



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 172 del 24 MAR. 2025

**OGGETTO: approvazione e adozione del Piano Annuale 2025 delle attività di Risk Management**

**DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA PAOLA LATTUADA**

**SU PROPOSTA DEL  
RISK MANAGER AZIENDALE**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 24 MAR. 2025 allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Risk Manager Aziendale  
Dott. Enrico Malinverno

**ATTESTAZIONE COPERTURA ECONOMICA**

Si attesta la regolarità contabile, la copertura economica e l'imputazione a bilancio degli oneri/introiti derivanti dal presente provvedimento con annotazione:

- il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale.

Il Direttore UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità  
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 172 del 24 MAR. 2025

## IL DIRETTORE GENERALE

### Viste:

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO;
- la DGR XII/2158 del 15/04/2024 di nomina della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Gaetano Pini-CTO per il periodo 19/04/2024 - 18/04/2027;
- la deliberazione aziendale n. 198 del 18/04/2024 di presa d'atto della predetta DGR XII/2158/2024 e di insediamento dal 19/04/2024 sino al 18/04/2027 della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'ASST Gaetano Pini-CTO;

**Premesso** che, con Circolare Regionale n. 46/SAN/2004 del 27/12/2004, Regione Lombardia ha fornito gli indirizzi programmatici in materia di gestione del rischio sanitario;

### Viste:

- la legge 08/03/2017, n. 24 recante: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la DGR IX/1824 del 02/07/2019 con la quale Regione Lombardia ha istituito il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente;
- la DGR n. 20638 del 21/03/2023 con il quale la DGW di Regione Lombardia ha definito le "Linee di riferimento per l'implementazione dell'Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) nel Sistema SSR";

**Richiamate** le indicazioni e le linee guida regionali vigenti in materia, da ultimo le "Linee operative di Risk Management in Sanità - anno 2025", di cui alla nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2025.0003856 del 30/01/2025, che prevedono che vengano esplicitate:

- la strategia che l'Azienda intende perseguire in sintonia con la politica regionale in tema di Risk Management;
- gli obiettivi generali e le linee di intervento cui l'Azienda intende dar corso per l'anno 2025;
- l'elenco e la descrizione dei progetti specifici che l'Azienda attiverà nel corso dell'anno 2025 comprensivi delle "Schede Progetto";
- il piano di formazione per l'anno 2025, relativo alla tematica del Risk Management;

**Considerato** che la programmazione annuale delle attività di Risk Management per l'anno 2025 costituisce strumento per misurare e gestire il rischio mediante la predisposizione di nuovi progetti e la prosecuzione dei progetti dell'anno precedente, in ossequio alle raccomandazioni ministeriali ed alle indicazioni regionali;

**Vista** la proposta di Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2025 che il Risk Manager Aziendale ha predisposto conformemente alle raccomandazioni ministeriali ed alle specifiche prescrizioni regionali di cui alle citate linee operative e che, unitamente alle relative schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;





DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 172 del 24 MAR. 2025

**Dato atto** che, come attestato dalle competenti UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità e UOS Qualità e Risk Management, il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale;

**Ritenuto** di approvare e adottare il Piano Annuale 2025 delle attività di Risk Management, elaborato dal Risk Manager Aziendale, in conformità alle prescrizioni di cui alle Linee guida regionali, che, unitamente alle allegate schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**Viste:**

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile della UOC proponente;
- l'attestazione di regolarità contabile da parte del Responsabile della UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità;

**Visti** i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i;

**DELIBERA**

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

1. di approvare e adottare il Piano Annuale 2025 delle attività di Risk Management, elaborato dal Risk Manager Aziendale in conformità alle raccomandazioni ministeriali ed alle specifiche prescrizioni di cui alle Linee operative regionali, che, unitamente alle allegate schede di Progetto, costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di disporre la trasmissione del presente provvedimento alla competente Direzione Generale Welfare a cura del Risk Manager Aziendale;
3. di incaricare il Risk Manager aziendale del controllo e della rendicontazione trimestrale dei progetti secondo gli indicatori di monitoraggio appositamente elaborati in ciascuna scheda;
4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;
5. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 172 del 24 MAR. 2025

6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015.

