

## Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024

### Piano Annuale di Risk Management

Il Risk manager, con il Gruppo Aziendale per la Gestione del Rischio, redige il P.A.R.M. integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione. Nel P.A.R.M. vanno esplicitate le Linee di intervento individuate sulla base dell'analisi delle criticità aziendali, dei near miss, degli eventi avversi/sentinella e delle richieste di risarcimento, in coerenza con i contenuti della DGR n.1827 del 31/01/2024, All. 4 Polo Ospedaliero, paragrafo 4.6 Risk Management e sulla base delle indicazioni che il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente fornirà per allineare le iniziative in tema di risk management agli standard contenuti dal WHO Global Safety Action Plan 2021-2030.

Per ogni Progetto Operativo, minimo 2 massimo 5, va compilata la relativa scheda (ALL.1) la cui sezione "risultati" andrà aggiornata in fase di rendicontazione.

**Tempistica:** trasmissione del P.A.R.M. e relativo provvedimento di adozione: dall'1 al 30 aprile 2024; Entro il 31.01.2025: rendicontazione del P.A.R.M., dei progetti operativi, n. incontri CVS e n. tot. casi gestiti, n. incontri gruppo Rischio, n. ascolti e mediazioni delle equipe di Mediatori dei conflitti (All.2). Per la trasmissione dei documenti e per tutte le comunicazioni si chiede utilizzare la casella di posta [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it)

### 1. Rischio in area ostetrica e perinatale

In questo ambito, ad ogni Struttura dotata del Punto Nascita, è richiesta la prosecuzione delle seguenti attività:

- Segnalazione e analisi periodica dei **trigger materno/fetali** – attraverso il Cedap - e conduzione di audit strutturati, declinazione di azioni di miglioramento la cui realizzazione andrà esplicitata in fase di rendicontazione del P.A.R.M.. Si ricorda che i **trigger** che presentano caratteristiche tali da risultare eventi sentinella devono essere segnalati anche nella piattaforma ministeriale SIMES.
- **Sorveglianza della mortalità perinatale:** con decreto DG Welfare n. 7917 del 26.05.2023 sono state approvate le indicazioni operative per avviare dal giugno 2023 la sorveglianza della mortalità perinatale dalla 22a s.g.. Si ricorda che nei casi di a) morte intrapartum con epoca gestazionale  $\geq 34$  settimane e b) morte neonatale con epoca gestazionale  $\geq 34$  settimane che si verifica entro 7 giorni dalla nascita, la segnalazione va inviata entro 48 ore alla mail [sorveglianzaperinatale@regione.lombardia.it](mailto:sorveglianzaperinatale@regione.lombardia.it) e per tutti gli altri casi la Scheda di sorveglianza va compilata ed inviata entro 30 giorni dall'evento.  
Per i casi di morte neonatale o fetale che avvengono oltre la 34 settimana bisogna invitare le Anatomie Patologiche ad accelerare i tempi di analisi e di risposta. In caso questo non sia possibile, i dati anatomo patologici verranno inviati in un secondo momento e comunque non oltre in 60 giorni.
- **Peer Review:** proseguirà il progetto regionale di valutazione esterna fra pari in area materno infantile, che prevede la candidatura volontaria del Risk manager del punto nascita, nell'ottica di perseguire obiettivi di sicurezza e miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa attraverso l'adesione alle buone pratiche.
- **Simulazione in ambito ostetrico:** con DGR n. 1141 del 16/10/2023 (art.1 comma e) è previsto lo sviluppo di progetti con l'interessamento della funzione di risk management per la scelta degli scenari da rappresentare in linea con la casistica degli eventi avversi e sentinella occorsi negli ultimi anni. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, di comune

accordo con AREU ed i componenti del gruppo di lavoro regionale Rischio in Sala Parto, svilupperà un progetto formativo di avvio del percorso.

- Proseguirà la partecipazione a livello regionale ai progetti di I.S.S. 1) **Sorveglianza della mortalità materna** e 2) **Near miss ostetrici**: Cardiomiopatia, Embolia polmonare, Laparotomia dopo taglio cesareo o parto vaginale, Isterectomia correlata alla gravidanza.

