

Relazione sulla gestione del rischio clinico e sulla gestione degli eventi avversi, ai sensi dell'art. 2 della Legge 24/2017 Anno di valutazione 2022

Questa relazione mantiene negli anni la stessa struttura che comprende delle sezioni di descrizione del sistema di gestione del rischio clinico, che di norma non variano se non nell'eventualità di variazioni organizzative nel sistema, e sezioni relative ad ambiti specifici di interesse nella gestione del rischio che sono aggiornate annualmente in relazione alle attività svolte nell'anno in esame ed alle attività previste nell'anno successivo.

AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente relazione riguarda sia l'IRCCS Ospedale San Raffaele che l'IRCCS San Raffaele Turro, entrambi ospedali universitari e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico che operano in sinergia e secondo un unico modello organizzativo che comprende anche la gestione del rischio clinico.

Il San Raffaele è un centro di rilievo ultra-nazionale e di alta specializzazione per molte importanti patologie: comprende diverse Unità Operative ad alta specialità, coprendo quasi tutte le discipline, è dotato di un DEA di II Livello (Dipartimento di Emergenza ad Alta specialità) e tratta una casistica mediamente più complessa rispetto allo standard sia regionale che nazionale (indice di case-mix).

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – UNA TRADIZIONE IN SAN RAFFAELE

La sicurezza delle cure è un tema di interesse comune a tutte le organizzazioni sanitarie complesse in quanto:

- interessa tutte le professioni e tutti i livelli di responsabilità: clinica, gestionale ed amministrativa;
- riguarda in egual misura la condotta degli operatori, l'organizzazione ed il funzionamento delle strutture sanitarie.

Tutta la letteratura scientifica è unanime nel riconoscere che gli errori nei sistemi complessi come quelli sanitari sono sostanzialmente inevitabili perché legati alle caratteristiche intrinseche dell'organizzazione, che è governata da persone e, di conseguenza, portate naturalmente all'errore.

Per un Ospedale come il San Raffaele occuparsi di rischio clinico significa porsi quindi l'obiettivo fondamentale di rendere più sicuro il sistema di assistenza e cura, contenendo la frequenza degli errori e minimizzando il loro impatto sui pazienti, sugli operatori e sull'organizzazione.

Un sistema sicuro non può prescindere da una cultura diffusa della sicurezza, ovvero aperta al riconoscimento dei propri errori, per analizzarli e per imparare da essi. Questa cultura si costruisce nel tempo, con un'organizzazione idonea e con la formazione e con un impegno volto a sopperire l'elevato turnover ormai caratteristico di tutte le strutture sanitarie.

Il primo centro italiano per lo studio dei rischi e degli errori in medicina, denominato CeSREM (Centro Studi Rischi Errori in Medicina), è stato istituito proprio al San Raffaele nel 2002. Nell'ambito delle attività di questo Centro, il San Raffaele ha collaborato con il Tribunale per i diritti del Malato per la nascita e lo sviluppo della Carta della Sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, nonché per l'avvio della sperimentazione di Unità di Gestione del Rischio (UGR), attivate in San Raffaele dal 2001.

In quegli stessi anni è iniziato un coinvolgimento intensivo del personale sul tema del rischio di errori, perdurato nel tempo, volto a stimolare la segnalazione delle criticità e a discuterne insieme le cause per trovare delle soluzioni migliorative.

Oggi abbiamo un'organizzazione ben strutturata, con un Piano aziendale ed un Risk Manager che lavora a stretto contatto con tutto il personale sanitario e con le principali funzioni aziendali con ruoli specifici nell'ambito della sicurezza quali, solo a titolo di esempio, il CIO, il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio di Farmacia, di Ingegneria Clinica, di Fisica Sanitaria ed il Servizio Trasfusionale, allo scopo di consentire una visione a 360° di tutte le problematiche che possono avere un impatto sulla sicurezza delle cure.