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Cesare CANDELA)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO  
(Dott.ssa Rossana GIOVE)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Marco PATERNOSTER)

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott.ssa Paola LATTUADA)

**Funzione di Risk Management**

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento  
Responsabile del Procedimento ex l. 241/90: Dr. Enrico Malinverno  
Pratica trattata da: Dr. E. Malinverno





DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 172 del 24 MAR. 2025

### RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D.Lgs. 33/2013, dal 24 MAR. 2025 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 5 pagine e n. 5 allegati.

UOC Affari Generali e Legali  
Il Funzionario addetto

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo  
Milano, li \_\_\_\_\_

UOC Affari Generali e Legali  
Il Funzionario addetto



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Gaetano Pini

# PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2025





## INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. ANALISI DEI RISCHI .....	4
2.1 CASISTICA AZIENDALE .....	4
3. LINEE DI INTERVENTO E STRATEGIE PROGETTUALI.....	6
3.1 Premessa.....	6
3.2 Progetti.....	7
3.2.1 Infezioni Correlate Alla Pratica Assistenziale (Ica), Gestione Della Sepsis E Shock Settico .....	7
3.2.3 Sicurezza Del Paziente In Sala Operatoria.....	8
3.2.4 Sicurezza Nella Gestione Della Terapia Farmacologica .....	8
3.2.5 Rischio Nutrizionale .....	8
3.2.6 Healthcare Enterprise Risk Management (Herm) .....	9
3.2.7 Gestione Delle Crisi.....	9
3.2.8 Applicativo Di Incident Reporting Herm-Lomb .....	10
4. SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT .....	10
5. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RCT/RCO .....	11
6. FORMAZIONE .....	11
6.1 Progetti Formativi Residenziali .....	12
6.2 Progetti Di Formazione Sul Campo.....	12
7. NETWORK, EVENTI FORMATIVI E GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT .....	12
8. TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO .....	12
9. SCHEDE PROGETTO .....	12



## 1. INTRODUZIONE

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2025 è predisposto nell'ottica di continuità del percorso già intrapreso verso il consolidamento delle iniziative di Risk Management avviate negli anni precedenti da ASST Pini – CTO.

Il Piano pone a base delle iniziative individuate le priorità e le priorità d'intervento delle "Regole di gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2025", nonché le indicazioni della Direzione Strategica Aziendale.

La definizione di un "modello" di analisi globale e di gestione efficace del rischio, che permetta di garantire interventi di sistema mirati a prevenire e/o ad evitare l'accadimento di eventi e/o il ripetersi di errori o quasi errori (near miss), è da ritenere un momento imprescindibile per migliorare i livelli qualitativi di salute e sicurezza in ogni contesto operativo all'interno di organizzazioni ad alta complessità ed affidabilità.

Il PARM di ASST Pini - CTO mira ad identificare le attività da implementare ed i sistemi di monitoraggio dei processi, con l'obiettivo di analizzare, valutare e trattare i rischi specifici, definendo le priorità e concretizzando le modalità di intervento.

Le politiche aziendali, orientate al miglioramento ed allo sviluppo dell'efficacia organizzativa e dell'efficienza clinica, sono attuate a garanzia della sicurezza dell'assistenza sanitaria mediante un approccio per processi ed un'analisi dei rischi aziendali (sanitari, sociosanitari ed amministrativi).

Un approccio al Risk Management questo, che trova nel *Healthcare Enterprise Risk Management* (HERM) un modello di riferimento che risponde pienamente a tale esigenza.

Anche per l'anno 2025 ASST Pini-CTO, ha scelto quale azione strategica, lo sviluppo di un esplicito sistema di sicurezza sanitario, sociosanitario ed amministrativo, agito a livello di ogni singolo dipartimento. Ciò nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità.

Questa strategia consente di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza comprendendo anche le attività poste in essere per l'eventuale gestione delle pandemie virali respiratorie.

Per realizzare ciò sono necessari interventi mirati non solo ad individuare, analizzare e ridurre, per quanto possibile, i danni per pazienti, operatori e visitatori, ma devono essere considerati, in una accezione molto più ampia e positiva, come interventi proattivi attraverso i quali sia possibile prevenire gli eventi avversi, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano nell'organizzazione.





Nel contempo esso costituisce la base per uno sviluppo di iniziative progettuali pianificate con l'intento di incrementare la cultura, la sensibilità e la consapevolezza degli operatori di essere "protagonisti attivi" nella gestione proattiva del Rischio Sanitario, Sociosanitario ed Amministrativo.

