

STRUTTURA: SS QUALITA E RISK MANAGEMENT

Dirigente Responsabile ad interim: Alessandro Malingher

Responsabile del procedimento: Noto Miriam

Responsabile dell'istruttoria: Noto Miriam

DELIBERAZIONE N. 256 DEL 27/03/2026

OGGETTO: PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2026

IL DIRETTORE GENERALE - ALESSANDRO COMINELLI

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO: GIUSEPPE FERRARI

IL DIRETTORE SANITARIO: ALESSANDRO MALINGHER

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO: VALENTINA BRUNELLI

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

La LR 30/12/2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;

La DGR n. X/4496 del 10/12/2015 con la quale è stata disposta la costituzione dell’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema;

La DGR n. XII/1626 del 21/12/2023 di nomina del dott. Alessandro Cominelli quale Direttore Generale della ASST di Crema;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

RICHIAMATI i provvedimenti con i quali la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha definito la strategia, le modalità operative e le linee di intervento finalizzate ad implementare la funzione di Risk Management nelle aziende sanitarie lombarde (Circolare n. 46/SAN/2004, Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario, e successivi aggiornamenti), ed in particolare le “Linee operative di Risk Management in Sanità – Anno 2026” (protocollo G1.2026.0001821 del 15/01/2026), relative alla programmazione delle attività da sviluppare per l’anno 2026;

RICHIAMATA la Legge n. 24/2017 inerente alle disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

RICHIAMATI i seguenti Decreti del Ministero della Salute:

- DM n. 70 del 02/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- DM n. 77 del 23/05/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

RICHIAMATE le seguenti Deliberazioni della Giunta regionale:

- DGR n. XI/6530 del 20/06/2022 concernente il modello regionale per l’attuazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali – PDTA;
- DGR n. XI/6760 del 25/07/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- DGR n. XII/1812 del 29/01/2024 inerente all’attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare;
- DGR n. XII/4562 del 16/06/2025 di approvazione delle linee di indirizzo regionali per la profilassi antibiotica peri-operatoria (PAP) del paziente adulto, in attuazione della DGR n. XI/4927 del 21/06/2021 e integrazione di alcune disposizioni contenute nella deliberazione medesima;
- DGR n. XII/5589 del 30/12/2025 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) anno 2026”;

VISTO il Decreto Direzione Generale Welfare n. 20638 del 21/12/2023 concernente l’approvazione delle linee di riferimento per l’implementazione del modello di *Healthcare enterprise risk management* – Gestione integrata del rischio nel sistema socio-sanitario di Regione Lombardia;

Firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario

RICHIAMATA la Deliberazione aziendale n. 207 del 12/03/2026 di approvazione del Piano Formativo Aziendale anno 2026;

VISTI i seguenti atti organizzativi aziendali:

- Piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XII/3285 del 31.10.2024;
- Piano integrato di attività ed organizzazione (PIAO) 2026-2028, adottato con deliberazione n. 77 del 29.01.2026;

DATO ATTO che le Linee Operative regionali per l'anno 2026 prevedono, tra i vari adempimenti, la definizione, approvazione ed adozione del Piano annuale di Risk Management aziendale, con individuazione di specifici progetti operativi, entro il termine del 31.03.2026;

VISTO il Piano di Risk Management 2026 predisposto dalla SS Qualità e Risk Management in cui sono declinate le attività pianificate per l'anno 2026 per lo sviluppo e mantenimento di un sistema di gestione dei rischi, individuate sull'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, dei near miss e dell'andamento del contenzioso;

CONSIDERATO che il sopra richiamato Piano è coerente con gli obiettivi aziendali finalizzati alla sicurezza dei pazienti e degli operatori mediante politiche di gestione proattiva dei rischi;

RITENUTO di approvare ed adottare il Piano Annuale di Risk Management dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema per l'anno 2026, quale allegato parte integrante del presente provvedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente delegato Noto Miriam della SS QUALITA' E RISK MANAGEMENT quale Responsabile del procedimento che in tale veste ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale;

ACQUISITO il parere del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario, per quanto di competenza, così come previsto dall'art. 3 del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modificazioni;

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritte:

- 1) di approvare e adottare il Piano Annuale di Risk Management 2026 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema, nella versione allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che il Piano Annuale di Risk Management 2026 è stato sviluppato in conformità alle Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2026, di cui alla nota prot. G1.2026.0001821 del 15/01/2026;
- 3) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per l'Azienda;
- 4) di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e alle Unità operative e Servizi aziendali interessati;

Firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario

- 5) di trasmettere al Collegio Sindacale il presente provvedimento ai sensi dell'art. 3 ter D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e art. 12, comma 14, L.R. n. 33/2009 come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e s.m.i.;

- 6) di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo, in quanto non soggetto a controllo della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e s.m.i. e verrà pubblicato all'Albo pretorio on line sul sito istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 32 della Legge n. 69/2009.

IL DIRETTORE GENERALE

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta sopra riportata

Data, 27/03/2026

Per il Direttore di SS QUALITA E RISK MANAGEMENT

Noto Miriam

(firma elettronica apposta ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)

Piano Aziendale di *Risk Management*

P.A.R.M. 2026

SOMMARIO

1. Premessa	3
2. Eventi, <i>Near Miss</i> e Sinistri 2025	4
3. Attività di <i>Risk Management</i> 2026	13
3.1 Sicurezza in area ostetrica e perinatale/Mortalità perinatale e materna	13
3.2 Rischio in ambito territoriale e sociosanitario	14
3.3 Sviluppo della gestione del “full risk based thinking” (HERM).....	14
3.4 Gestione delle Crisi e Continuità Operativa	14
3.5 Applicativo di incident reporting HERMLOMB.....	15
3.6 Sistema di monitoraggio regionale delle attività di risk management	15
3.6.1 Raccomandazioni ministeriali.....	15
3.6.2 Eventi sentinella	16
3.6.3 Azioni di miglioramento Eventi sentinella.....	16
3.6.4 Mortalità perinatale e materna.....	17
3.6.5 Richieste di Risarcimento	17
3.6.6 Monitoraggio agiti aggressivi	17
3.7 Prevenzione ICA e SEPSI	18
3.8 Rischio nutrizionale	18
3.9 Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO.....	19
3.10 Network ed Eventi Formativi.....	20
3.11 Trasparenza nei confronti del cittadino	20
3.12 Giornate dedicate al risk management.....	21

1. Premessa

Le attività di Risk Management ricomprese nel PARM 2026 rispondono a quanto indicato nelle “Linee operative di Risk Management in Sanità - Anno 2026” (protocollo G1.2026.0001821 del 15/01/2026) integrate con quanto emerso dall'*Incident Reporting* e dal confronto con altre funzioni istituzionali (es. CIO, DMP).

Nel corso del 2026 saranno sviluppati due progetti (allegati al presente documento):

- governance del PS;
- rischio clinico in ostetricia.