Per formare un quadro sempre aggiornato ed il più esaustivo possibile è necessario basarsi su svariate fonti informative. In San Raffaele si fa riferimento alle seguenti:

- sistema di *incident reporting*;
- risultati degli audit e delle visite ispettive, sia interne che esterne;
- analisi della documentazione clinica;
- analisi delle richieste di risarcimento;
- eventuali reclami giunti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- monitoraggi mirati rispetto l'applicazione delle indicazioni e delle prescrizioni riportate dalla normativa regionale e nazionale in tema di prevenzione del rischio (es. Raccomandazioni Ministeriali);



- monitoraggio indicatori relativi agli esiti e di *patient safety*;

Per un quadro generale dei rischi, ci si avvale anche di analisi proattive del rischio, ovvero di analisi di processi particolarmente critici per l'individuazione preventiva dei punti di maggior rischio che non abbiano già prodotto eventi avversi. Questa metodologia, molto onerosa, è stata insegnata a diverse persone che lavorano all'interno dell'ospedale e che sono così in grado di applicarla all'analisi delle proprie attività, pur con il supporto degli addetti ai lavori (Ufficio Qualità e Risk Manager).

INCIDENT REPORTING

Il sistema interno di segnalazione è ormai a regime da diversi anni, con una buona risposta da parte di tutto il personale sanitario. E' un sistema che consente di convogliare a livello centrale le segnalazioni delle criticità rilevate da tutto il personale operante in ospedale che, nella maggior parte dei casi, consistono fortunatamente in *near-miss* o quasi-errori, ovvero in situazioni di rischio che non hanno però dato esito a veri e propri danni.

È un sistema che può essere utilizzato liberamente da ogni operatore sanitario, che può riportare così qualsiasi situazione di potenziale rischio o gli errori eventualmente malauguratamente accaduti. Tutte queste segnalazioni entrano a far parte di un sistema per l'analisi della frequenza, della natura e del luogo di occorrenza degli errori, dei quasi-errori e delle condizioni di pericolo per attuare degli interventi di prevenzione efficaci.

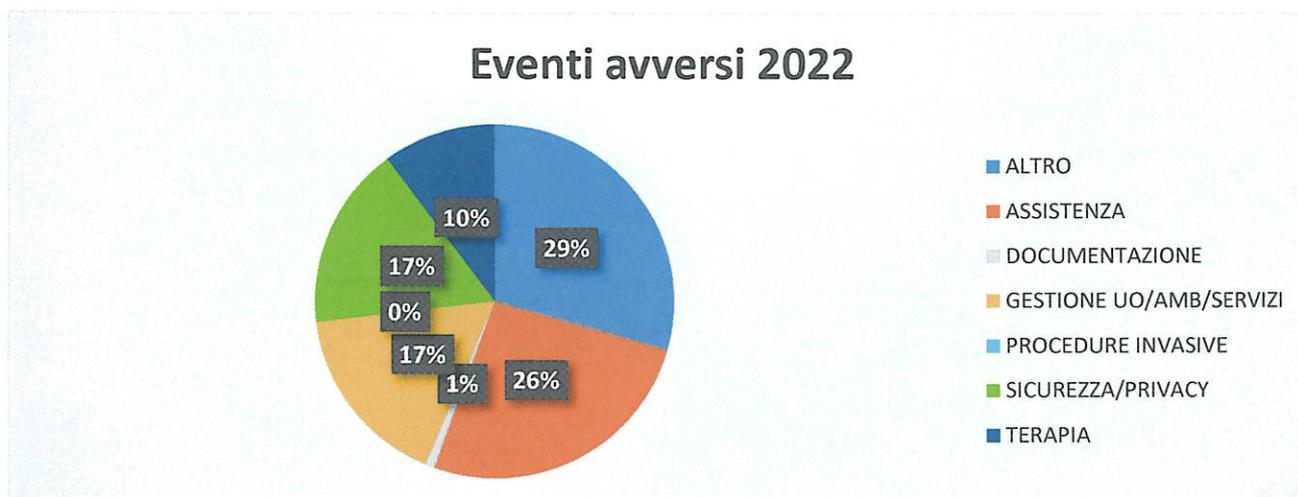
Le segnalazioni liberamente registrate dal personale in un sistema di questo tipo sono un indice di maturità della cultura aziendale che ha compreso come errori e criticità costituiscono una importantissima opportunità di apprendimento e di miglioramento continuo. Nel 2022 il volume complessivo delle segnalazioni si è mantenuto rilevante (n=583) in linea rispetto all'anno precedente.