La definizione del PARM 2025 non può prescindere, nei suoi contenuti, dall'analisi dei risultati ottenuti dall'attuazione dei progetti di Risk Management dell'anno precedente. Ciò, coerentemente alle politiche aziendali in materia di Safety e Miglioramento della Qualità.

Una politica aziendale di gestione del rischio deve, infatti, riconoscere le seguenti finalità:

- Realizzazione di un sistema integrato per la gestione del rischio nei suoi aspetti di sicurezza sanitaria, sociosanitaria ed amministrativa;
- Adozione di un atteggiamento proattivo verso la probabilità di errore (prevenzione del rischio);
- Individuazione e valutazione dei rischi al fine di progettare le opportune azioni di miglioramento;
- Acquisizione di una capacità di gestione dell'evento al fine di prevenire ritardi che in qualche misura possano incidere sull'eventuale severità in termini di risarcimento danni da contenzioso.

Il PARM è adottato presso tutte le strutture di ASST Pini-CTO nell'ottica di perseguire una politica di Gestione del Rischio che si fonda sulla visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di colpevolizzazione.

## 2. ANALISI DEI RISCHI

### 2.1 CASISTICA AZIENDALE

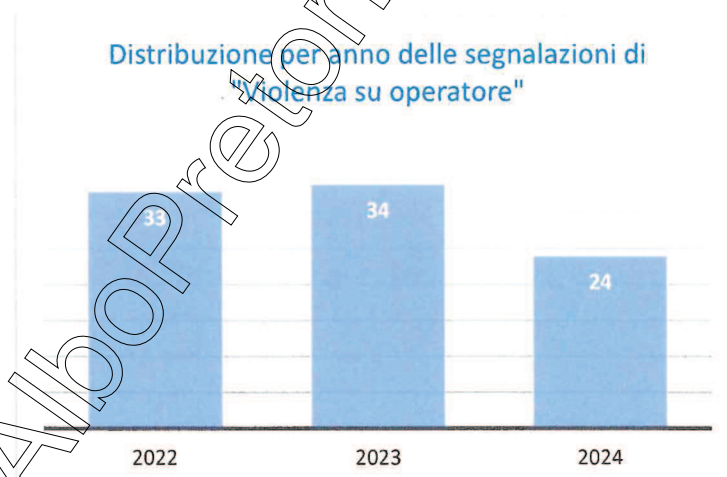
Di seguito si riportano le aree di maggior rischio individuate in base alle indicazioni regionali, alla casistica occorsa nel 2024, al "Sistema di Indicatori Aziendali di Rischio" raffrontati a quelli regionali e considerati nella loro evoluzione (triennio 2018-2020), alla tipologia di segnalazioni pervenute.

Per quanto riguarda il dato di **sinistrosità** esso risulta, come dimostrato nella tabella sottostante, in decremento rispetto al 2023 con 35 richieste di risarcimento danni (RR), di cui 8 riferite a scenari clinici occorsi nel medesimo anno. Prevalgono in ordine decrescente gli errori chirurgici con 14 RR, le infezioni con 9 RR, gli Errori Terapeutici con 4 RR, quelli diagnostici con 4 RR ed infine le cadute e gli errori anestesilogici rispettivamente con 2 RR.



RICHIESTE RISARCITORIE ANNO 2022	RICHIESTE RISARCITORIE ANNO 2023	RICHIESTE RISARCITORIE ANNO 2024
31	46	35

Riferendosi, invece, alle **segnalazioni di Eventi** (eventi sentinella, eventi avversi, near miss) pervenute nel 2024, che risultano in lieve aumento rispetto all'anno precedente, emergono in modo significativo gli eventi classificabili come "Violenza su operatore" (n. 24); le unità operative maggiormente coinvolte sono quelle afferenti al Dipartimento dei Servizi Sanitari (Pronto Soccorso) e al Dipartimento della Riabilitazione. In riferimento a questo fenomeno sarà ripresa l'attività del Gruppo Aziendale Dedicato (GAD) che, con cadenza periodica, effettuerà un'analisi specifica degli eventuali episodi di violenza occorsi, al fine di individuare le misure di prevenzione e di contrasto degli atti di aggressione ritenute necessarie, così come previsto dalla DGR n. 6902 del 05.09.2022 e dalla Deliberazione n. XII/3672 del 16/12/2024 "Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della l.r. n.15 dell'8 luglio 2020 «sicurezza del personale sanitario e sociosanitario»".