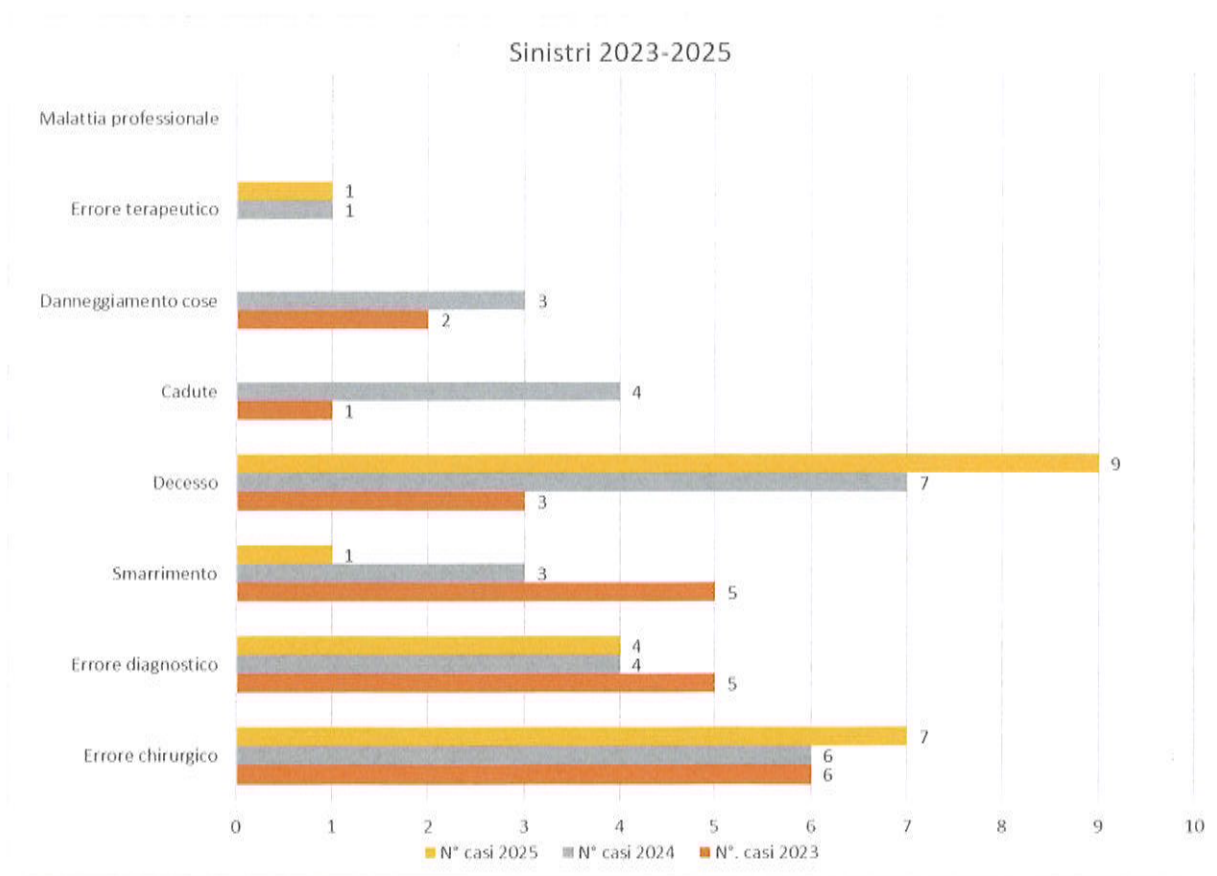
2. Eventi, Near Miss e Sinistri 2025

L'analisi dei sinistri, delle segnalazioni, delle cadute, degli eventi sentinella e delle aggressioni, di seguito dettagliata, costituisce elemento di input per l'elaborazione del P.A.R.M. 2026.

Sinistri

Si riportano di seguito la tabella e il grafico con la rappresentazione dell'andamento dei sinistri per tipologia e anno (triennio 2023-2025).

	N° casi 2023	N° casi 2024	N° casi 2025
Errore chirurgico	6	6	7
Errore diagnostico	5	4	4
Smarrimento	5	3	1
Decesso	3	7	9
Cadute	1	4	0
Danneggiamento cose	2	3	0
Errore terapeutico	0	1	1
Malattia professionale	0	0	0
Totale sinistri	22	28	22

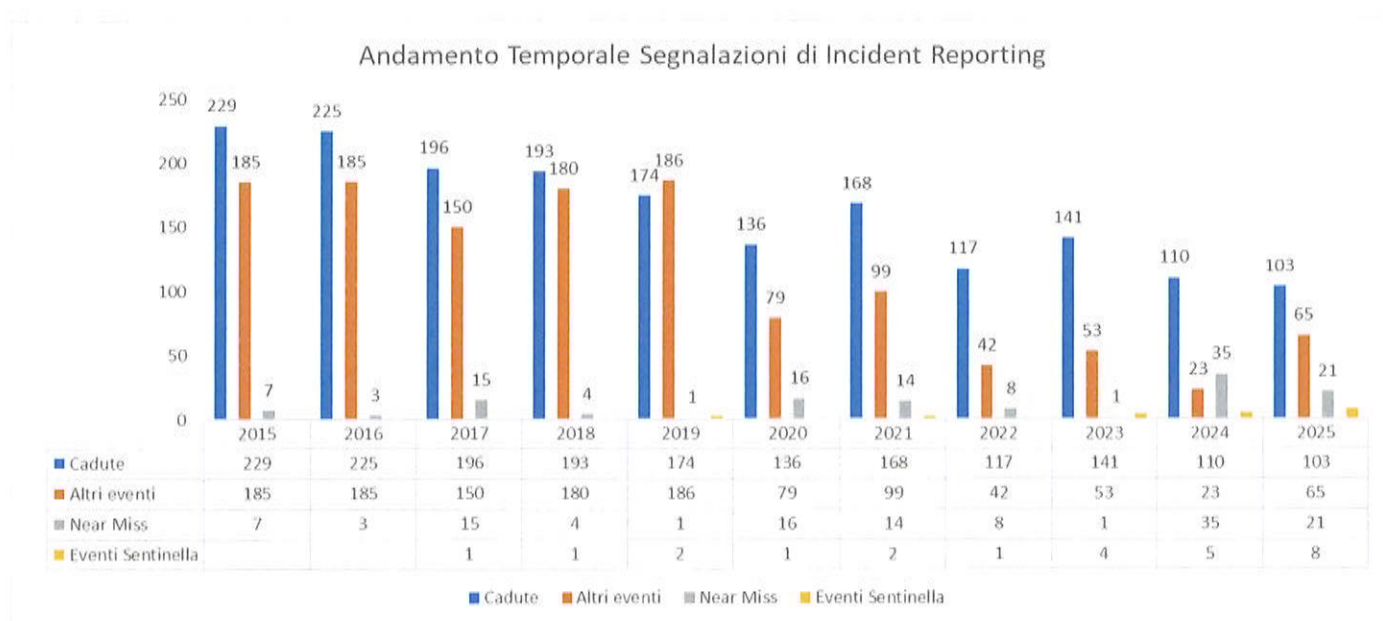


Segnalazioni

L'ASST di Crema dispone di un sistema decennale di segnalazione degli eventi avversi. Nel 2025 è stato introdotto da Regione Lombardia un applicativo per l'inserimento di tutte le segnalazioni che ha sostituito le precedenti schede cartacee. Gli operatori della SS Qualità e Risk management si occupano dell'inserimento delle segnalazioni provenienti dall'Ospedale di Comunità poiché il personale in convenzione non è abilitato all'accesso al sistema all'applicativo HermLomb.

Segnalazioni¹

Il grafico mostra l'andamento delle segnalazioni nel decennio 2015 – 2025; si segnala un lieve aumento delle segnalazioni nel 2025 favorito forse dall'introduzione della nuova modalità di segnalazione.



5

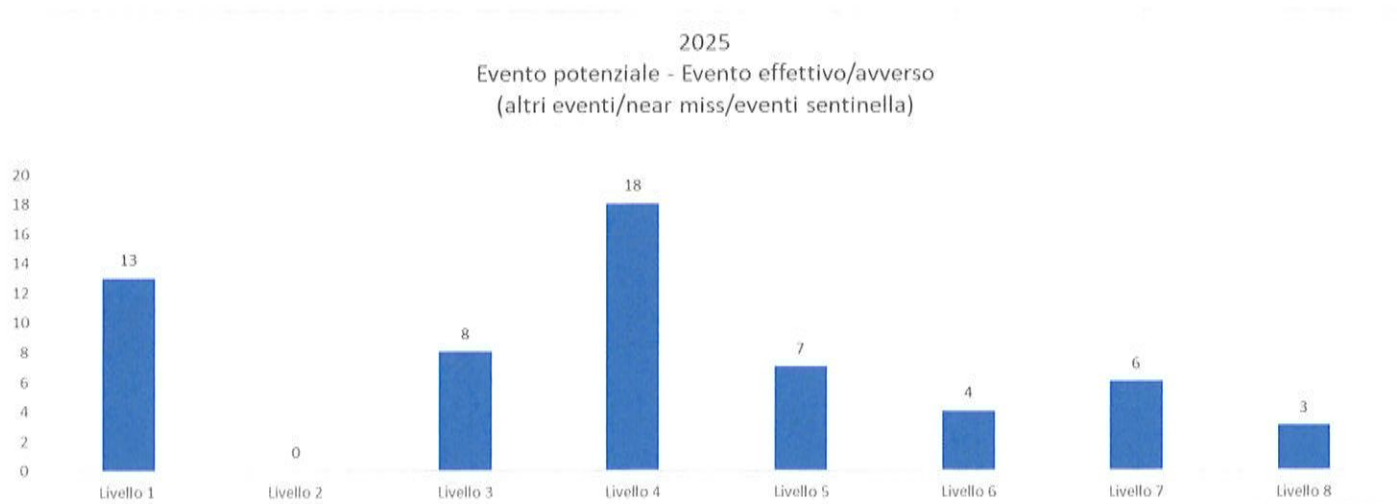
Si riportano, di seguito, la tabella con i criteri di classificazione e il grafico degli eventi classificati come da indicazione regionale.