L'analisi delle segnalazioni "sanitarie" (EA ed ES) evidenzia un aumento del numero di near miss e/o eventi avversi (n=119) che sono passate dal 16% al 23% rispetto al totale delle segnalazioni, incremento apprezzabile sia per gli Eventi Avversi sia per quelli considerati e trattati come Eventi Sentinella (15 nel 2022). Questo è segno di maggior sensibilità all'utilizzo del sistema di segnalazione da parte del personale e di un miglioramento della fondatezza delle segnalazioni.

Di seguito si riporta un grafico dell'andamento delle segnalazioni.



Focalizzando l'attenzione solo sui near miss / eventi avversi, dall'esame della distribuzione delle tipologie di segnalazione si evidenzia che un terzo delle segnalazioni (29%) ha riguardato la categoria ALTRO, il 26% della casistica ha riguardato una miscellanea relativa all'ambito assistenziale, il 10% ha riguardato l'ambito della terapia. Di seguito una rappresentazione di tutte le categorie di segnalazioni:



Delle 119 segnalazioni pervenute di eventi avversi e near miss, un quarto ha avuto origine dal Pronto Soccorso, specie nei momenti di picco epidemico.

Nel paragrafo "ambiti di miglioramento e iniziative" si riportano le principali azioni intraprese in relazione a quanto rilevato. In molti casi, ove non rilevate nuove criticità, si è trattato della prosecuzione delle iniziative in essere. In taluni ambiti sono state implementate azioni specifiche.

EVENTI SENTINELLA

Gli Eventi Sentinella sono di norma individuati attraverso il sistema di *Incident Reporting* anche se alcuni possono giungere all'osservazione attraverso altri canali quali, ad esempio, attività di audit o richieste di risarcimento.

Nel corso del 2022 nel nostro Ospedale sono stati segnalati tramite il sistema di incidente reporting 15 eventi sentinella: 14 eventi hanno riguardato casi di violenza nei confronti di operatori sanitari consistenti in episodi di aggressione sia verbale che fisica, ma che fortunatamente non hanno prodotto danni fisici e non sono esitati in infortunio, 1 evento ha riguardato un errore di tardata diagnosi ed è stato valutato tramite audit clinico specifico con la definizione di alcune azioni correttive. Questo ultimo evento ed un evento di aggressione sono stati inseriti nel sistema ministeriale (SIMES). Tutti gli altri eventi di aggressione sono stati ugualmente valutati da un apposito gruppo di lavoro multiprofessionale per l'analisi delle cause e l'individuazione delle opportune azioni correttive. E' proseguita l'attività dello sportello psicologico dei dipendenti cui gli operatori vittime di aggressioni si possono rivolgere.

SINISTRI

Il numero dei sinistri aperti nel 2022 è, rispetto al totale delle segnalazioni dell'Incident Reporting, il 10% circa, in linea con il trend generale anzi, leggermente in diminuzione rispetto agli anni precedenti nonostante il deciso aumento di attività. Anche quest'anno non si è notato un contributo dei casi COVID.

Le valutazioni emerse dall'analisi dei sinistri sono state inserite anche tra le informazioni fornite ai clinici in concomitanza degli audit clinico-organizzativi e incrociati con gli indicatori di outcome per una discussione più approfondita sull'effettiva situazione di rischio dell'Unità Operativa.

Le richieste di risarcimento riconducibili a casi di sepsi e di infezioni acquisite in ospedale sono sempre sottoposte ad analisi, nel 2022 sono in riduzione (5%) rispetto al 2021 (20%). Nel monitoraggio e nell'analisi dei singoli casi è coinvolto il Comitato Infezioni Ospedaliero.