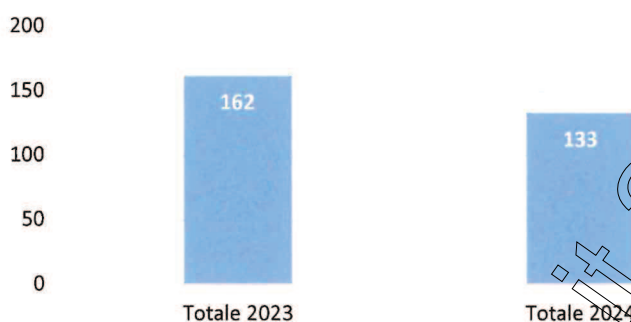


Resta confermato l'elevato numero di segnalazioni relative all'evento "**Caduta dei pazienti in ospedale**" (n.133) un importante decremento ( $\Delta$ -29) rispetto al 2023 dove sono state registrate 162 segnalazioni.





Distribuzione per anno delle segnalazioni cadute  
di paziente



Nella stesura del PARM 2025, sono stati presi in considerazione, inoltre, i risultati delle attività progettuali 2024 (si veda la relazione conclusiva PARM 2024 trasmessa a Regione Lombardia in data 30/01/2025 prot. gen. in uscita n. 1090/25).

Ai fini della programmazione del seguente PARM si è tenuto conto anche della casistica di farmacovigilanza ed emovigilanza, nonché dell'attività svolta in Gruppo di Coordinamento Aziendale per la Gestione del Rischio (GCR) e Comitato Valutazione Sinistri (CVS).

### 3. LINEE DI INTERVENTO E STRATEGIE PROGETTUALI

#### 3.1 PREMESSA

Aspetto fondamentale per attuare gli interventi e le iniziative di Risk Management, finalizzati alla riduzione di rischi e favorire lo sviluppo di una cultura organizzativa della non colpevolizzazione (No-blame), orientata a considerare l'"errore" come importante fonte di apprendimento per il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente. Tale percorso è realizzabile solo attraverso un approccio sistemico con il coinvolgimento di tutti i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario, ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni.

L'intento è quello di:

- favorire la diffusione di una cultura risk-based ad ogni livello organizzativo;
- adeguare i processi di sicurezza all'esigenza di consentire l'erogazione delle migliori pratiche sanitarie per la tutela della salute;
- rinforzare gli strumenti di governo dei rischi per permettere una visione omnicomprensiva e strategica.



Elemento imprescindibile diventa, quindi, la collaborazione tra operatori, la partecipazione attiva dei vertici aziendali, la promozione di una corretta comunicazione interna ed esterna con i pazienti e i familiari, nonché l'impegno continuo nel progetto di riduzione dei rischi prevenibili ed evitabili.

Sarà dato ulteriore impulso al consolidamento della struttura di Risk Management, cercando una migliore integrazione tra gli aspetti reattivi e proattivi di gestione del rischio, con riferimento all'attività del GCR, del CVS e delle diverse funzioni presenti in tali organismi istituzionali, con l'intento di formulare proposte per la mitigazione anche di rischi specifici.

### 3.2 PROGETTI

Si descrivono di seguito le aree tematiche prioritarie di approfondimento per il 2025.

#### 3.2.1 INFEZIONI CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE (ICA), GESTIONE DELLA SEPSI E SHOCK SETTICO

Le ICA rappresentano l'evento avverso più frequente in ambito ospedaliero ed esprimono un indicatore della qualità delle cure erogate. Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere.

Strettamente correlato al fenomeno infezioni è la sepsi. Essa è una delle emergenze sanitarie che a livello mondiale presenta incidenza e mortalità in aumento, con pesanti ripercussioni sul sistema sanitario, sia per l'impegno di risorse necessarie per la sua gestione, sia per le conseguenze sulla salute e per l'impatto economico che può derivare da un'erronea o non tempestiva gestione. È considerata una patologia "tempo dipendente" il cui esito clinico dipende dalla rapidità del riconoscimento e dall'efficacia della gestione clinica/trattamento a partire dalla prima ora.

Coerentemente a quanto previsto dalla nota DG Welfare n. 20674 del 21.12.2023 particolare attenzione sarà rivolta al sospetto clinico di Sepsis (q-SOFA), ai sistemi di allerta precoce (Scala NEWS 2) ed al trattamento entro la prima ora (Sepsis Six).