¹ Le segnalazioni sono comprensive degli agiti violenti e gli eventi sentinella possono essere compresi anche nelle altre tipologie. Il numero di cadute riportato si riferisce a tutta la casistica (degenti, ambulatoriali, visitatori)

Tab 1 Criteri di classificazione

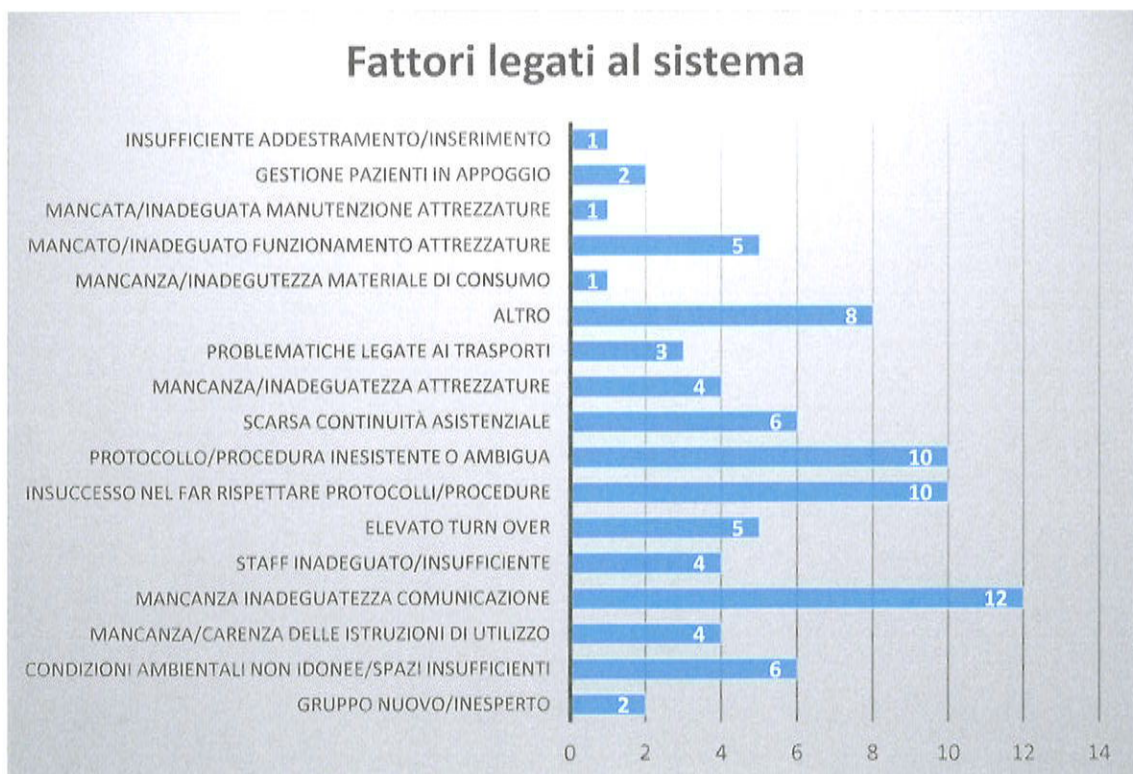
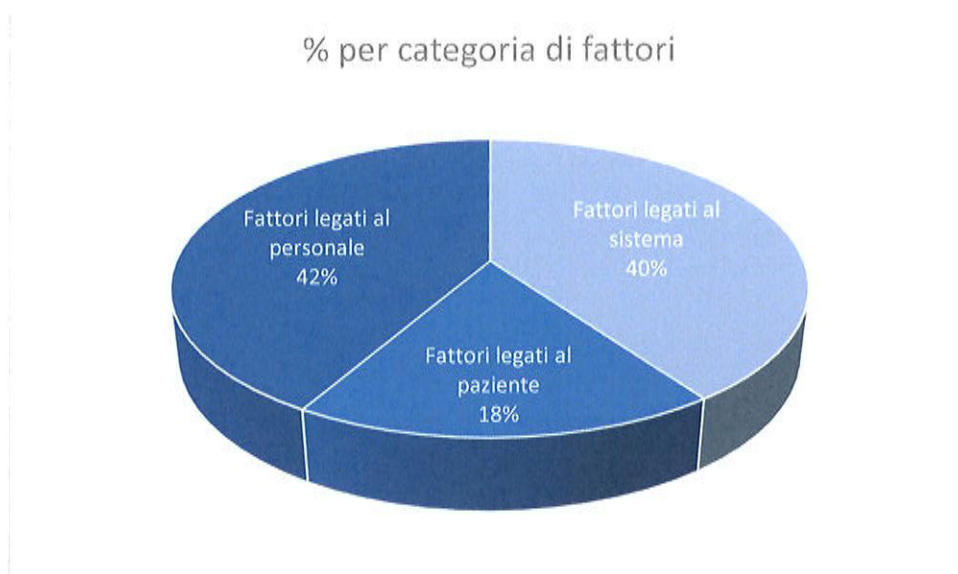
Esito (classe di danno) dell'evento	Livello di gravità ²
Situazione pericolosa/danno potenziale, evento non occorso (es. personale insufficiente, pavimento pericolosamente sdruciolevole)	1
Situazione pericolosa/danno potenziale, evento occorso ma intercettato che avrebbe potuto causare gravi conseguenze, ma che per ragioni fortuite non le ha provocate (es. errore nella terapia farmacologica intercettato prima della somministrazione)	2
Nessun esito – evento in fase conclusiva – nessun danno occorso evento senza danno	3
Evento con esito minore – danni minori o danni emotivi che non richiedono trattamento	4
Evento con esito moderato – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori/trattamenti minori (es. monitoraggio della glicemia, cambio dosaggio nella somministrazione della terapia insulinica, bendaggi)	5
Evento con esito tra moderato e significativo – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/– indagini diagnostiche maggiori – intervento chirurgico	6
Evento con esito significativo pericolo di vita e/o disabilità permanente prolungamento della degenza oltre i sette giorni	7
Esito severo decesso	8

6



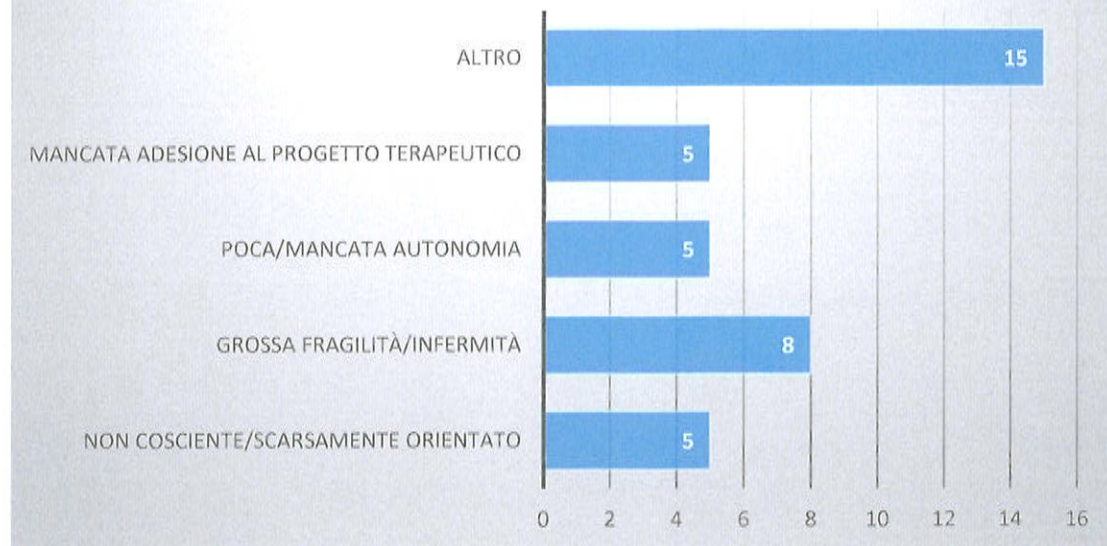
² I livelli di gravità 7 e 8 corrispondono agli eventi sentinella; i livelli 4,5 e 6 agli eventi avversi mentre i restanti sono riferiti ai near miss e close call.

I grafici successivi danno evidenza delle segnalazioni e dei *near miss* evidenziati per categorie e per singoli fattori contribuenti³.

