

### Il Piano Annuale di Risk Management ed i Progetti Operativi

Il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, presente in ogni struttura sanitaria, redige il Piano Annuale di Risk Management integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione.

Per l'anno 2019 si considera strategicamente prioritaria l'implementazione di progetti **interaziendali** al fine di omogenizzare i modelli comportamentali, individuati dalle singole strutture in tema di Risk Management, volti alla riduzione dei rischi connessi con l'erogazione di prestazioni sanitarie.

I Progetti Operativi dovranno essere da 2 a 5 progetti, di cui almeno uno interaziendale (nel caso l'azienda non prevedesse progetti interaziendali gli stessi dovranno essere almeno 3). Per ognuno va compilata la Scheda Progetto 2019 (All. 1 e All. 2) che in fase di rendicontazione dovrà riportare alla sezione "Risultati e Indicatori" i risultati raggiunti e misurati a fine anno.

La partecipazione a nuovi gruppi di lavoro tematici – organizzati a livello regionale – sarà considerata al pari della realizzazione di un progetto aziendale.

**Entro il 30.03.2019:** Trasmissione del Piano (comprensivo delle schede progetto) e relativo provvedimento di adozione.

**Entro il 31.01.2020:** Rendicontazione del Piano, dei progetti (All. 1 e All. 2), dei corsi di formazione realizzati in ambito di Clinical Risk Management (All. 3), n. incontri CVS e n. tot. casi gestiti, n. incontri gruppo Rischio, n. ascolti e mediazioni delle equipe di Mediatori dei conflitti (All. 4).

Per la trasmissione dei documenti e per tutte le comunicazioni utilizzare il solo indirizzo mail [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it) creato specificatamente per ricevere i numerosi file.

### Le 18 Raccomandazioni Ministeriali

A livello Aziendale dovrà risultare - dai monitoraggi - implementato almeno l'80% delle 18 Raccomandazioni Ministeriali (fra quelle applicabili alla propria realtà), tale percentuale potrebbe essere rivista alla luce dei parametri richiesti a Regione Lombardia per gli adempimenti LEA.

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" LASA;
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici;
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso;
16. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 g non correlata a malattia congenita;
17. Riconciliazione della terapia farmacologica;
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

Come ogni anno sarà richiesta la compilazione dei questionari on line sul sito Agenas per il monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali; nel 2018 hanno partecipato il 100% delle strutture pubbliche e n.40 strutture private, l'obiettivo 2019 sarà di ottenere la totalità della partecipazione anche dalle strutture private accreditate, nonché di aumentare la % di raccomandazioni implementate.

## LE AREE DI RISCHIO PRIORITARIE

### 1) Travaglio/Parto

Per quanto attiene alla **Sepsi in ostetricia** l'obiettivo è che ogni punto nascita si doti di un protocollo specifico ed assicuri la formazione del personale medico sia di ginecologi che di anestesisti nonché di ostetriche e di infermieri.

E' inoltre richiesta la prosecuzione del progetto "**Trigger**" per la raccolta tramite CedaP e analisi degli eventi critici in sala parto, con valutazione periodica delle problematiche attraverso un lavoro in sinergia fra Risk Manager aziendale e professionisti delle aree di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia. Implementazione e conseguente realizzazione di **percorsi formativi** aziendali, anche a seguito della partecipazione ai corsi organizzati a livello regionale attraverso simulazioni.

I **3 progetti** attivati con ISS-Ministero della Salute nel 2019 proseguono attraverso la collaborazione dei referenti dei Punti Nascita:

- 1) "Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza" progetto avviato il 1 novembre 2017, coordinato da Regione Lombardia e con la partecipazione di 8 regioni;
- 2) "Sorveglianza della mortalità materna": progetto che prevede la segnalazione e la raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna. I casi vengono segnalati dai referenti dei punti nascita e sottoposti ad indagine confidenziale da parte di un comitato regionale; Regione Lombardia vi prende parte dal 2015;
- 3) "Sorveglianza della mortalità perinatale": progetto pilota iniziato nel 2017 in Lombardia, Toscana e Sicilia, prevede la segnalazione e la raccolta prospettica di tutti i casi di morte tardiva in utero e della mortalità neonatale precoce per raccogliere informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili.