AUDIT

L'attività di audit è molto impegnativa, ma consente verifiche sul campo di come viene svolta l'attività con il massimo coinvolgimento di tutto il personale.

Nel 2022 sono stati effettuati diversi audit interni, come di seguito dettagliato:

- 9 audit del sistema qualità su Processi, Attività, Requisiti di accreditamento, Documentazione clinica



- 9 audit con valutazione e commenti relativi a indicatori clinici e di esito
- 4 audit clinici nei reparti di ostetricia, neonatologia e pediatria
- 1 audit specifico sull'attività trasfusionale
- 1 audit specifico sulla corretta applicazione della scala MEOWS che è uno strumento di monitoraggio che serve per riconoscere tempestivamente uno stato di infezione/sepsi.

A questi si aggiungono anche audit effettuati a cura del Servizio Prevenzione Protezione (in parte effettuati congiuntamente con Ufficio Qualità e Rischio Clinico) volti a monitorare il rispetto della normativa per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e a mettere in atto di volta in volta tutte le iniziative necessarie per aumentare il livello di sicurezza di utenti e di operatori.

FARMACO-VIGILANZA – DISPOSITIVO-VIGILANZA – EMO-VIGILANZA

- Nel rispetto della normativa nazionale, le reazioni avverse e gli incidenti connessi con l'uso di Farmaci, Dispositivi medici, sangue ed emoderivati sono riportate da parte del personale attraverso il sistema aziendale unico di segnalazione. Farmacisti, Ingegneri Clinici e Trasfusionisti, in coordinamento con il Risk Manager, si attivano per la gestione delle problematiche emergenti e per l'adozione delle più opportune azioni di miglioramento. Per il potenziale interesse per la collettività, i casi sono segnalati anche al Ministero della Salute.
- Rispetto alla sicurezza dei farmaci è in essere, a cura del servizio di Farmacia Ospedaliera, una modalità sistematica di comunicazione a tutti i reparti delle segnalazioni giunte dall'esterno (es. AIFA) circa attenzioni nell'uso di taluni farmaci o richiamo di specifici lotti a seguito del rilievo di anomalie.

MONITORAGGIO AMBIENTALE

- Sicurezza dell'acqua – Con lo scopo di tutelare la salute attraverso la minimizzazione del rischio legato alla veicolazione di agenti chimici e microbici (es. Legionella) nell'acqua in ospedale, è attivo in San Raffaele un sistema integrato di prevenzione e controllo (*Water Safety Plan*) che verifica sistematicamente le caratteristiche dell'acqua di approvvigionamento, l'efficacia di eventuali trattamenti ed il mantenimento della qualità nella rete di distribuzione e in esercizio.
- Sicurezza degli alimenti - Autocontrollo HACCP: ispezioni frequenti e sistematiche sono state effettuate nel corso dell'anno presso i locali del Servizio di Ristorazione di entrambe le strutture ospedaliere per la verifica del rispetto delle norme igieniche previste dal sistema HACCP in tutte le fasi di preparazione, manipolazione, conservazione e distribuzione degli alimenti. Al fornitore del servizio sono sempre state tempestivamente notificate le problematiche riscontrate e sono stati monitorati gli interventi concordati.

ATTIVITÀ di FORMAZIONE e SENSIBILIZZAZIONE

Il nostro Ospedale ha da sempre svolto attività di formazione per tutto il personale, rivolte allo sviluppo della cultura del rischio, con particolare attenzione alle attività di prevenzione degli eventi avversi, alla loro gestione e alla loro comunicazione alle persone coinvolte. Un refresh formativo sui temi generali del rischio clinico è stato attuato nel 2022 sul campo attraverso le attività di audit e la discussione delle criticità segnalate nell'incident reporting. Per far fronte all'aumento del turn-over del personale, che sta sperimentando anche il nostro ospedale, è stato messo in programma per il 2023 un corso FAD.

Sono inoltre messi in atto dei percorsi di formazione più approfonditi per ognuno dei rischi sopra elencati, oltre che per i rischi specifici che sono caratteristici di altre aree dell'Ospedale.