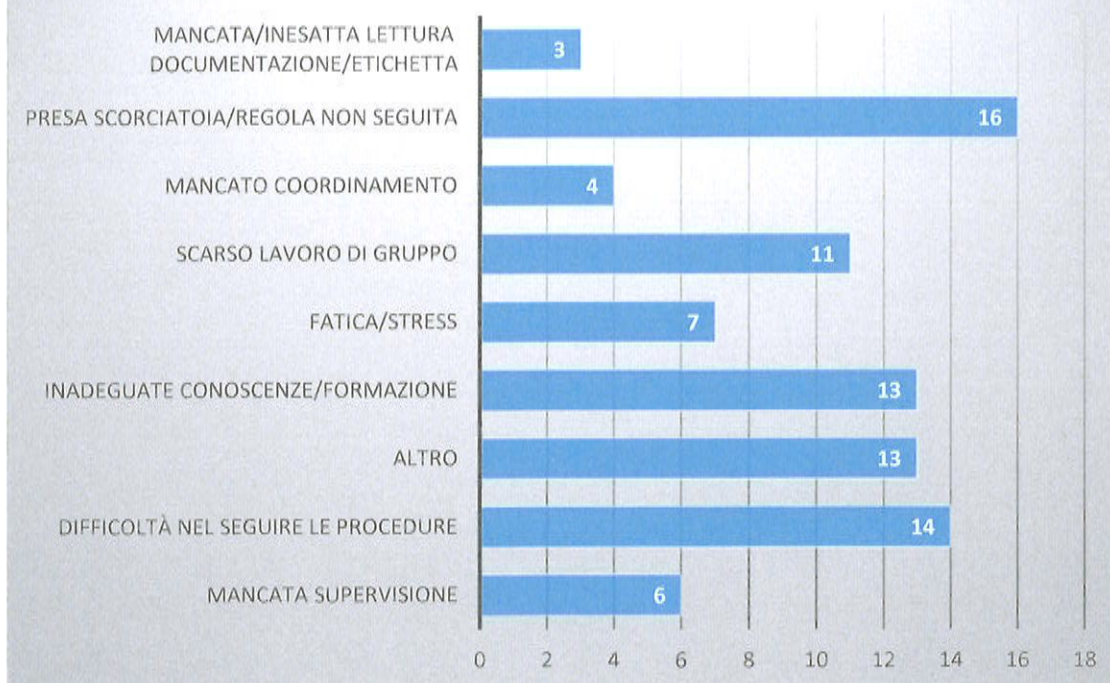


³ La scheda di segnalazione consente l'attribuzione di più di un fattore contribuente.

Fattori legati al paziente



Fattori legati al personale



Le cause principali che hanno determinato *near miss*/eventi avversi sono riconducibili a:

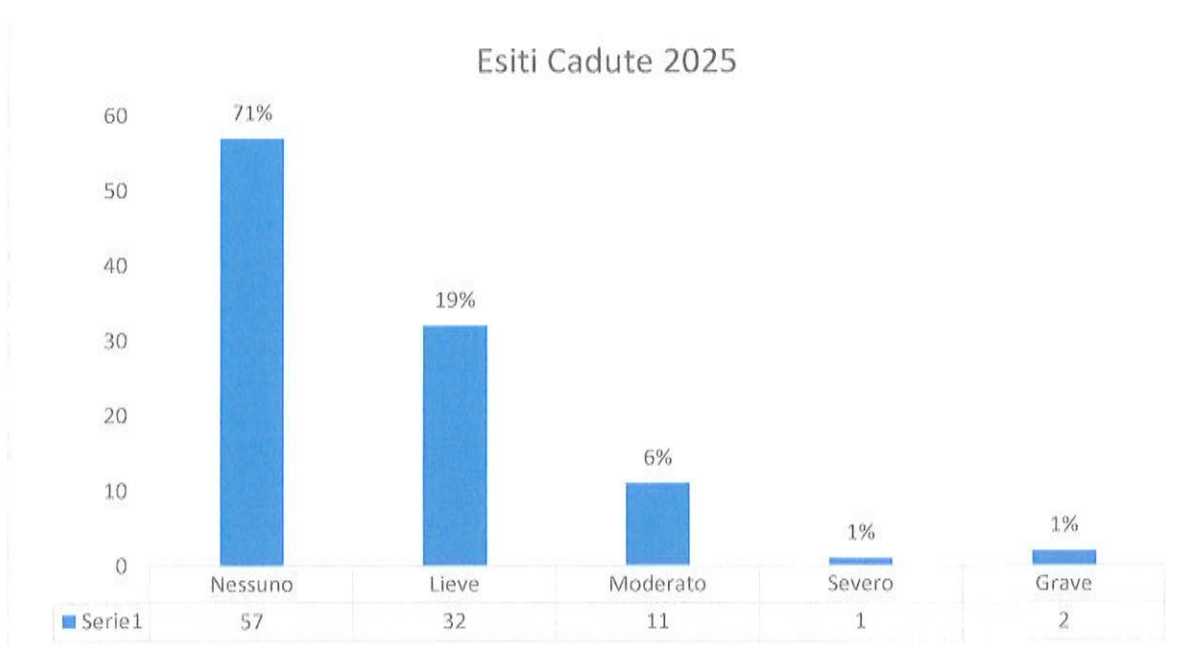
- deviazioni dall'applicazione delle procedure aziendali;
- problemi legati alla comunicazione e al lavoro in gruppo;
- fattori legati alla competenza.

Cadute

Sono riportati di seguito i dati relativi alle cadute verificatesi nel corso del triennio 2023-2025 analizzati in relazione alle giornate di degenza e al numero di ricoveri.⁴

	2023	2024	2025
n. cadute	140	96	93
Tasso cadute per 1000 gg di degenza	1.2	0.80	0.74
tasso cadute per numero ricoveri	1.01%	0.69%	0.68%

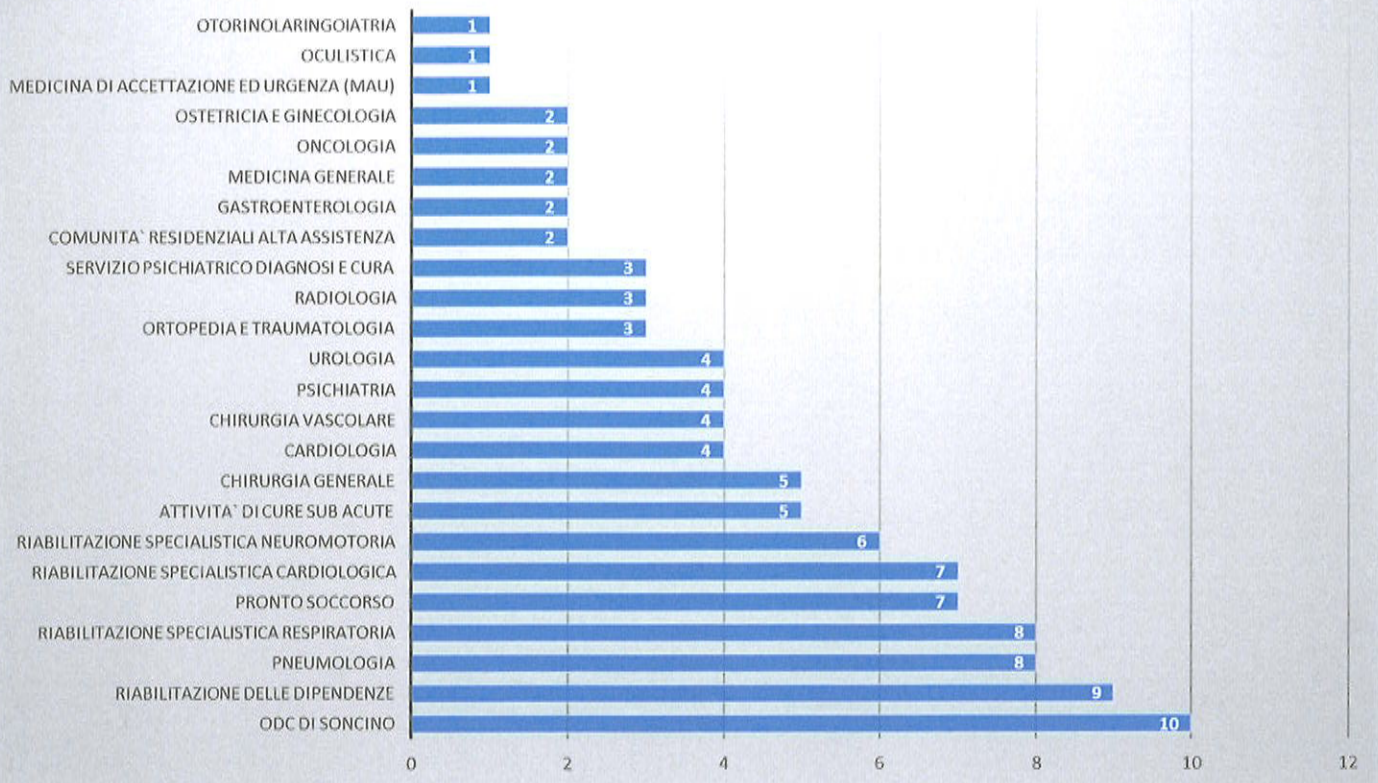
I grafici successivi danno evidenza degli esiti delle cadute e il n. di cadute in numeri assoluti e per mille giornate di degenza nei diversi setting di cura.