Comunicare le variazioni relative ai referenti aziendali per ogni progetto.

### 2) Infezioni – SEPSI

La sepsi è una delle emergenze sanitarie che a livello mondiale presenta incidenza e mortalità in aumento, con pesanti ripercussioni sul sistema sanitario, sia per l'impegno di risorse necessarie per la sua gestione, sia per le conseguenze sulla salute e di tipo economiche in caso di erronea o non tempestiva gestione.

E' una patologia "tempo dipendente" il cui esito clinico dipende dalla rapidità del riconoscimento e dall'efficacia della gestione clinica/trattamento a partire dalla prima ora.

La comprensione della complessità della fisiopatologia della sepsi e di conseguenza della corretta modalità di approccio è in continua e rapida evoluzione e richiede quindi aggiornamenti clinici ed organizzativi.

In continuità con le iniziative della DG Welfare sviluppate negli ultimi anni sul tema, ed al fine di ottimizzarne la gestione migliorandone l'outcome ed incidendo sulla riduzione della morbilità e mortalità, le strutture sanitarie sono chiamate a:

- aggiornare i propri Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- effettuare il monitoraggio attraverso:

- ✓ la “Check List Logistico-Organizzativa” che permette di monitorare il miglioramento e/o le criticità ancora presenti nella propria organizzazione;
- ✓ la conduzione di Audit su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavati dal Portale Regionale Sezione PRIMO – Monitoraggio Interno. L’ estrazione riguarda l’ambito Medico, Ostetrico, Neonatale, Chirurgico in urgenza e Chirurgico in Elezione. Sarà posta particolare attenzione all’ambito chirurgico;
- ✓ le ASST, con relativo Punto Nascita, dovranno condurre Audit su tutti i casi clinici intercettati di Sepsis in Gravidanza, secondo i criteri già individuati per la sepsi dal Progetto Near Miss ostetrici dell’ Istituto Superiore di Sanità a cui ha aderito anche la Lombardia;
- ✓ la rendicontazione delle iniziative di formazione in azienda.

Alle ATS è richiesta la prosecuzione del progetto del Gruppo risk manager ATS: “Infezioni in RSA” che nel 2019 prevede di:

- Individuare le criticità organizzative e gestionali più rilevanti e più frequenti nelle RSA;
- Organizzare incontri per la restituzione dei dati alle RSA;
- Organizzare incontri formativi con le RSA su temi specifici individuati tramite l’analisi dei dati.

### **3) Sicurezza del paziente in sala operatoria**

L’analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde anche per l’anno 2018 evidenzia la necessità di una verifica costante dell’effettiva applicazione sostanziale e non formale della Check List Ministeriale in sala operatoria quale strumento efficace nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive.

Si suggerisce che vengano rivalutati i documenti in uso e, se necessario, riaggiornati e integrati in funzione dei cambiamenti organizzativi conseguenti alle introduzioni di procedure invasive effettuate in scenari diversi dal blocco operatorio.

La Legge n. 24/2017 ha rafforzato la necessità di fare riferimento a buone pratiche e linee guida nello svolgimento di attività sanitarie. Si rende necessario pertanto rinforzare l’implementazione delle Raccomandazioni ministeriali n. 2: “Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico” e n. 3: “Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura” ed a queste va sommata la necessità di tradurre in attività routinaria quanto contenuto nelle Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico pubblicate da OMS nel novembre 2016 e da CDC nell’agosto 2017 (WHO Global guidelines on the prevention of surgical site infection; Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection).

Per questo motivo è stata sviluppata dai risk managers di Regione Lombardia la “Check list 2.0”, un nuovo strumento di risk assessment che completa ed integra, senza assolutamente sostituirla, ma affiancandosi ad essa con modalità complementare, la Check list Ministeriale.