E' continuato il monitoraggio della partecipazione del personale ai corsi di formazione di Rianimazione Cardiopolmonare che, nel 2022, si è potuto riprendere in presenza oltre che in modalità a distanza. La possibilità di combinare la formazione in aula con la FAD ha consentito la fruizione del corso da parte di un numero molto elevato di personale medico e infermieristico.

In occasione degli audit il personale è stato inoltre sollecitato a fruire anche di altri corsi già disponibili sulla piattaforma FAD aziendale quali:

- Sicura prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica
- Consenso informato
- Indicatori
- COVID 19
- Uso dei DPI COVID (Dispositivi di Protezione Individuale)

AMBITI di MIGLIORAMENTO e INIZIATIVE

Qui di seguito riportiamo un elenco dei principali rischi noti in ambito sanitario generale che in San Raffaele sono costantemente sotto sorveglianza e per i quali sono in atto piani per il miglioramento continuo. Sono descritte sinteticamente le azioni di miglioramento proseguite nel 2022 e quelle attivate ex novo:

- **Rischio di scambio di pazienti:** proseguono le attività di controllo dell'applicazione della procedura aziendale attraverso audit; nel 2022 si è rilevata in particolare una relazione nell'uso delle apparecchiature per esecuzione di test di laboratorio al letto del paziente (POCT) e scambio di identità che ha portato alla ripetizione degli esami. In collaborazione con il Laboratorio analisi è stata fatta una mappatura completa di tutte le apparecchiature POCT e verificate le modalità che potevano essere causa di errore. In sede di verifica il personale è stato subito istruito sulle modalità corrette di utilizzo. Per il 2023 è pianificato un corso di formazione vincolante per l'utilizzo dello strumento.



- **Rischio di cadere:** sono in atto procedure assistenziali consolidate da tempo per la prevenzione delle cadute con l'Ufficio Tecnico, il Servizio Protezione e Prevenzione e l'Ingegneria Clinica sempre presenti per la messa in sicurezza degli ambienti e per una adeguata selezione ed ottimizzazione dei presidi (arredi, letti di degenza, ecc.). Il monitoraggio delle cadute effettuato anche nel 2022 non ha evidenziato nuovi fattori di rischio precedentemente non noti;
- **Rischio di sviluppare lesioni da pressione (decubiti):** per questo rischio sono adottati in tutto l'ospedale i presidi più adatti per la prevenzione; tutto il personale è addestrato a valutare ogni paziente per il rischio di lesione e ad intervenire tempestivamente anche attraverso personale specializzato ed al ricorso a medicazioni avanzate. È attivo un servizio di consulenza interna vulnologica. Il monitoraggio delle lesioni da pressione effettuato anche nel 2022 ha evidenziato un miglioramento sul numero totale delle segnalazioni.
- **Rischio di contrarre infezioni:** per questo rischio sono messe in atto regolarmente delle attività di controllo volte a verificare l'applicazione corretta delle procedure interne sul trattamento delle ferite chirurgiche e dei cateteri vescicali, e sulla corretta profilassi antibiotica peri-operatoria. È proseguito il monitoraggio sistematico della diffusione di germi multiresistenti agli antibiotici (MDRO). È proseguita l'attività di *Antimicrobial Stewardship* attraverso l'organizzazione delle consulenze specialistiche infettivologiche per diversi reparti ospedalieri.

Anche nel 2022 sono state implementate tutte le misure necessarie al contenimento della pandemia COVID 19 adeguandole di volta in volta agli aggiornamenti della normativa sia nazionale che regionale, nonché all'evoluzione epidemica.

Nel 2022 si è lavorato alla predisposizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) sulla Sepsis per il riconoscimento precoce dei pazienti a rischio e per uniformare l'assistenza ed il percorso diagnostico terapeutico di tali pazienti. Questo PDTA verrà pubblicato nel 2023.