Si evidenzia che nel 89% dei casi le cadute non hanno determinato conseguenze meritevoli di approfondimento (71% nessun esito, 19% esiti lievi). I casi più gravi sono stati oggetto di analisi.

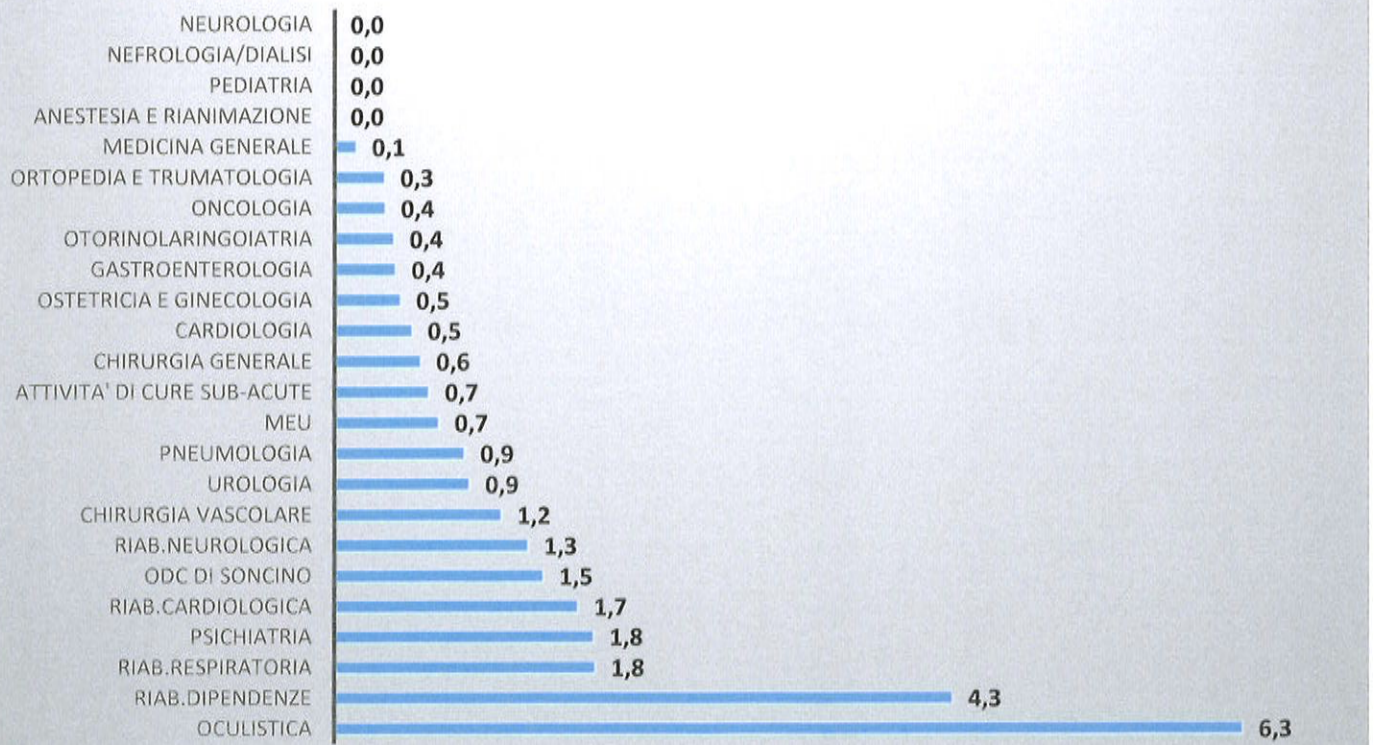
⁴ I dati sono aggiornati al 24-02-2026, sono escluse le cadute dei visitatori e degli accessi ambulatoriali.

Cadute per unità operativa (compresi visitatori e ambulatoriali)



10

Cadute per 1000 gg di degenza (esclusi visitatori e ambulatoriali)



Eventi sentinella

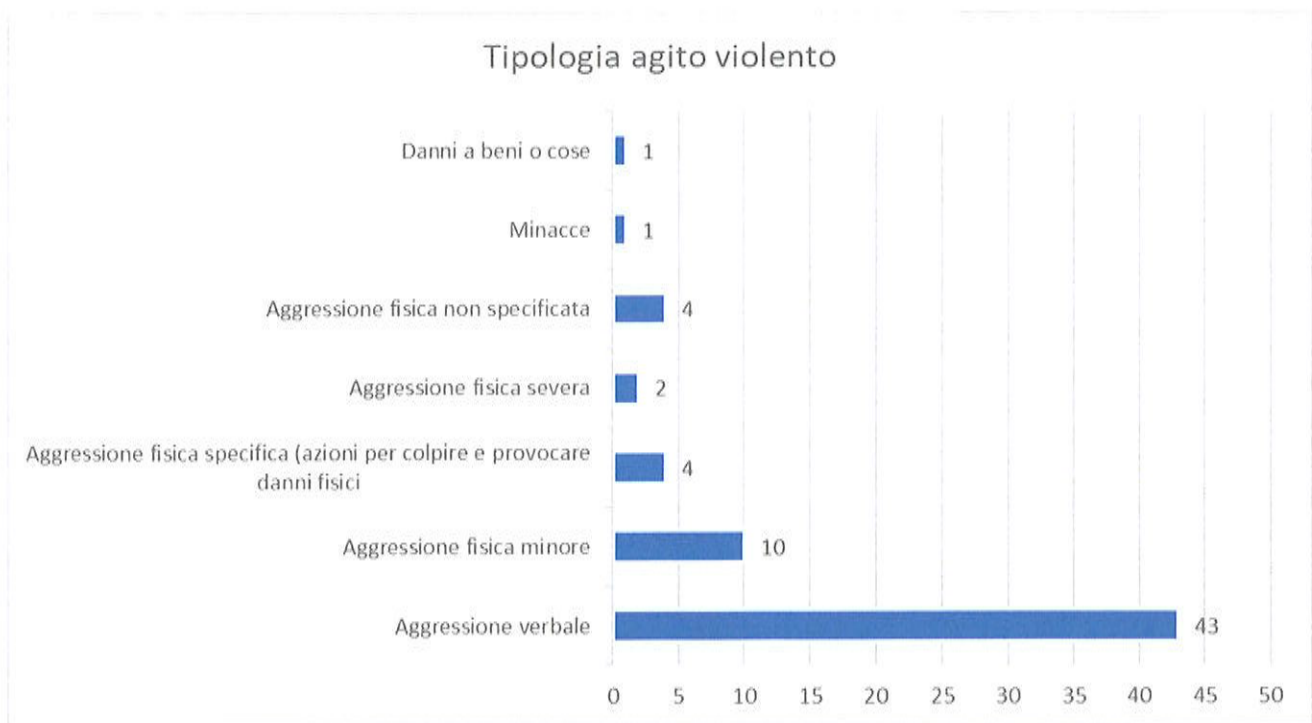
Nel corso del 2025 sono stati segnalati nel sistema NSIS 8 eventi sentinella prontamente oggetto di azioni di miglioramento.

Mortalità perinatale

Nel corso del 2025 si è verificato un caso di mortalità perinatale intrapartum che è stato discusso nel corso di specifici S.E.A. (*significant event audit*) con l'équipe che ha gestito il caso e i referenti aziendali per la mortalità perinatale e in seguito revisionato da una *specialist* ginecologa.

Aggressioni

Gli episodi di aggressione nei confronti degli operatori segnalati nell'applicativo Hermlomb nel 2025 sono stati 37 e hanno interessato 59 operatori. Gli infortuni per agito violento sono stati 15 per un totale di 90 giorni di assenza. Il grafico di seguito riportato mostra la suddivisione per tipologia di aggressione (si ricorda che è possibile l'attribuzione di più di una tipologia per segnalazione).



A tutti gli operatori segnalanti (59) è stato inviato il questionario di approfondimento – per un'analisi puntuale dell'evento - a cui hanno risposto in 14.

I principali interventi migliorativi (strutturali, impiantistici e organizzativi) suggeriti sono:

- installazione di sistemi di video sorveglianza,
- presenza di personale di vigilanza;
- ampliamento dell'organico;
- modifiche dell'assetto degli uffici/ambulatori.