Nell'ottica di monitorare il processo di gestione della sepsi, sarà prevista la conduzione di Audit documentali su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavati dal Portale Regionale nella Sezione PRIMO – Monitoraggio Interno. Tale analisi documentale sarà svolta mediante l'utilizzo della "Case Review Form (CRF)".

Nell'ambito dei sistemi di monitoraggio correlati alle ICA saranno inoltre pianificati, a cura del CIO, Audit Clinici finalizzati alla verifica del mantenimento delle indicazioni di sicurezza





e per la gestione dei cluster o di casi isolati di infezioni meritevoli di approfondimento (ad esempio aumento dell'incidenza in determinati setting clinici).

Infine, continueranno gli Audit di monitoraggio relativo all'Igiene delle Mani e al dress Code coerentemente con quanto previsto dalle Linee Guida OMS 2010.

### 3.2.3 SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

L'analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde anche per l'anno 2024 evidenzia la necessità di una verifica costante dell'effettiva applicazione della Check List Ministeriale in sala operatoria, quale strumento efficace nel migliorare la qualità e la sicurezza del paziente in un contesto organizzativo così delicato. Tale monitoraggio riguarderà, non solo il percorso peri-operatorio, ma anche le procedure svolte nell'ambito della radiologia interventistica.

Sulla scorta dei risultati delle Survey "Check list Chirurgia Sicura 2.0" condotte negli anni precedenti, proseguirà il monitoraggio per la sicurezza dei pazienti in sala operatoria focalizzando l'attenzione alle seguenti buone pratiche:

- time out di sala operatoria;
- marcatura del sito chirurgico;
- identificazione del paziente;
- timing profilassi antibiotica preoperatoria.

La metodologia adottata è quella dell'Audit Clinico svolto attraverso sedute di osservazione *on site* e con l'utilizzo un'apposita lista di controllo.

### 3.2.4 SICUREZZA NELLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Gli eventi avversi e i near miss correlati ad errori farmacologici in tutte le fasi del processo, e descritti in letteratura, fanno emergere la necessità di aumentare la consapevolezza nei professionisti degli errori prevenibili e di effettuare azioni di miglioramento relativi proprio alla gestione della terapia farmacologica. Proprio per questo motivo, in collaborazione con la UOC Farmacia, la Funzione di Risk management si adopererà per garantire un'attività di consulenza/confronto *ad-hoc* con gli operatori sanitari nei setting di cura maggiormente a rischio, anche mediate interventi di Formazione.

### 3.2.5 RISCHIO NUTRIZIONALE

Come indicato nelle "Regole di gestione del servizio sociosanitario - 2025", la prevenzione del rischio nutrizionale rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone.





Anche quest'anno proseguirà l'attività di screening nutrizionale, presso le U.O.O. di degenza ospedaliera, secondo le modalità prevista dalla procedura aziendale ed in linea alle indicazioni delle Direttive di Regione Lombardia definite nella DGR n. 12/1812 del 29/01/2024 dal titolo "Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare".

### 3.2.6 HEALTHCARE ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (HERM)

Proseguirà, anche nel corso del 2025, l'implementazione del modello HERM applicato in via sperimentale a partire dal 2022. L'applicazione di tale modello prevede un'analisi dei processi e degli strumenti di gestione che consente alle organizzazioni di comprendere la natura ed il livello di esposizione al rischio, di individuare le criticità e le conseguenti azioni di miglioramento in riferimento ai diversi rischi aziendali evidenziati.

L'HERM consente di adottare un approccio strutturato alla gestione del rischio e di integrare i processi di risk management nei meccanismi decisionali, comportando i seguenti benefici:

- 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,
- Riduzione degli eventi avversi.

Nel corso del 2025 le strutture che saranno coinvolte, secondo la "Road Map" dei processi primari prevista dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario dall' Agenzia di Consulenza Regionale AQN, sono:

- UOS Controllo di Gestione
- UOS Gestione Operativa – Next Generation EU

Sarà predisposto, per le strutture coinvolte nel 2024, il Piano di Miglioramento con le azioni da intraprendere al fine di mitigare le aree di maggiore criticità emerse dall'analisi di Risk Assessment e riportate nel c.d. "Rapporto Finale".

### 3.2.7 GESTIONE DELLE CRISI

Relativamente a questo ambito, in coerenza con quanto definito dalle linee di indirizzo Regionali e dalle Regole di Sistema 2025 si provvederà all'aggiornamento dei Piani di Emergenza previsti quali:

- il Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF);
- il Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento del Pronto Soccorso.