A novembre è stata effettuata una indagine puntuale, estesa a tutto l'ospedale, per la rilevazione della prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, realizzata secondo il protocollo europeo di studio dell'ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control) "Studio di prevalenza puntuale (PPS) europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti cui il San Raffaele ha aderito. Rispetto alla precedente analogica rilevazione del 2016 si è osservata una diminuzione di casi prevalenti sia quando considerati nel loro complesso (dal 13,5% al 9,7%) sia considerando quelli insorti in ospedale (dal 11,9% all'8,7%). Dal prossimo anno la rilevazione sarà annuale per monitorare in modo più stretto l'efficacia degli interventi attuati.

- **Rischio di non ricevere i farmaci corretti:** La verifica nei reparti di degenza dell'uso corretto dei fogli di prescrizione della terapia e delle modalità di conservazione dei farmaci costituiscono da anni uno dei focus degli audit effettuati nei reparti. Questi aspetti, insieme a quello dell'importanza dell'accertamento della terapia domiciliare ad ogni nuovo ricovero per una adeguata riconciliazione con le nuove terapie, sono sempre promossi tra tutto il



personale anche attraverso corsi di formazione fruibili in qualsiasi momento, in quanto predisposti in modalità FAD e depositati sulla piattaforma aziendale. Il progetto di informatizzazione del foglio di terapia avviato fin dal 2021, nel 2022 è confluito nel progetto di informatizzazione della cartella clinica che vedrà l'implementazione proprio del modulo di terapia entro l'anno 2023.

- **Rischi correlati all'attività chirurgica (infezioni della ferita, interventi sulla parte del corpo non corretta ecc.):** per questo rischio poniamo un accento particolare sull'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza in sala operatoria, sulla corretta gestione degli esami istologici e sull'applicazione corretta delle tecniche di prevenzione delle infezioni. Al riguardo è in uso un sistema informatico per la gestione dei pazienti in sala operatoria che è stato costruito in modo tale da inglobare tutti i punti di controllo delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza in Sala Operatoria. Il sistema costituisce una guida operativa per il personale dell'équipe e garantisce la registrazione degli atti di prevenzione previsti. Nel 2021 l'informatizzazione era stata estesa alla parte della checklist relativa alle azioni di stretta competenza delle UUOO prima di inviare il paziente al blocco operatorio. E' altresì proseguito nel 2022 il progetto volto alla personalizzazione dei protocolli assistenziali e personalizzazione del rischio operatorio.
- **Rischio di non tempestività o inadeguatezza nella gestione delle urgenze:**
E' in uso una specifica procedura che definisce le regole interne e le istruzioni, allineate alle migliori evidenze scientifiche, per una gestione sicura del processo di presa in carico degli allarmi di anomalia segnalati dai sistemi centralizzati di monitoraggio o telemetrie allo scopo di garantire che le situazioni di criticità siano tempestivamente riconosciute e prevenire il rischio di morte, coma o grave danno.
Nel 2022 è stato riesaminato il processo del trasporto del paziente instabile ad alto rischio di evolutività, ora in fase di verifica e previsione di formalizzazione e implementazione nel 2023
- **Rischi correlati al parto e alla nascita:** per i rischi correlati al parto viene posta particolare attenzione alla gestione delle emorragie in gravidanza e dei disordini ipertensivi, con definizione di specifici protocolli. E' proseguita l'attività di sensibilizzazione sul tema del riconoscimento dei segni precoci di infezione attraverso l'implementazione sistematica di una scheda per il rilievo dei segni indicatori di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (scheda MEOWS) il cui effettivo utilizzo è stato verificato 2022 con specifico audit. Rispetto ai rischi per il neonato è ormai a regime l'uso di una documentazione clinica realizzata appositamente per facilitare il monitoraggio dei parametri critici di tutte le fasi del parto. Infine, in tutte le sale parto sono affissi dei poster con la descrizione schematica delle manovre per la corretta gestione della distocia di spalla.
Nel 2021 è stata aperta una sezione collocata nello stesso settore del Blocco Parto e del dipartimento materno-infantile. Questo ha comportato



Nel 2022, a seguito dell'attivazione nell'anno precedente di una sezione del Pronto Soccorso dedicata esclusivamente per l'accettazione ostetrica, sono stati messi a punto dei protocolli specifici.