Interventi

Tutte le segnalazioni sono state monitorate e valutate; in particolare gli eventi sentinella sono stati oggetto di *root cause analysis* per l'individuazione della causa radice e la programmazione delle azioni di miglioramento.

I casi di mortalità perinatale sono stati oggetto di *significant event audit* come previsto dal modello organizzativo regionale di sorveglianza di mortalità perinatale.

I near miss in relazione alla potenziale gravità sono stati:

- trattati come eventi sentinella;
- analizzati con gli attori per individuare azioni correttive;
- discussi con le funzioni competenti per l'attuazione degli interventi necessari.

Si riportano a titolo esemplificativo e non esaustivo alcuni interventi di miglioramento:

- modifiche organizzative;
- aggiornamento procedure;
- modifiche logistico - strutturali;
- osservazioni sul campo;
- analisi di secondo livello in seno a specifici comitati;
- programmazione attività formative.

3. Attività di Risk Management 2026

3.1 Sicurezza in area ostetrica e perinatale/Mortalità perinatale e materna

Indicazioni regionali

“Per l’anno 2026 le indicazioni per la prevenzione del rischio nel processo travaglio/parto riguardano:

- la segnalazione dei **trigger materno/fetali** e la conduzione di audit strutturati, riportando le relative azioni di miglioramento nel PARM. Nel caso in cui il Trigger si configuri come Evento sentinella è obbligatoria la segnalazione in SIMES.
- la sorveglianza attiva dei casi di **mortalità perinatale** (feto o neonato morto nel periodo dalla 22° settimana gestazionale fino ad 1 mese dopo la nascita) secondo la procedura approvata con decreto DG Welfare n.7917 del 26.5.2023. Per gli eventi accaduti dalla 34° settimana gestazionale si sottolinea l’importanza di effettuare l’audit o il debriefing clinico - secondo le indicazioni del Risk Manager aziendale - utilizzando lo strumento del Significant Event Audit. La rendicontazione delle eventuali azioni di miglioramento proposte dal gruppo di lavoro regionale andrà trasmessa unitamente alla rendicontazione del PARM.
- **Peer Review**: proseguirà l’organizzazione delle visite di revisione fra pari nell’area materno infantile per migliorare la sicurezza e l’appropriatezza nei punti nascita del SSR.
- **Formazione e Simulazione in ambito ostetrico e neonatale**: proseguirà il progetto di formazione con simulazione delle emergenze materno-fetali, coinvolgendo i professionisti dei punti nascita Hub&Spoke sulla base delle indicazioni trasmesse alle Direzioni con nota prot. n.G1.2025.0047024 del 27.11.2025 e delle risorse assegnate con decreto DG Welfare n. 16656 del 20.11.2025; per la sicurezza delle cure neonatali è prevista la realizzazione – in collaborazione con Polis – di un percorso formativo sulla gestione dell’errore.
- **Progetti ISS**: proseguirà la partecipazione alla **Sorveglianza della mortalità materna e dei Near miss ostetrici**: Cardiomiopatia, Embolia polmonare, Laparotomia dopo taglio cesareo o parto vaginale, Isterectomia correlata alla gravidanza.”

Omissis

d. “prosegue nel 2026 la sorveglianza attiva della mortalità perinatale che prevede la segnalazione degli eventi dalla 22° settimana gestazionale - alla mail sorveglianzaperinatale@regione.lombardia.it - secondo le indicazioni di cui al decreto DG Welfare n. 7917 del 26.05.2023 e come riportato nel paragrafo 1

e. **Mortalità Materna**: si ricorda che dal 15 gennaio 2025 è attiva la piattaforma web per la segnalazione dei casi ai fini della sorveglianza della mortalità materna ItOSS al seguente link: <https://itoss.iss.it;>⁵”

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Audit strutturati per analisi dei trigger	n. audit realizzati/n. audit programmati n. piani di miglioramento/n. audit programmati	100 %
Sorveglianza mortalità perinatale	Rilevazione e segnalazione dei casi come dà indicazioni decreto DG Welfare 7917/2023	100 %
Sorveglianza mortalità materna	Segnalazione dei casi nella piattaforma dedicata	100 %
Partecipazione alle iniziative formative e simulazioni in ambito ostetrico	Adesione come da convocazione del centro hub	100%

⁵ Linee operative Risk management anno 2026 DG Welfare, UO polo Ospedaliero Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente

3.2 Rischio in ambito territoriale e sociosanitario

Indicazioni regionali

“... Omissis ...

Le ASST dovranno garantire gli stessi strumenti di gestione del rischio sanitario e di incident reporting ... omissis
In collaborazione con la UO Prevenzione, dovrà essere svolto almeno un audit utilizzando l'applicativo HERMLomb.”⁶

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Attivazione del servizio di telemedicina sui percorsi di integrazione tra ospedale e territorio	Implementazione dei progetti 2025	100%
Formazione sulla piattaforma HermLomb e sulle procedure del rischio ai fini della segnalazione e gestione degli incident con particolare riferimento agli agiti violenti	Erogazione di almeno due incontri destinati agli operatori delle Cure Primarie	100%

3.3 Sviluppo della gestione del “full risk based thinking” (HERM)

Indicazioni regionali

“Nell'ambito del risk management, continuerà l'implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) per una gestione integrata dei rischi in sanità, applicato ad almeno tre processi aziendali, seguendo le indicazioni del Decreto DG Welfare n.20638 del 21.12.2023. L'attivazione del modello HERM ed eventuali audit sui rischi principali, da includere nel PARM (Piano Annuale di Risk Management), saranno supportati da momenti di formazione e tutoraggio. Il Risk Manager avrà il compito di stimolare e supportare le Direzioni Aziendali nella valutazione e gestione dei rischi, superando la visione separata e aggregando i risultati per presentare i rischi in modo univoco e prioritizzato, utilizzando un approccio strutturato che si concentri sull'impatto e sulla probabilità di ciascun rischio; a tale scopo si ritiene utile l'implementazione di una procedura per un HERM strettamente collegato con le funzioni di internal auditing.

Si richiede inoltre di applicare il modello nell'ambito della gestione del rischio in radioterapia e/o medicina nucleare.”⁷

14

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Elaborazione del documento integrato con le funzioni di internal auditing	Pubblicazione entro il 1 dicembre 2026	100%
Applicazione della metodologia HERM ai processi di: <ul style="list-style-type: none"> • affari generali e legali; • gestione operativa; • trasporto STEN e STAM 	Compilazione del risk register come da indicazioni regionali	Rispetto delle tempistiche regionali >95%

3.4 Gestione delle Crisi e Continuità Operativa

Indicazioni regionali

“Nel corso dell'anno 2026 i Risk Manager devono proporsi attivamente con tutti gli attori coinvolti nelle unità di crisi per condividere e adottare idonei strumenti di “business continuity” e “crisis management” in coerenza con le linee di indirizzo regionali ed i piani di emergenza pandemica e successivamente con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAFA, ecc.).”⁸

⁶ Ibidem

⁷ Ibidem

⁸ Ibidem

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Revisione e integrazione dei piani: PEIMAF, PEI e panflu	Attivazione dei gruppi di lavoro entro ottobre 2026	100 %

3.5 Applicativo di incident reporting HERMLOMB

Indicazioni regionali

“Nel 2026 l'applicativo regionale Incident reporting HERMLOMB, sviluppato con la UO Prevenzione, dovrà essere completamente implementato dalle strutture pubbliche. I Risk Manager dovranno coinvolgere tutto il personale ai fini della segnalazione, prevedendo la verticalizzazione delle funzioni ove necessario, di:

- Near miss;
- Eventi avversi;
- Cadute accidentali;
- Atti di violenza;
- Esiti degli audit. “

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Utilizzo della piattaforma HermLomb	Inserimento delle segnalazioni di incident reporting	100 %

3.6 Sistema di monitoraggio regionale delle attività di risk management

Indicazioni regionali

“Nella piattaforma regionale Tableau - alla Sezione Indicatori-Gestione del rischio - sono disponibili i dati relativi all'andamento della sinistrosità nonché i Patient Safety Indicator. È in fase di rilascio l'area dedicata al monitoraggio dei dati di Incident Reporting raccolti attraverso la piattaforma HERMLomb. Sarà prevista una formazione sull'utilizzo di Tableau per i Risk Manager. Il monitoraggio periodico di questi indicatori fornisce al Risk Manager informazioni utili per identificare le aree di miglioramento, che saranno considerate per la definizione del PARM.”⁹

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Formazione relativa all'utilizzo della piattaforma Tableau	Partecipazione da parte di almeno un operatore della medicina legale, degli affari generali e legali e del risk manager agli eventi formativi di regione	100%