### 3.2.8 APPLICATIVO DI INCIDENT REPORTING HERM-LOMB

L'Incident Reporting fornisce informazioni per gestire i Near Miss e gli Eventi Avversi e consente sia ad ogni ASST, sia al Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente di raccogliere dati aggregati, utili per misurare la rischiosità e soddisfare nel contempo gli obblighi informativi previsti dalla Legge n. 24/2017 nonché dalla legge n.113/2020, che prevede il monitoraggio sugli agiti violenti in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del Servizio Socio Sanitario Lombardo (ACSS).

Con nota del 26.11.2024 prot. 0044725, è stata comunicata la messa in esercizio dell'applicativo regionale di Incident Reporting – HERMLOMB. Per l'implementazione dell'applicativo, sarà coinvolto attraverso specifici momenti formativi/informativi tutto il personale profilato SISS che ad ogni livello opera all'interno della propria organizzazione.

A tal proposito è stato costituito un Gruppo di Miglioramento Coordinato dal Risk manager Aziendale composto da tutte le parti interessate all'implementazione della piattaforma HERM – Lomb (UOC SIA; DMPO; UOC DAPSS, Ufficio PDA/PDR, Ufficio Formazione Aziendale).

## 4. SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT

Al fine di consolidare la conoscenza del rischio aziendale, coerentemente con quanto sino ad ora adottato, proseguirà il costante monitoraggio degli eventi sentinella, degli eventi avversi, dei near miss, con particolare attenzione al tema delicato degli "Agiti aggressivi su operatore", dei sinistri e delle azioni intraprese per ridurne la frequenza e/o la severità.

L'intento sarà quello di garantire la qualità, la completezza e la tempestività della raccolta dei dati e delle informazioni utili al miglioramento della qualità e della Patient Safety.

Continuerà il puntuale aggiornamento dei flussi informativi previsti per la redazione dei report regionali e nazionali compresa la segnalazione sull'applicativo SIMES (Sistema di Monitoraggio degli Errori in Sanità) del Ministero della Salute.

Relativamente alle 19 Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza dei Pazienti, è prevista la revisione delle procedure in scadenza secondo le modalità e le tempistiche definite a livello aziendale.

In particolare saranno costituiti gruppi di miglioramento interdisciplinari per l'aggiornamento delle seguenti procedure aziendali:

- Identificazione corretta del paziente;
- Corretta identificazione del paziente, sito chirurgico e procedura;





- Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0;
- Gestione della Contenzione "Meccanica" dei pazienti.

Nel corso del 2025 è previsto l'aggiornamento del Sistema di Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della Check List in Sala Operatoria, attraverso la piattaforma di AGENAS.

Anche quest'anno sarà previsto il monitoraggio di alcune Buone Pratiche, mediante la pianificazione di Audit osservazionali, così di seguito elencati:

- Igiene delle Mani (LG WHO del 2010) e Dress Code;
- Sicurezza in sala operatoria

Tra le azioni di monitoraggio proseguono le attività di farmacovigilanza ed emovigilanza,

Nel corso del 2025 ASST Pini-CTO parteciperà alle due indagini programmate dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, che riguarderanno:

- il Progetto "Seconda vittima" nell'ambito del risk management;
- la Mappatura dei modelli organizzativi aziendali in merito alla funzione di Risk Management (in collaborazione con ACSS).

## **5. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RCT/RCO**

Relativamente a questo filone di attività, proseguiranno le attività inerenti la gestione del contenzioso secondo quanto previsto dal Decreto DG Welfare n. 15406 del 27.10.2022, con il quale sono state revisionate le linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri, contenenti inoltre le indicazioni per la strutturazione ed organizzazione dei CVS, già recepito a livello aziendale.

Ciò premesso, in riferimento anche alla recente emanazione dei decreti attuativi della Legge 24/2017.

Saranno promosse a livello aziendale specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti.

## **6. FORMAZIONE**

Ripercorrendo l'esperienza nell'ambito della Patient Safety condotta in Azienda e, con l'ottica di proseguire il cammino di sviluppo e accrescimento della "cultura" e della "sensibilità" degli operatori a questa tematica, si propongono per il 2025 i percorsi formativi





di seguito illustrati che tengono conto sia delle indicazioni fornite dalle Linee Operative di Risk Management di Regione Lombardia, sia della valutazione dei rischi.