- **Rischi correlati alle trasfusioni:** anche nel 2022 sono state rivalutate ed aggiornate le procedure sulla gestione di sangue ed emoderivati e sulla trasfusione per essere sempre in linea con tutte le novità normative volte a rendere sempre più sicura questa pratica. Nel 2022 il servizio trasfusionale ha condotto gli audit di controllo per la corretta applicazione della procedura insieme all'area Rischio Clinico.

Gli esiti di questi, come degli audit in generale, sono discussi in sede di riunione di rischio clinico del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), oltre che con il personale del reparto, per l'adozione di eventuali misure correttive.

La presenza in ospedale di un proprio Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) è ulteriore elemento di garanzia per la sicurezza trasfusionale.

- **Rischi correlati all'allontanamento incontrollato dei pazienti:** la maggior parte dei reparti a più alto rischio sono stati dotati di accessi controllati ed i reparti di degenza trasferiti nel nuovo edificio presentano una organizzazione degli spazi che garantisce un maggior controllo degli accessi. Relativamente all'edificio i cui reparti presentano ancora criticità nel controllo degli accessi, nel 2022 è proseguita la compartimentazione e in alcune aree specifiche la conversione degli spazi da attività di degenza ad attività ambulatoriale e studi medici, con trasferimento delle degenze in altre sedi più idonee.
- **Rischio di perdita di informazioni importanti per difetti di comunicazione:** La buona comunicazione è uno degli aspetti più importanti, ma è internazionalmente noto come sia difficile da ottenere a tutti i livelli. Nell'ambito dei consulti multidisciplinari, al fine di evitare perdita di informazioni, continua ad essere in uso, ed è sempre più esteso, un sistema informatico per la costituzione e la registrazione dei consulti multidisciplinari per una miglior gestione delle patologie più complesse che richiedono il parere di diversi specialisti. Il 2022 ha visto un ulteriore incremento di questo uso grazie anche alla spinta delle attività finalizzate al percorso in atto di accreditamento del Cancer Center dell'Ospedale San Raffaele.
- **Rischio sovraffollamento Pronto Soccorso:** l'attività iniziata l'anno precedente con l'attivazione di un ambulatorio per paucisintomatici è proseguita con sempre maggior vigore e strutturazione nel corso di tutto il 2021 e 2022. L'attività di questo ambulatorio ha consentito di sgravare il Pronto Soccorso, soprattutto nelle fasi di maggiore pressione a causa delle riacutizzazioni pandemiche, di casi che potevano beneficiare di cure precoci in un regime ambulatoriale senza contribuire al sovraffollamento del Pronto Soccorso offrendo loro prestazioni multispecialistiche comprensive della necessaria diagnostica strumentale e dell'eventuale terapia precoce con anticorpi monoclonali. L'attività è andata estendendosi sempre più ai pazienti Covid dimessi dai reparti di degenza per il loro follow-up. Inoltre, nel 2022 clinici e Direzione Sanitaria hanno lavorato molto ed in collaborazione per supportare il PS sia attraverso la revisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali



(PDTA) e percorsi Fast Track sia garantendo un supporto diretto di personale per una migliore gestione dei pazienti in boarding (in attesa di ricovero).

Al fine di agevolare il flusso in uscita dai reparti di degenza dei pazienti che hanno completato le cure per la fase acuta, ma che presentano difficoltà di rientro al domicilio, e rendere così disponibili posti letto per il PS, nel 2022 è iniziata la sperimentazione di una "Unità di Supporto alle Dimissioni". Tale Unità è composta da un team multidisciplinare: 2 medici, 1 infermiere, assistenti sociali, Bed Manager e DS. L'implementazione di questo progetto è prevista nel 2023.