“È inoltre richiesta la prosecuzione ed il consolidamento dei seguenti monitoraggi:

3.6.1 Raccomandazioni ministeriali

Indicazioni regionali

- “Raccomandazioni Ministeriali: a livello nazionale proseguirà, attraverso la piattaforma e le tempistiche definite da AGENAS, il sistema di monitoraggio dell'implementazione delle 19 Raccomandazioni Ministeriali e della check list in Sala Operatoria, si evidenzia che ai fini del raggiungimento dei parametri

⁹ Ibidem

LEA deve risultare implementato il 90% delle Raccomandazioni ritenute applicabili al proprio contesto e che per implementazione si intende che l'Azienda ha provveduto negli ultimi 3 anni a:

- adottare con provvedimento formale la procedura di recepimento o la revisione della stessa;
- formare gli operatori, con evidenza della avvenuta formazione;
- effettuare almeno un monitoraggio degli indicatori di processo.¹⁰

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Revisione delle procedure correlate alle raccomandazioni	n. procedure-IO correlate alle raccomandazioni deliberate/n. documenti pubblicati correlati alle raccomandazioni	>90%
Organizzazione e implementazione dei corsi di formazione correlati alle raccomandazioni	Realizzazione di corsi anche FAD dedicati	Implementazione di almeno il 90 % dei corsi progettati
Monitoraggio degli indicatori di processo	Almeno un monitoraggio per raccomandazione ministeriale/checklist	>90%

3.6.2 Eventi sentinella

Indicazioni regionali

- b. *“si ricorda l’obbligo della segnalazione in SIMES degli eventi sentinella secondo quanto previsto dal Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato a luglio 2024....”¹¹*

16

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Segnalazione degli eventi sentinella come da nuova classificazione	N. eventi sentinella inseriti nel portale nel rispetto delle tempistiche/tutti gli eventi sentinella	100%

3.6.3 Azioni di miglioramento Eventi sentinella

Indicazioni regionali

- c. *“il monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni di miglioramento legate agli Eventi Sentinella, previsto dal Protocollo degli eventi sentinella e richiesto alle Regioni per il raggiungimento dei parametri LEA (punto AS -Rischio Clinico), costituisce dal 2026 parte della rendicontazione annuale del PARM. Al Risk Manager è pertanto richiesto di effettuare annualmente tale monitoraggio utilizzando la scheda predisposta (ALL.4) che andrà trasmessa in fase di rendicontazione del PARM.”¹²*

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Effettuazione del monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni di miglioramento	Compilazione della scheda Allegato 4 nelle tempistiche regionali Rendicontazione nel gennaio 2027	Rendicontazione nel gennaio 2027 - 100 %

3.6.4 Mortalità perinatale e materna

Indicazioni regionali relative al monitoraggio dei punti d ed e: si rimanda al paragrafo "3.1 Rischio in area ostetrica e perinatale".

3.6.5 Richieste di Risarcimento

Indicazioni regionali

- f. "... entro il 31 luglio 2026: inserimento in GEDISS delle richieste di risarcimento relative al primo semestre dell'anno in corso e aggiornamento dello storico; entro il 31 gennaio 2027: inserimento in GEDISS delle richieste di risarcimento relative al secondo semestre del 2026 e aggiornamento dello storico."¹³

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Rispetto delle tempistiche di utilizzo della piattaforma GEDISS per la richieste di risarcimento	Inserimento delle richieste del primo e secondo semestre rispettivamente entro il 31 luglio 2026 ed entro il 31 gennaio 2027	100 %

17

3.6.6 Monitoraggio agiti aggressivi

Indicazioni regionali

- g. "Monitoraggio agiti aggressivi: gli agiti violenti a danno degli operatori rappresentano un flusso obbligatorio monitorato da Agenas, tali eventi devono pertanto essere segnalati utilizzando la piattaforma HERMLomb. Il monitoraggio, con la presa in carico da parte dei Risk Manager, dovrà essere effettuato ogni trimestre, completando il caricamento dei dati entro l'8 gennaio 2027."¹⁴

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Utilizzo della piattaforma HermLomb per le segnalazioni di agito violento	Inserimento delle segnalazioni	100 %
Monitoraggio trimestrale	Presa in carico delle segnalazioni in HermLomb	100 %

¹³ Ibidem

¹⁴ ibidem

3.7 Prevenzione ICA e SEPSI

Indicazioni regionali

“Con il Decreto DG Welfare n. 20674 del 21/12/2023, aggiornato rispetto al precedente Decreto n. 7517/2013, le strutture sanitarie sono invitate a rivedere i propri PDTA aziendali, adattandoli alle realtà locali e implementando un sistema di allerta precoce per la gestione della sepsi e shock settico, come indicato nelle Linee Guida 2021 della “Surviving Sepsis Campaign”. Il programma di miglioramento include lo screening dei soggetti a rischio, trattamenti codificati e formazione dedicata. È stata fornita la Scheda di Audit (ALL.3) per facilitare e standardizzare l'audit, che dovrà essere rendicontato nel PARM e analizzato da un gruppo regionale per aggiornare la Check List Logistico-Organizzativa. Le strutture devono condurre audit su un campione di cartelle cliniche, aderire alla compilazione della nuova Check List. Inoltre, i Risk Manager aderenti alla Carta per la qualità e sicurezza delle cure di FIASO - Cittadinanza Attiva sono invitati a coordinare le attività previste, coinvolgendo i rappresentanti dei pazienti, e a condividere i risultati con il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

Vista la DGR XII/4562 “Preso d’atto e approvazione delle “Linee di indirizzo regionali per la profilassi antibiotica peri-operatoria (pap) nel paziente adulto”, il Risk Manager deve coordinarsi con la Direzione Aziendale e con il referente CIO per il recepimento del provvedimento ed il monitoraggio dell’applicazione e delle misure correttive.”¹⁵

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Revisione della documentazione sanitaria in conformità alle indicazioni regionali	N. audit effettuati utilizzando la checklist regionale/20 casi	100%
Pubblicazione e diffusione del Protocollo per la profilassi della perioperatoria	Pubblicazione del documento entro il 31 marzo 2026 Avvio degli incontri informativi entro il 30 giugno 2026	100%
Carta per la qualità e sicurezza delle cure FIASO - Cittadinanza attiva	Aggiornamento delle attività previste entro giugno 2026	100%

18

3.8 Rischio nutrizionale

Indicazioni regionali

“Si chiede ai Risk Manager di verificare l'applicazione della DGR n. 1812 del 29.01.2024 che attiva il percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e a domicilio e di rendicontare l'adozione di procedure aziendali e di buone pratiche locali. Sono raccomandate iniziative formative per sensibilizzare gli operatori sull'importanza dello screening nutrizionale e sulla segnalazione di near miss ed eventi avversi e sentinella, sia in ambito ospedaliero che territoriale.”¹⁶

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Ibidem

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Audit documentale applicazione screening in ambito ospedaliero	Verifica della presenza nella lettera di dimissione, ove necessario, delle indicazioni di terapia nutrizionale in un campione di almeno 60 cartelle cliniche.	100%
Audit documentale applicazione screening in ambito territoriale	Verifica presenza PC.7 – Mod.10 “Screening del rischio nutrizionale- MNA” in un campione di FASAS (campione almeno 20 FASAS)	100%

3.9 Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

Indicazioni regionali

“In attesa dell’emanazione dei decreti attuativi della Legge 24/2017, che potranno cambiare gli assetti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso, si confermano i seguenti punti:

- *Le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO saranno gestite tramite la Centrale d’Acquisto Regionale di ARIA secondo il progetto di centralizzazione delle gare che annualmente vede coinvolti principalmente gli enti con polizza in scadenza. Al fine di permettere la corretta definizione dei draft di base d’asta, si sottolinea l’importanza di valorizzare e mantenere aggiornati tutti i campi inerenti le riserve presenti in GEDISS;*
- *Le Direzioni Strategiche di ASST – IRCCS e ATS devono mettere a sistema le modalità di gestione del contenzioso sanitario di cui al Decreto DG Welfare n. 15406 del 27.10.2022 “Linee di indirizzo per l’armonizzazione della gestione dei sinistri”, contenenti tra l’altro le indicazioni per la strutturazione ed organizzazione dei Comitati Valutazione Sinistri. A tal proposito, si segnala che il documento attualmente in vigore, sarà oggetto di revisione nel corso dell’anno.*
- *Con decreto n.2007/2025 è stato rivisitato l’assetto dei Raggruppamenti legali e medici legali e con nota protocollo n. G1.2025.0027923 dell’11.07.2025 sono stati individuati i relativi Coordinatori con il compito di riportare all’interno dei Raggruppamenti i temi condivisi dal Gruppo ristretto regionale per favorire una gestione più integrata e condivisa dei sinistri. L’attività di ciascun raggruppamento dovrà essere rendicontata annualmente;*
- *Le Direzioni Strategiche dovranno attuare le linee operative per la Mediazione dei Conflitti, creando una rete regionale di mediatori per migliorare i processi di ascolto e risoluzione delle controversie, a tal fine è importante facilitare e valorizzare l’attività dei partecipanti al percorso formativo attualmente in corso presso Polis Lombardia.”¹⁷*