## **2. Rischio Infezioni – SEPSI**

Con decreto DG Welfare n.20674 del 21.12.2023 è stato approvato il documento “Linee di indirizzo regionali per l’identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto” ed i relativi allegati

- All.1 Schemi di terapia antibiotico empirica
- All.2 Scheda di Audit

I documenti sono stati predisposti dal Gruppo di lavoro regionale **Lotta alla sepsi**, formalizzato con decreto DG Welfare n. 3604 del 18.3.2022, con l’obiettivo di definire le strategie integrate per la gestione della Sepsis nell’adulto e di agevolare la realizzazione di PDTA aziendali contestualizzati alla realtà locale, indicando i possibili sistemi di allerta precoce previsti dalle Linee Guida 2021 della “Surviving Sepsis Campaign”. La Scheda di Audit ha l’obiettivo di facilitare la revisione della documentazione clinica per valutare l’aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale.

Si chiede pertanto:

- la conduzione di audit - utilizzando la suddetta Scheda – per i casi estratti dal portale di governo secondo una lista di campionamento, che potrà includere casi di sepsi ostetrica;
- di aderire alla compilazione della nuova Check list Logistico-Organizzativa aggiornata che sarà trasmessa nel corso dell’anno 2024;

Saranno inoltre condivisi i risultati della survey condotta nel 2023 sui Laboratori di Microbiologia relativa alla valutazione sull’appropriatezza della gestione delle emocolture e alla fine del 2024 sarà riproposta la partecipazione alla survey quale indicatore utile a valutare l’applicazione delle indicazioni contenute nel nuovo documento sulla gestione sepsi dell’adulto.

Si chiede ai Risk manager che hanno aderito alla **Carta per la qualità e sicurezza delle cure** di FIASO-Cittadinanza Attiva, di farsi parte attiva nell’ambito del coordinamento delle attività previste dalla “Carta” anche attraverso lo sviluppo di specifici audit sul campo in coerenza con gli standard contenuti nel documento e con il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti. Le risultanze saranno oggetto di condivisione con il Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente.

## **3. Rischio in ambito territoriale e sociosanitario**

Nell’anno 2024 sono previste iniziative di risk management nell’ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021. Alla luce di quanto contenuto nel DM del 19/12/2022, che definisce nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie di nuova istituzione, verrà intrapreso un percorso di definizione degli elementi di evidenza dei requisiti inerenti alla sicurezza e alla qualità delle cure. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente avvierà nel corso del 2024, mediante i Risk manager delle ATS, un sistema di accompagnamento delle UdO sociosanitarie relativamente a queste tematiche anche attraverso percorsi di formazione e predisposizione di check-list di verifica.

In particolare, le iniziative vedranno il coinvolgimento diretto dei Risk Manager delle ATS, in continuità con il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, con la finalità di facilitare l’analisi delle attività di risk management messe in atto dalle UdO socio-

sanitarie residenziali attraverso la valutazione dell'esito dei questionari distribuiti nel corso dell'anno 2023 e con l'obiettivo di evidenziare possibili ambiti di criticità e conseguentemente di facilitare azioni di miglioramento -all'interno delle suddette UdO- attraverso l'implementazione di strumenti di risk management nei seguenti ambiti:

- gestione eventi inattesi ed incident reporting;
- gestione sicura del farmaco;
- gestione delle infezioni correlate all'assistenza ed antibiotico resistenza;
- violenza a danno degli operatori;
- ulteriori criticità evidenziate dai Risk Manager di ATS in sede di analisi delle risposte dei questionari.

Altre aree di intervento ATS riguarderanno:

- risk management nei dipartimenti di prevenzione;
- sicurezza nella gestione del farmaco;
- percorsi di analisi del rischio o specifiche progettualità che considerino i processi legati all'attività di screening, anche alla luce degli audit "Precede-Proceed" svolti nel 2023 dall'Agenzia dei Controlli del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS).

Per quanto riguarda le **attività territoriali delle ASST**, preso atto del passaggio alle Aziende del Dipartimento delle Cure Primarie, dovranno essere implementate le attività di Risk Management già intraprese dalle ATS in questo settore. Ai Dipartimenti di Cure Primarie, transitati alle ASST, dovranno essere garantiti gli stessi strumenti per la gestione del Rischio Sanitario implementati nell'Azienda con particolare riguardo alle segnalazioni di Incident Reporting (di cui alla L.24/2017), nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza da parte degli operatori sanitari e sociosanitari previsti dalla l.r. 15/2020, con l'adesione alle iniziative promosse da ACSS in tema di monitoraggio di tali eventi. In merito alle Case di Comunità è prevista l'analisi del sistema della presa in carico dei pazienti con cronicità in queste strutture.

Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST si chiede che venga avviato un percorso di gestione del rischio riguardante:

- l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità);
- lo sviluppo della telemedicina.

#### **4. Sicurezza in ambito diagnostico e nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti**

Nel 2024 sarà diffuso il documento relativo alla valutazione sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare ad indirizzo radiometabolico ed in radioterapia che ha permesso di individuare una casistica degli eventi o dei quasi eventi in cui le strutture possono incorrere a seguito dell'utilizzo di tali tecnologie fornendo inoltre indicazioni utili all'individuazione, prevenzione e gestione di eventi avversi e near miss. Le azioni dovranno essere oggetto di appositi piani di miglioramento.

La sicurezza in ambito diagnostico sarà il focus della Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita del Ministero della Salute che riprende il World Patient Safety Day di OMS. Per veicolare l'attenzione sui temi della sicurezza delle cure sarà avviata anche nel 2024 da Agenas la *Call* per la raccolta delle buone pratiche con il focus su tale argomento. Verrà pertanto richiesta la condivisione delle esperienze aziendali in questa area di rischio che potranno riguardare il tema delle radiazioni ionizzanti calate nel proprio contesto aziendale così come altri progetti in ambito diagnostico.

#### **5. Rischio nutrizionale**

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone

assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. È stata completata una analisi specifica, in collaborazione con la Regione Toscana ed il gruppo Gestione rischio e sicurezza in sanità (GReSS) dell'Ordine TSRM-PSTRP, al fine di monitorare lo stato di consapevolezza e di gestione di tale rischio. Saranno presentati i dati di assessment e si costituirà un gruppo di Risk Manager ed esperti di riferimento volto alla predisposizione di specifiche indicazioni per la gestione del rischio nutrizionale. Sono stati presentati i materiali condivisi dalla due regioni che verranno riproposti unitamente alle linee di indirizzo messe a punto dal GdL. Si invitano i Risk Manager interessati direttamente al progetto o che hanno già buone pratiche sul tema a darne comunicazione alla mail [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it).

## **6. Gestione integrata del rischio (ERM)**

A seguito dell'applicazione in via sperimentale del modello ERM nel biennio 2022 e 2023 in sette strutture "pilota", con decreto DG Welfare 20638 del 21.12.2023, sono state approvate le Linee di riferimento per l'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) – gestione integrata del rischio nel sistema sociosanitario della Lombardia.

Il Risk Manager, nell'applicazione del modello, ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata, supportando così il Comitato di Gestione del Rischio aziendale nell'intraprendere le azioni di competenza.

Le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM sui processi già analizzati dalle strutture pilota e, per promuovere tale implementazione, i Risk Manager saranno invitati a partecipare a specifici momenti formativi per i quali sarà data comunicazione nel corso dell'anno.

I macro-processi attualmente disponibili, sui quali si chiede di applicare il modello HERM secondo i modelli predisposti dalle strutture pilota, adattandoli ai propri contesti operativi di appartenenza, sono i seguenti:

- Ricerca scientifica e sperimentazioni cliniche;
- Medicina Preventiva di Comunità – Screening;
- Bilancio e rendicontazione;
- Gestione Acquisti (Provveditorato-economato);
- Sistemi informativi aziendali;
- Ufficio relazioni con il pubblico;
- Farmacia;
- Ingegneria clinica aziendale;
- Sanità pubblica veterinaria.

L'applicazione dei modelli prevede che ciascuna Struttura ne selezioni almeno 3, tra quelli sopra elencati, da attuare nel corso del 2024. Sarà cura del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente fornire il materiale necessario e individuare specifici momenti formativi/informativi per lo sviluppo del progetto ERM.

## **7. Gestione delle Crisi e Continuità Operativa**

Nel corso dell'anno 2024 ai Risk Manager saranno fornite indicazioni per la gestione delle crisi e per la visione integrata della resilienza organizzativa in sanità anche attraverso incontri di condivisione/formazione e adozione di idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management". Si rende pertanto necessario che le ASST adeguino, con logica sistemica e di collegamento, i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla

normativa (PEI, PEMAFA, ecc...) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi.