- **Rischio legato all'elevato turnover del personale infermieristico nelle aree critiche:** nel 2022 è stato implementato il Progetto dell' "Infermiere senior con funzione di Clinical Coach". Nella Terapia Intensiva Cardiochirurgica è stato avviato un progetto per la valutazione della figura dell'infermiere con funzioni di Clinical Coach. Questo progetto è nato dalla necessità di formare il personale infermieristico conseguente all'elevato turnover di infermieri senior. L'infermiere Clinical Coach è un infermiere esperto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica e resta, durante tutto il turno, a disposizione dei colleghi neo inseriti come formatore e referente in caso di problematiche o dubbi legati all'assistenza. Il progetto ha come finalità quella di garantire un'adeguata assistenza ai pazienti e favorire la formazione e la specializzazione degli infermieri neo inseriti.
- **Rischio di mancato reperimento di antidoto:** a seguito di un evento avverso causato dal mancato reperimento di un antidoto, nel 2022 si è lavorato insieme al Servizio di Farmacia alla messa a punto di una procedura (Regolamentazione Antidoti IOG 433) per uniformare i comportamenti degli operatori sanitari e assicurare la tracciabilità degli antidoti in ospedale. E' stato anche definito un elenco con tutti gli antidoti presenti in ospedale e la loro collocazione in modo da renderli facilmente reperibili e un modulo di richiesta e scarico per la tracciabilità degli antidoti da reperire tramite i Centri Anti Veleni di centri o ospedali esterni.
- **Rischio da radiazioni ionizzanti:** nel 2022 in accordo con i progetti regionali lombardi sul rischio radiologico e recepimento della Direttiva 2013/59/EURATOM, l'Unità di Risk Management ha adottato il questionario sviluppato dal gruppo Regionale e lo ha somministrato a 35 operatori della Radioterapia, distinti per profilo professionale (Medici Radioterapisti, Tecnici Sanitari di Radiologia, Fisici Medici).
Lo scopo di questa attività è stato stimare, attraverso una tecnica per la valutazione proattiva dei rischi (FMEA - Failure Mode Effect Analysis), i principali rischi radiologici per i pazienti nella Unità Operativa di Radioterapia dell'Ospedale San Raffaele per sensibilizzare il personale addetto e promuovere l'attuazione di eventuali azioni preventive.

Si ritiene utile rendicontare anche le attività riguardanti l'**implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali** in tema di sicurezza dei pazienti. Di seguito un sintetico report dei documenti prodotti per regolamentare l'organizzazione e le attività interne finalizzate a dare attuazione in entrambi gli ospedali, per quanto di competenza, a tali Raccomandazioni.



Al riguardo si segnalano un totale di 49 Istruzioni Operative Generali per la regolamentazione dei diversi ambiti. Nel 2022 è stata definita una procedura per migliorare l'adesione alla Raccomandazione Ministeriale n. 8 "Sistemi di segnalazione rischio di aggressioni in PS Ostetrico".

Le azioni di miglioramento sopra indicate proseguiranno anche nel 2023 con l'integrazione di una serie di altre attività e progetti inerenti principalmente i seguenti ambiti:

- comunicazioni interne tra medico e paziente e tra le varie figure professionali all'interno dell'équipe;
- attivazione di una linea di presa in carico delle gestanti a basso rischio ostetrico; perfezionamento di un piano pandemico OSR;
- formalizzazione del gruppo di lavoro per il contrasto agli atti di violenza verso gli operatori sanitari composto da SPP, Area Rischio Clinico Qualità e Accreditamento, Direzione Professioni Sanitarie, Direttore Sanitario OSR, Direttore Sanitario SRT, Direzione del Personale, Servizio di Vigilanza, Direzione servizio clienti, Medicina Preventiva, Ufficio Legale e RLS. Il Gruppo di lavoro avrà il fine di analizzare tutti gli atti di violenza segnalati e pianificare interventi atti alla diminuzione e il contenimento del rischio aggressioni. Il Gruppo di Lavoro si incontrerà periodicamente durante tutto l'anno e potrà se necessario avvalersi delle funzioni aziendali di competenza che, in relazione agli specifici temi affrontati, possono essere coinvolti di volta in volta.
- Avvio dell'informatizzazione dell'intera cartella clinica (modulo terapia).

Il Risk Manager: Dott.ssa Garancini Paola

Referente rischio clinico: Dott.ssa Corti Paola