19

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Definizione del regolamento di gestione del contenzioso in ottemperanza del Decreto DG Welfare n. 15406 del 27.10.2022	Revisione del regolamento in ottemperanza alle linee di indirizzo di prossima compilazione	100%
Partecipazione alle riunioni di raggruppamento	n. partecipazioni agli incontri/n. incontri	≥75%

¹⁷ Ibidem

3.10 Network ed Eventi Formativi

Indicazioni regionali

“Dovrà essere assicurata la partecipazione almeno del Risk Manager aziendale ai Network, l’invito a partecipare è esteso ai collaboratori del Risk Manager nonché ai Responsabili del CVS, della Qualità, ai Medici Legali ed ai Mediatori di conflitti. È possibile collaborare all’organizzazione dei Network proponendo la presentazione di Buone pratiche aziendali nonché la discussione di Eventi sentinella di particolare interesse.

Per quanto riguarda gli eventi formativi è prevista l’organizzazione di percorsi formativi per Risk Manager e per gli attori del sistema riguardanti il rischio ostetrico e materno-infantile, il rischio neonatale, le NTS (non technical skills) con particolare attenzione alla prevenzione delle aggressioni, alla leadership del Risk Manager, alla gestione della seconda vittima, alla formazione per i CVS e per i mediatori dei conflitti, il tutto è subordinato all’approvazione del Piano della Formazione anno 2026 da parte di Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo di Polis Lombardia”¹⁸

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Partecipazione ai network e agli eventi formativi organizzati da Regione Lombardia	n. partecipazioni/n. eventi organizzati	>75%

3.11 Trasparenza nei confronti del cittadino

“La L.24/2017 prevede, per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, la pubblicazione sul proprio sito internet di:

- una 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*
- una tabella con l’importo dei Risarcimenti erogati (liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di risk management, con riferimento all’ultimo quinquennio;*

20

Le relazioni devono contenere le informazioni e i dati aggiornati al 31.12.2025 e devono essere condivise nell’ambito del Comitato Valutazione Sinistri.”¹⁹

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Stesura del documento eventi avversi/risarcimenti e condivisione in CVS	Verbale CVS con evidenza del recepimento del documento entro il 30 aprile 2026	100%
Pubblicazione della relazione sul sito internet dell’ASST di Crema – area amministrazione trasparente	Pubblicazione sul sito aziendale dopo condivisione con CVS	100%

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

3.12 Giornate dedicate al risk management

“Anche per il 2026 sono previste giornate a carattere nazionale ed internazionale dedicate a temi di sicurezza delle cure. Si chiede al risk manager di attivare iniziative progettuali e di comunicazioni nel proprio contesto aziendale e territoriale e di darne comunicazione alla mail rischiosanita@regione.lombardia.it

- 12 marzo Giornata sull'educazione e prevenzione contro la violenza su operatori sanitari;
- 5 maggio Giornata mondiale dell'igiene delle mani;
- 13 settembre Giornata mondiale per la lotta alla Sepsis;
- 17 settembre Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita.”²⁰

Obiettivo ASST

Azione	Indicatore	Standard
Progettazione e organizzazione degli eventi	n. eventi erogati	100 %

²⁰ Ibidem

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2026

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2026			
ASST/IRCCS/ATS	ASST di Crema		
Se progetto interaziendale indicare le altre aziende	/		
Risk Manager aziendale	Alessandro Malingher		
1. Titolo del Progetto	Governo del rischio clinico in PS		
2. Motivazione della scelta	<p>Nel 2024 è stata effettuata attività di risk assessment in PS, la valutazione è stata effettuata utilizzando il framework AON nei seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leadership sul rischio; - gestione del personal; - sistemi di monitoraggio; <p>E' emerso un margine di miglioramento del 36%</p>		
3. Area di RISCHIO	rischio in PS		
se ALTRO, specificare:	/		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	PS		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	<p>Uniformare l'approccio clinico per alcune tipologie di pazienti che accedono al PS (politrauma) Creare protocolli diagnostici condivisi con la radiologia e con altre UU.OO Migliorare il sistema di monitoraggio delle performance introducendo un pannello di indicatori sia a scopo proattivo sia a scopo retroattivo Riorganizzare il percorso di fast-track ortopedico Aumentare le competenze per la gestione degli aspetti comunicativi</p>		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Formalizzazione di protocolli clinico-diagnostici-organizzativi		
9. Strumenti e metodi	<p>Analisi bibliografica Gruppo di miglioramento Formazione residenziale</p>		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Diffusione del PDTRA.TRATTAMENTO INTRAOSPEDALIERO DEL TRAUMA GRAVE	Progettazione ed erogazione dei corsi entro il giugno 2026	
	Definizione di protocolli di appropriatezza diagnostica in condivisione con la radiologia e altre UU.OO.	Elaborazione della bozza entro il 31 dicembre 2026	
	Definizione processo di fast track con particolare riferimento all'ortopedia	Analisi proattiva di rischio disponibile entro il 30 giugno 2026	
	Aumentare le competenze per la gestione degli aspetti comunicativi	Avvio della formazione entro il primo semestre 2026	

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

ASST Crema

Risk Manager

Alessandro Malingher

Titolo del Progetto

Governo del rischio clinico in PS

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Formazione del personale sul PDTRA TRATTAMENTO INTRAOSPEDALIERO DEL TRAUMA GRAVE	Formazione gruppo di lavoro	Responsabile formazione												
Individuazione delle aree di inadeguatezza prescrittiva	Gruppo di lavoro	Direttore SC PS												
Definizione dei protocolli diagnostici condivisi con le diverse UU.OO con particolare attenzione alla radiologia	Gruppo di lavoro	Direttore SC PS												
Definizione processo di fast track ortopedico (analisi proattiva di rischio)	Gruppo di lavoro	Direttore SC PS												
Formazione sulle competenze comunicative	Formazione gruppo di lavoro	Responsabile formazione												
Mappatura delle competenze	Gruppo di lavoro	Direttore SC PS												

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2026

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2025			
ASST/IRCCS/ATS	ASST di Crema		
Se progetto interaziendale indicare le altre aziende	/		
Risk Manager aziendale	Alessandro Malingher		
1. Titolo del Progetto	Rischio clinico in ostetricia		
2. Motivazione della scelta	Nel 2025 è stata effettuata la Peer Review ad opera del gruppo regionale che ha evidenziato potenziali aree di miglioramento strutturali, logistiche, tecnologiche, documentali e formative		
3. Area di RISCHIO	AREA Travaglio/Parto		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Ostetricia		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Uniformare l'approccio clinico per alcune tipologie di pazienti Creare protocolli diagnostici condivisi con l'anatomia patologica in caso di mortalità perinatale		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Formalizzazione di protocolli clinico-diagnostico-organizzativi Individuazione e attuazione dei piani formativi Riorganizzazione logistico-strutturale		
9. Strumenti e metodi	Analisi bibliografica Gruppo di miglioramento Formazione residenziale		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Adeguamenti logistico-strutturali e dotazione di nuove apparecchiature	dotazioni (ricetrasmittenti, pulsanti allarme, letti + culle) entro dicembre 2026	
	Elaborazione dei PC/PDTRA in ordine di priorità e loro diffusione	Completamento pubblicazione entro giugno 2026 e organizzazione formazione entro dicembre	
	Formazione	Elaborazione del piano formativo, erogazione dei corsi, partecipazione ai corsi presso il centro HUB entro dicembre 2026	

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

ASST Crema

Risk Manager

Alessandro Malingher

Titolo del Progetto

Rischio clinico in ostetricia

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	2026
Adeguamenti Logistici e strutturali	Gruppo di lavoro, economiche	DMP, Ufficio tecnico													
Fornitura apparecchiature	Economiche	Acquisti, Ingegneria Clinica													
Elaborazione dei PC/PDTRA in ordine di priorità	Gruppo di lavoro	Direttore SC referente qualità													
Formazione interna	Gruppo di lavoro	Direttore USC referente qualità													
Formazione esterna	Centro hub	Direttore SC e Coordinatori													