#### **8. Agenzia regionale Emergenza Urgenza (AREU)**

Ad AREU è richiesta l'attuazione conclusiva del progetto di informatizzazione della "relazione di soccorso" in uso ai mezzi di soccorso, previa attivazione, da parte di ARIA, della piattaforma di integrazione dei flussi informativi tra ospedali e sistema regionale di emergenza urgenza extraospedaliera, con riferimento alla possibilità di trasmettere in modo informatizzato da parte di AREU, le relazioni di soccorso predisposte dalle équipes sul territorio ai sistemi gestionali di Pronto Soccorso.

#### **9. Sistema di monitoraggio regionale delle attività di risk management**

Nella nuova area del Portale di Governo dedicata al risk management, che attualmente presenta gli indicatori sulla sinistrosità, nel corso del 2024 sarà attivata la sezione dedicata agli indicatori di patient safety che verranno resi fruibili in una nuova veste grafica al fine di migliorare il monitoraggio. Si sta procedendo inoltre allo sviluppo di un sistema di incident reporting regionale che permetterà a tutte le Strutture pubbliche di segnalare, tra l'altro, near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza nei confronti di operatori nonché gli esiti degli audit.

Il flusso delle segnalazioni proveniente dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato ed integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità nonché per soddisfare il debito informativo nei confronti dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente, in ottemperanza alle Leggi n.24/2017 e n.113/2020 ed alla l.r. n.15/2000. Il nuovo applicativo per l'incident reporting regionale- HERMLomb- sviluppato insieme all'UO Prevenzione per consentire, tra l'altro, la segnalazione di ICA e lo svolgimento di audit, sarà reso fruibile ad ASST, IRCCS Pubblici e ATS entro la fine di giugno 2024. Nei prossimi mesi, per consentirne un uso appropriato, saranno effettuate specifiche attività formative/informative anche all'interno della formazione dedicata alle infezioni ospedaliere previste dall'UO Prevenzione.

È inoltre richiesta la prosecuzione ed il consolidamento dei seguenti Monitoraggi:

a) **Raccomandazioni Ministeriali:** a livello nazionale proseguirà, attraverso la piattaforma di AGENAS, il sistema di monitoraggio dell'implementazione delle 19 Raccomandazioni Ministeriali e della check list in Sala Operatoria, si evidenzia l'importanza di portare a regime l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, laddove fosse ancora parziale, nonché di aggiornare le procedure e protocolli. Nel corso dell'anno verranno date indicazioni per la partecipazione al nuovo monitoraggio annuale, il cui esito determina il raggiungimento del parametro LEA punto Rischio Clinico AS.1. Particolare attenzione sarà richiesta nella compilazione dei dati anche a livello di Presidio Ospedaliero. Inoltre, si rimanda ogni ente erogatore al rispetto della raccomandazione ministeriale n.5 in tema di rischio clinico (aggiornamento del 2020) dal titolo LA PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO, nonché della opportuna segnalazione di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella attraverso il coinvolgimento della funzione di risk management aziendale

b. **Eventi Sentinella:** si raccomanda la segnalazione in SIMES degli eventi sentinella compilando correttamente e nei tempi previsti, la scheda A entro 5 giorni e scheda B entro 45 gg. Gli eventi particolarmente interessanti potranno essere presentati nell'ambito dei *Network*. Si coglie l'occasione per trasmettere il nuovo elenco delle tipologie di eventi da segnalare in SIMES (ALL. 3) e si precisa che è in corso un aggiornamento della gestione complessiva degli eventi sentinella ad opera del Ministero della Salute che sarà formalizzata con apposite indicazioni nel corso dell'anno 2024.

c. **Trigger Materni e Fetalì** (Flusso CedaP): si richiede a tutti i Punti Nascita di proseguire la segnalazione con cadenza mensile degli eventi materni e fetalì “Trigger” occorsi in ambito Ostetrico-neonatale;

d. **Mortalità Perinatale**: dal giugno 2023 è iniziata la sorveglianza della mortalità perinatale che prevede la segnalazione dei casi al gruppo regionale secondo le indicazioni approvate con decreto n. 7917 del 26.05.2023

e. **Richieste di Risarcimento**:

-entro il 31 luglio 2024: inserimento in GEDISS delle richieste di risarcimento relative al primo semestre dell'anno in corso, con contestuale aggiornamento dello storico;

-entro il 31 gennaio 2025: inserimento in GEDISS delle richieste di risarcimento relative al secondo semestre dell'anno in corso, con contestuale aggiornamento dello storico;

## 10. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

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 verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale presso ARIA.
- Le Direzioni Strategiche dovranno mettere a sistema le modalità di gestione del contenzioso sanitario in ottemperanza al 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, a cui ogni ASST, IRCCS e ATS dovrà fare riferimento.
- Promuovere a livello aziendale specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori se necessario per comporre l'équipe di ascolto e mediazione dei conflitti. A tal fine con decreto DG Welfare n.20 dell'8.1.2024 è stato ricostituito il gruppo di lavoro regionale che promuoverà attività per rinforzare la rete dei mediatori.
- Prosecuzione dell'operatività dei quattro Raggruppamenti aziendali Legali/Medico Legali così composti:
  - 1) ASST Sette Laghi, Valle Olona, Lariana, Valtellina e alto Lario, Vallecamonica;
  - 2) ASST Brescia, Franciacorta, Garda, Crema, Cremona, Papa Giovanni XXIII, Bergamo Ovest, Bergamo Est, Mantova;
  - 3) ASST Lecco, Pavia, Brianza, IRCCS S. Gerardo, IRCCS S. Matteo;
  - 4) ASST Ovest M., Lodi, FBF-Sacco, Niguarda, Nord Milano, Santi Paolo e Carlo, Rhodense, Melegnano e Martesana, G.Pini-CTO, IRCCS Besta, IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, IRCCS Tumori

Si ribadisce l'importanza dei raggruppamenti per la gestione dei sinistri, composti da professionisti medico legali e professionisti legali/liquidatori che dovranno incontrarsi a cadenza almeno trimestrale in relazione alle tematiche ritenute prioritarie. Ogni raggruppamento individua un coordinatore legale e un coordinatore medico legale, che dovranno produrre una relazione annuale dell'attività svolta ed inviarla entro al 31.01.2025 alla mail [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it). I raggruppamenti mantengono l'obiettivo di promuovere il confronto e la discussione dei casi particolarmente critici per complessità clinica o procedurale anche attraverso la formalizzazione di modalità interaziendale di collaborazione (es. protocolli di intesa, convenzioni, second opinion, ecc). Nella gestione in proprio da parte delle Aziende Ospedaliere/I.R.C.C.S. delle richieste di risarcimento, si reputa importante proseguire con un supporto da parte di professionisti particolarmente esperti. A tal fine verranno organizzati, in prosecuzione a quanto avviato negli anni precedenti, corsi di formazione regionali sia per le figure legali che medico legali.

Sarà valutata nel corso dell'anno la possibilità di ricostituire i raggruppamenti secondo una logica più affine agli aspetti territoriali di competenza e di collaborazioni fra enti, laddove se ne ravveda la necessità.

#### **11. Network ed Eventi Formativi**

Dovrà essere assicurata la partecipazione ai *Network* ed agli eventi formativi organizzati in collaborazione con Polis Lombardia - Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo – che riguarderanno: Sepsis, Rischio Ostetrico, Gestione del rischio e aspetti legali/medico legali, Ascolto e mediazione dei conflitti, Applicativo regionale incident reporting, ICA, rischio in ambito sociosanitario. Si ricorda che è possibile collaborare all'organizzazione dei *Network* proponendo la presentazione di Buone pratiche aziendali nonché la discussione di eventi sentinella di particolare interesse.

#### **12. 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 2023, 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;

Le relazioni devono contenere le informazioni e i dati aggiornati al 31.12.2023 e devono essere condivise nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri.

