 – 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 tre riunioni plenarie del Comitato. Per le proprie necessità operative, il Comitato si avvale di 3 Gruppi Operativi (Infezioni Correlate all'Assistenza/Igiene/Antimicrobial Stewardship) e di competenze diffuse all'intero dell'Azienda.

Gli obiettivi definiti annualmente sono condivisi con la Direzione Aziendale, anche in relazione alla predisposizione degli obiettivi di budget e, anche per l'anno in corso vedranno l'impegno del comitato e dei suoi componenti parallelamente alle attività istituzionali una focalizzazione sulla gestione della pandemia.

Nella predisposizione degli obiettivi di budget 2022 si è stilato un piano di miglioramento derivante dagli esiti relativi al progetto Hand Hygiene 2021 ad alcune UUOO in particolar modo di area critica per implementare l'adesione al corretto lavaggio delle mani con la costruzione di un piano di miglioramento con cronoprogramma.

Per il 2022 abbiamo mantenuto e coordinato il progetto di implementazione di uno strumento di valutazione della compliance all'igiene e lavaggio delle mani degli Operatori Sanitari (Progetto Hand-Hygiene) all'interno delle attività del Comitato Infezioni; tale progetto, ha consentito di monitorare con oltre 800 osservazioni uno dei temi sensibili relativamente alle infezioni nosocomiali e restituire alle UUOO osservate in tempo breve sia con incontri ad hoc rivolti a Direttori, Coordinatori e Referenti



Infezioni, sia con un report condiviso con gli staff delle UUO, un dato di analisi strutturato per sensibilizzare gli operatori e migliorare l'attività.(Obiettivo di Budget).

I risultati, inoltre sono stati oggetto in 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 2023.

ALL. 11 Progetto Hand-Higiene 2022

ALL. 12 SCHEDE HH progetto 2022

Nel corso del 2022 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 2023. In attuazione di quanto previsto dai nuovi riferimenti normativi (decreti del Ministero Salute del 07/03/2022 e del 22/07/2022 e nota della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia del novembre 2022) è stata attuata la transizione al nuovo sistema di segnalazione e gestione delle malattie infettive SMI (che ha sostituito MAINF dal 1° dicembre 2022).

Per quanto riguarda il tema SEPSI sono stati condotti 20 audit (incluso ostetricia), selezionati a partire dal portale regionale i cui esiti sono oggetto di confronto all'interno del CICAUAFA.

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 all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'attività di reportistica si sviluppa su due livelli:

- Primo livello: report semestrale con estrazione dal sistema di *Incident Reporting* degli eventi categorizzati/rubricati come aggressione ed invio al gruppo di lavoro;
- 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**, 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. Inoltre in collaborazione con SPDC si è presidiata la revisione di Regole di Unità in materia di sicurezza per operatori e pazienti.

In ambito Sanità Penitenziaria, a seguito di un Audit c/o la casa circondariale di Bergamo effettuato nel 2021 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 stato ripristinato 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 due edizioni (1^: 15 e 17 novembre 2022; 2^: 16 e 18 novembre 2022) per n. 15 ore di formazione e con il coinvolgimento di n. 20 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).
- Riattivazione progetto relativo a gestione farmacologica tipo "armadio farmaceutico" come in uso in unità ospedaliere e riproducibilità in ambito carcerario.
- Riattivazione analisi ed in atto finale redazione di una procedura relativa a rischio suicidario nuovo accesso e/o persona già in gestione penitenziaria.

Nel 2022 si è approfondita una analisi sugli episodi di violenza nel setting specifico del Pronto Soccorso verificatisi nei primi otto mesi dell'anno a latere di sopralluoghi nelle diverse realtà di Pronto Soccorso (PS) Adulti, PS Pediatrico, PS Ostetrico – Ginecologico del P.O. Papa Giovanni XXIII e PS del P.O. di San Giovanni Bianco nell'ottica di porre in essere azioni proattive di mitigazione di tale fenomeno.