#### 6.1 PROGETTI FORMATIVI RESIDENZIALI

1. "Modelli, metodi e strumenti di gestione del rischio a supporto delle attività di Risk Management";
2. "Prevenire e Gestire il Rischio Clinico: dalla segnalazione all'analisi degli Eventi";
3. "Il Sistema di Incident Reporting Aziendale: il Modello HERM-Lomb";

#### 6.2 PROGETTI DI FORMAZIONE SUL CAMPO

- Audit "Igiene delle mani, e dress code"
- Audit "Check List per la sicurezza del paziente in sala operatoria"

#### 7. NETWORK, EVENTI FORMATIVI E GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT

Come indicato nelle Linee Operative di Risk Management 2025 sarà garantita la partecipazione ai Network ed agli eventi formativi organizzati in collaborazione con Polis Lombardia - Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, di volta in volta organizzati e programmati dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente e che riguarderanno le seguenti tematiche: Sepsis, Gestione del rischio e aspetti legali/medico legali, Ascolto e mediazione dei conflitti, Applicativo regionale incident reporting, ICA, rischio in ambito sociosanitario.

Relativamente alle giornate dedicate al Risk Management, saranno attivate iniziative progettuali e di comunicazioni nel proprio contesto aziendale e territoriale.

#### 8. TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO

In ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 24/2017 è garantita la pubblicazione sul sito internet aziendale "Amministrazione trasparente" dei seguenti documenti:

- relazione annuale consuntiva sugli Eventi Avversi verificatisi nell'anno 2024, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;
- tabella con l'importo dei risarcimenti erogati (liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di risk management, con riferimento all'ultimo quinquennio.

#### 9. SCHEDE PROGETTO

Di seguito, le specifiche dei 4 progetti di Risk Management programmati per l'anno 2025 descritte nelle relative schede allegate:

Progetto 1      Sicurezza in sala operatoria;



**Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico**  
**Gaetano Pini-CTO**

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Gaetano Pini**

Progetto 2

Prevenzione della Sepsis e dello Shock Settico;

Progetto 3

Prevenire e gestire gli agiti aggressivi in ambito sanitario e sociosanitario

Progetto 4

Modello organizzativo di Risk Management: la rete aziendale referenti/facilitatori.

Il Risk Manager Aziendale  
Dott. Enrico Malinverno





Allegati:

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025			
ASST/IRCCS/ATS	ASST G. PINI- CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	ENRICO MALINVERNO		
1. Titolo del Progetto	Mitigare il rischio clinico in sala operatoria - Check list 2.0		
2. Motivazione della scelta	E' oramai evidente che l'impiego di checklist di assessment in ambito operatorio riduce la mortalità e limita eventi sentinella gravi, quali interventi in paziente sbagliato, in parte del corso sbagliato e procedure errate. L'applicazione della Check list 2.0 in sala operatoria, così come predisposta dall'OMS, consente di monitorare tutte le fasi del		
3. Area di RISCHIO	rischio SALA OPERATORIA		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimento di Ortopedia e delle Chirurgie Specialistiche - Blocchi Operatori aziendali		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Valutare l'adesione degli operatori sanitari alle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti in sala operatoria con particolare riguardo alla Identificazione del Paziente, alla Marcatura del Sito ed all'effettuazione del Time out		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Audit Clinico mediante l'utilizzo di Check List di osservazione appositamente predisposta. La metodologia individuata è rappresentata da un'indagine di prevalenza periodica e puntuale. Saranno programmati 3 momenti di rilevazione (verosimilmente 1 a quadrimestre) con il coinvolgimento di Referenti di Risk Management		
9. Strumenti e metodi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Costituzione CdM (Referenti di RM)</li> <li>Campionamento delle sale operatorie oggetto di indagini garantendo la rappresentatività delle specialità chirurgiche</li> <li>Predisposizione Check List di osservazione</li> </ul>		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Campionamento delle sale operatorie	Le sale operatorie sono campionate con una rappresentatività specialistica del 70%	
	Rilevazione dei dati mediante osservazione on-site	N° osservazioni effettuate/N° totale programmate (almeno il 70%)	
	Analisi ed elaborazione dei dati	E' presente analisi dei dati SI/NO	
	Stesura report finale	E' redatto il report finale SI/NO	



SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025			
ASST/IRCCS/ATS	ASST G. PINI- CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	ENRICO MALINVERNO		
1. Titolo del Progetto	Prevenzione della Sepsis e dello Shock Settico		
2. Motivazione della scelta	Le ICA rappresentano l'evento avverso più frequente in ambito ospedaliero ed esprimono un indicatore della qualità delle cure erogate. Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non		
3. Area di RISCHIO	INFEZIONI-SEPSI		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimenti Sanitari Aziendali		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Elaborare la procedura aziendale dal titolo "Identificazione e trattamento precoce della sepsi e dello shock settico" coerentemente a quanto previsto dalla DG Welfare n.20674 del 21.12.2023.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Predisposizione della procedura aziendale		
9. Strumenti e metodi	Costituzione GdM multidisciplinare e multiprofessionale Analisi documentale secondo un approccio EBM Elaborazione in bozza della procedura		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Costituzione GdM	E' costituito il gruppo secondo criteri di rappresentatività professionale.	
	Elaborazione in bozza della procedura secondo criteri EBP	La procedura è predisposta in bozza.	
	Predisposizione della procedura, verifica ed approvazione	La procedura è predisposta, verificata ed approvata.	





SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025			
ASST/IRCCS/ATS	ASST G. PINI- CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	ENRICO MALINVERNO		
1. Titolo del Progetto	Previnire gli atti di violenza su operatori		
2. Motivazione della scelta	La prevenzione del rischio da atti violenti nei confronti degli operatori in sanità deve essere affrontata con un approccio multidisciplinare secondo i principi del Risk Assessment e del Risk Management, al fine di attivare le migliori misure a vantaggio dei lavoratori, dei pazienti utenti e delle aziende sociosanitarie stesse.		
3. Area di RISCHIO	Violenza a danno operatori		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi Aziendali		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Definire strategie di intervento a livello aziendale per la prevenzione e gestione degli atti di violenza verso operatore DGR 3672/2024		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Predisposizione del Piano di prevenzione degli atti di violenza a danno di operatore		
9. Strumenti e metodi	Costituzione del GAD Analisi documentale sull'argomento a partire dalla DGR 3672/2024 Predisposizione delle azioni di miglioramento		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Costituzione del GAD per la prevenzione degli agiti aggressivi	E' costituito il GAD secondo criteri di rappresentatività professionale.	
	Predisposizione delle azioni di miglioramento con stesura in bozza del PREVIOS	Il documento è predisposto in bozza e condiviso tra i componenti del GAD.	
	Predisposizione del PREVIOS	Il documento è predisposto, verificato ed approvato.	



SCHEDA PROGETTO - ANNO 2025			
ASST/IRCCS/ATS	ASST G. PINI- CTO		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	ENRICO MALINVERNO		
1. Titolo del Progetto	Modello organizzativo di Risk Management la rete aziendale referenti/facilitatori		
2. Motivazione della scelta	L'organizzazione sicura non è quella in cui non esistono rischi e che evita gli errori (impossibile azzerarli) ma quella che impedisce che gli errori si traducano in danni. Il fattore umano è fondamentale perché può essere causa dell'errore ma anche fattore protettivo se in grado di individuare i rischi e le possibilità di		
3. Area di RISCHIO	altro (specificare)		
se ALTRO, specificare:	Modello organizzativo di Risk Management la rete aziendale referenti/facilitatori		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi Aziendali		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Definire strategie di intervento organizzativo per rimodellare la Funzione di Risk management Aziendale		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Sviluppare un modello organizzativo di Risk management con definizione delle figure necessarie allo mantenimento di un sistema per gestione del rischio in ambito sanitario e sociosanitario		
9. Strumenti e metodi	Costituzione della Rete Aziendale dei Facilitatori di Risk Management; Definizione di funzioni, compiti e competenze necessarie per il ruolo; Progettazione del corso di formazione per l'acquisizione delle competenze specifiche;		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Costituzione della Rete dei Referenti/facilitatori di Risk management.	E' costituito il gruppo aziendale dei referenti/facilitatori di Risk Management, nel	
	Definizione della Job description del Referente/facilitatore di Risk Management.	La Job Description è elaborata coerentemente al profilo di competenza.	
	Pianificazione di un percorso di formazione ad-hoc per i facilitatori di Risk management, volto a garantire uniformità e omogeneità di	Il corso di formazione è progettato ed effettuato secondo le tempistiche programmate.	
	Sviluppo del modello organizzativo per la Funzione di Risk Management	Documento con la rappresentazione dell'articolazione	