#### **13. Giornate dedicate al risk management**

Si ricorda che anche per il 2024 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](mailto: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.        |

#### **14. Nomina del Risk Manager**

Si invitano le direzioni strategiche ad individuare i risk manager nel rispetto della normativa vigente con riferimento ai requisiti professionali richiesti ed a trasmettere ogni provvedimento di nomina al Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente alla mail [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it)

Allegati:

ALL. 1 – Scheda Progetto 2024

ALL. 2 – Scheda rendicontazione attività gruppi 2024

ALL. 3 – Tipologie Eventi Sentinella – SIMES 2024

RAFFRONTO			
ELENCO 23 TIPOLOGIE EVENTI SENTINELLA 2024		ELENCO 16 TIPOLOGIE EVENTI SENTINELLA (prima dell'aggiornamento)	
1	PROCEDURA <b>CHIRURGICA O INTERVENTISTICA ESEGUITA</b> IN PAZIENTE SBAGLIATO	1.	Procedura in paziente sbagliato
2	PROCEDURA <b>CHIRURGICA O INTERVENTISTICA</b> IN PARTE DEL CORPO SBAGLIATA (LATO, ORGANO O PARTE)	2.	Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3	ERRATA PROCEDURA <b>DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA</b> SU PAZIENTE CORRETTO	3.	Errata procedura su paziente corretto
4	INVARIATO	4.	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5	<b>ERRORE</b> TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITA' ABO, <b>RH, DUFFY, KELL, LEWIS</b>	5.	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6	INVARIATO	6.	Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica
7	MORTE MATERNA O <b>GRAVE DANNO OCCORSI DURANTE LA GRAVIDANZA, IL TRAVAGLIO E/O PARTO ED ENTRO 42 GIORNI DAL TERMINE DELLA</b>	7.	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8	MORTE O GRAVE DANNO IN NEONATO SANO A TERMINE ( <b>&gt;=37 SETTIMANE</b> ) NON CORRELATA A MALATTIE CONGENITE	8.	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita
9	INVARIATO	9.	Morte o grave danno per caduta di paziente
10	INVARIATO	10.	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11	INVARIATO	11.	Violenza su paziente
12	<b>MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA</b> VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	12.	Atti di violenza a danno di operatore
13	INVARIATO	13.	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14	INVARIATO	14.	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
15	INVARIATO	15.	MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO
23	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno <b>al paziente</b>	16.	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno
			<b>10 SOTTOTIPOLOGIE DELLA categoria N.16 OGNI ALTRO</b>
16	MORTE O GRAVE DANNO <b>CAUSATO O CONCAUSATO</b> DA INFEZIONE CORRELATA ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	1	MORTE O GRAVE DANNO PER INFEZIONI CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE (ICPA)
		2	MORTE O GRAVE DANNO CORRELATO A PRATICHE CLINICHE ASSISTENZIALI NON ADEGUATE
		3	MORTE O GRAVE DANNO IN ETA' PEDIATRICA
		4	MORTE O GRAVE DANNO PER COMPLICANZE TROMBOEMBOLICHE
17	MORTE O GRAVE DANNO <b>CONSEGUENTE AD ERRATO UTILIZZO O UTILIZZO ANOMALO</b> DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPLICAZIONI <b>ELETTROMEDICALI</b>	5	MORTE O GRAVE DANNO CORRELATI ALL'UTILIZZO DI DISPOSITIVI ED APPARECCHIATURE
21	MORTE O GRAVE DANNO CORRELATO AD <b>ERRORE E/O RITARDO DI DIAGNOSI MEDICA</b>	6	MORTE O GRAVE DANNO PER RITARDO O ERRORE DI DIAGNOSI
		7	MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTI A PROBLEMI DI VENTILAZIONE
		8	NASCITA DI FETO MORTO
20	MORTE O GRAVE DANNO CORRELATI A <b>PRATICHE ANESTESIOLOGICHE</b>	9	MORTE O GRAVE DANNO CORRELATI AD ANESTESIA
		10	MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTI A PROCEDURE ENDOSCOPICHE/CHIRURGICHE
18	<b>PERDITA/SMARRIMENTO DI CAMPIONI ANATOMICI/ISTOLOGICI</b>		
19	<b>MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA ESPOSIZIONI ACCIDENTALI O INDEBITE A RADIAZIONI IONIZZANTI</b>		
22	<b>ERRORI IN CHEMIOTERAPIA</b>		

Nuova tipologia di ESITO dell'evento → Danno non grave o nessun danno conseguente ad errore trasfusionale o in chemioterapia.