Il Risk management ha gestito i lavori di analisi ed approfondimento relativi alla DGR: "Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso" – Relazione di risposta alla richiesta regionale in merito a DGR n. XI/6902 del 5.9.2022 trasmessa in Regione Lombardia con nota protocollare 0064004/22 del 14/10/2022.



Il Risk management ha inoltre coordinato, come per il 2021, 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 21/10/2022.

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

Anche nel corso del 2022 l'attività dell'ufficio è stata distinta dalla pandemia da Covid-19, seppur con un impatto meno drammatico rispetto agli anni precedenti (2020-2021).

Nella prima parte dell'anno l'attività dell'ufficio è stata ancora segnata dalla pandemia da Covid-19.

In questo ambito i temi della comunicazione hanno in particolare riguardato:

- l'attività vaccinale,
- il monitoraggio della pandemia con l'esecuzione dei tamponi, la cura e assistenza ai malati,
- la revisione dei percorsi di accesso ai servizi.

La seconda parte dell'anno è stata invece caratterizzata dallo sviluppo del progetto di comunicazione “Grandi insieme”, volto a celebrare i primi 10 anni attività dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII, attivato il 15 dicembre 2012, con l'inizio del trasferimento dei pazienti ricoverati dagli Ospedali Riuniti alla nuova struttura della Trucca.

Parallelamente a questi due importanti filoni di attività, abbiamo dato spazio all'attuazione della riforma della sanità regionale con l'inaugurazione delle Case di comunità di Borgo Palazzo e Sant'Omobono Terme e dell'Ospedale di Comunità a San Giovanni Bianco.

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.

ALL. 13 - Relazione attività 2022 Comunicazione per risk

7. Informazioni al personale

È proseguito anche nel 2022 l'aggiornamento a tutto il personale aziendale circa la situazione ospedaliera tramite l'utilizzo di newsletter interna mensile (12 numeri) e tramite l'aggiornamento costante della



sezione intranet specifica "Minisito Covid-19", contenente documenti e indicazioni relative alla gestione aziendale dell'emergenza pandemica inclusa le istruzioni e procedure relative alla campagna vaccinale.

Inoltre si è ideato e realizzato una app per dispositivi mobili dedicata agli operatori dell'azienda. Questo strumento, disponibile dal 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 2022 due eventi sentinella (ES) inseriti in SIMES (sistema ministeriale di segnalazione eventi sentinella) e valutati preliminarmente con il Direttore Sanitario e analizzati tramite RCA. Nello specifico:

- 1) Errore di identificazione paziente,
- 2) 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*. Sono stati effettuati 17 *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 alla gestione dei devices, ...).

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.

8.2 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP)

Si faccia riferimento al punto 3 del presente piano



8.3 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2022

Si faccia riferimento al rendiconto specifico in:

All.14 SCHEDA attività gruppi 2022

9. Ascolto e mediazione dei conflitti

Anche per il 2022 l'attività di ascolto e mediazione dei conflitti ha avuto regolarmente corso.

In merito all'attività di ascolto e mediazione dei conflitti, sono stati gestiti nel corso dell'anno 2022 undici incontri, che nella maggior parte dei casi hanno riguardato degli ascolti (anche più di uno per utente); in un solo caso c'è stata una mediazione.

I casi sono stati soprattutto legati a segnalazioni presentate all'URP e riguardanti il delicato tema della relazione e della comunicazione in momenti di crisi tra professionisti e utenti.

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.

È stato effettuato il corso **“Scrivere in modo chiaro e sintetico”**, in due edizioni di 16 ore.

L'obiettivo di questa iniziativa formativa è creare le condizioni affinché il sistema di comunicazione scritta in Azienda sia efficiente, efficace e, in particolare, a sviluppare ulteriormente le competenze nella redazione di documentazione funzionale in linea con la sicurezza delle cure.

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”**.



12. Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri

CVS sotto SIR:

| Data | N. casi discussi |
|------------------|------------------|
| 3 febbraio 2022 | 1 |
| 24 febbraio 2022 | 15 |
| 13 maggio 2022 | 14 |
| 8 luglio 2022 | 12 |
| 10 ottobre 2022 | 19 |
| 14 dicembre 2022 | 11 |

CVS sopra SIR (SHAM):

| Data | N. casi discussi |
|------------------|------------------|
| 24 febbraio 2022 | 5 |
| 13 maggio 2022 | 3 |
| 8 luglio 2022 | 4 |
| 10 ottobre 2022 | 4 |
| 14 dicembre 2022 | 8 |

CVS sopra SIR (AmTrust):

| Data | N. casi discussi |
|-----------------|------------------|
| 3 febbraio 2022 | 1 |
| 7 marzo 2022 | 1 |
| 21 aprile 2022 | 1 |

Si precisa, inoltre, che nelle stesse date è stato aggiornato l'ammontare complessivo delle riserve.

Anche nel 2022 l'ASST ha continuato, quale Azienda Pilota, per l'inserimento dei Sinistri l'utilizzo del sistema sviluppato nel 2017 con la collaborazione di Lombardia Informatica (GeDiSS).



13. Formazione

Di particolare rilievo ha rivestito l'evento formativo rivolto a tutti gli operatori coinvolti nell'organizzazione della presa in carico dei pazienti positivi al SARS-CoV-2 ricoverati presso la nostra ASST 'Evoluzione organizzativa ed assistenziale della gestione dei pazienti positivi al SARS-COV2 presso i reparti di degenza della ASST Papa Giovanni XXIII' in data 31 gennaio e 01 febbraio. Dopo tale evento è stata resa disponibile la registrazione integrale sulla piattaforma e-learning aziendale visionabile per tutto il 2022, dove il risk management ha rivestito un ruolo importante nella tematica di sicurezza dei percorsi di contenimento del contagio da Sars-CoV2.

La Formazione si è svolta anche agli operatori dell'azienda in tema di sicurezza delle cure (Pronto Soccorso, Patologia Neonatale e Nido, Sindacati, Radiologia) e in ambiti specifici (sicurezza di terapia antitumorale, sicurezza in paziente neurologico con agitazione psicomotoria, sicurezza nella contenzione fisica in psichiatria).

È continuata anche nel 2022 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 (Cartella Clinica Elettronica e Qualità, Utilizzo degli antibiotici, Sicurezza dell'infrastruttura, Patient Experience) 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 (escluse FAD) specificate in allegato 15 al presente documento.



Si faccia anche riferimento al punto 10 del presente piano in tema di formazione per la comunicazione anno 2022.

Si faccia anche riferimento al punto 2.4 del presente piano in tema di Risk Based Thinking.

ALL.15 - SCHEDA rendiconto corsi RM 2022

14. Allegati

- ALL. 1 - **Check list CDC per ASST-IRCCS**
- ALL. 2 - **SCHEDA Audit Campagna Vaccinale_Rendiconto2022**
- ALL. 3 - **Attività Covid 2022Farmacia per Risk Management**
- ALL. 4 - **FMECA tamponi_Finale rev.5_2022**
- ALL. 5 - **AndamentoPositiv.COVID.PG23**
- ALL. 6 - **Relazione Epidemiologia_COVID2022_RISK**
- ALL. 7 - **Supporto psicologico operatori 2022**
- ALL. 8 - **SCHEDA Prev. Rischio Suicidario_Rendiconto2022**
- ALL. 9 - **SCHEDA Supi progetto_Rendiconto2022**
- ALL. 10 - **SCHEDA Revisione induzione medica travaglio**
- ALL. 11 - **Progetto Hand-Higiene 2022**
- ALL. 12 - **SCHEDA HH progetto 2022**
- ALL.13 - **Relazione attività 2022 Comunicazione per risk**
- ALL.14 - **SCHEDA attività gruppi 2022**
- ALL.15 - **SCHEDA rendiconto corsi RM 2022**

Il Risk Manager
Dott. Gabriele Pagani