La “Check list 2.0” quale nuovo strumento di risk assessment per la patient safety in sala operatoria, sarà da utilizzare secondo una delle due modalità specificate nel manuale, rimanendo la Check list Ministeriale lo strumento di base obbligatorio.

Si raccomanda di applicare la “Check list 2.0” al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento e di perfezionare l’adesione agli standard in particolare per i seguenti aspetti (per i quali si pongono come riferimenti specifiche linee guida/norme UNI):

- a) Profilassi antibiotica in chirurgia (SNLG n.17 “Antibiotico profilassi perioperatoria nell’adulto”,2008);
- b) Dress code ed igiene delle mani: adozione di appropriate misure igienico sanitarie degli operatori che lavorano nelle sale operatorie (WHO “Guidelines on Hand Hygiene in healthcare”, 2009 e WHO “Guidelines for Safe surgery”,2009);

Proseguirà il programma di visite nell'ambito del Progetto regionale "Peer Review in Chirurgia" per una reale condivisione fra esperti delle esperienze e delle buone pratiche sulla Sicurezza in Sala Operatoria.

#### **4) Rischio Farmaci**

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha lanciato un piano globale, per dimezzare gli errori medici evitabili, legati a farmaci e terapie, in tutti i paesi nei prossimi 5 anni. Le cause più frequenti di questo tipo di errori medici sono stanchezza, affollamento, carenza di personale, poca formazione e informazioni sbagliate date ai pazienti. L'iniziativa dell'Oms sarà concentrata su 4 aree: pazienti, operatori sanitari, farmaci, sistemi e pratiche di terapia.

A tale scopo occorre individuare strategie in grado da una parte di definire, agevolare e promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni, dall'altra l'aderenza terapeutica dei pazienti alle raccomandazioni di impiego indicate.

Nel 2019 verrà richiesta una mappatura dei sistemi di automazione del percorso del farmaco in ospedale e/o dell'uso di algoritmi di supporto alla prescrizione medica.

Gli eventi sentinella segnalati fanno emergere la necessità di aumentare la consapevolezza nei professionisti degli errori prevenibili e pertanto si consiglia di promuovere iniziative di formazione rivolte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e a prevenire le interazioni nella politerapia con particolare attenzione agli over 65.

Gli Obiettivi generali per l'anno 2019 sono i seguenti:

a) Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17 "Riconciliazione della terapia farmacologica", tenendo in considerazione tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale, sul territorio e soprattutto nei momenti cosiddetti di "Transizione di cura", come evidenziato nella stessa raccomandazione. Diventa quindi essenziale che il paziente sia a conoscenza dell'importanza di avere una chiara lista dei farmaci assunti nel caso di accesso ospedaliero e che al momento delle dimissioni ospedaliere le prescrizioni di farmaci siano ben chiare sia al paziente che al MMG.

b) Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci Antineoplastici" e delle Norme di Buona Preparazione della Farmacopea Ufficiale. Centralizzazione completa dell'allestimento dei Farmaci antineoplastici ed informatizzazione per la tracciabilità dell'intero del processo di prescrizione.

c) Gestione del farmaco nelle RSA: le RSA hanno assunto nel tempo un ruolo importante nella rete assistenziale in quanto di fatto si trovano collocate in una posizione intermedia tra l'ospedale e le cure al domicilio del paziente. Vista la tipologia degli ospiti in RSA, per lo più anziani affetti da patologie croniche ed in politerapia, la gestione del farmaco è indubbiamente un processo da presidiare attentamente.

Alle ATS è, inoltre, richiesto di organizzare incontri formativi con le RSA rispetto ai seguenti temi:

- Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 12: "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" LASA";
- Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17: "Riconciliazione della terapia farmacologica";
- Implementazione della recente Raccomandazione Ministeriale n. 18: "Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

## 5) Rischi in ambito di impiego delle radiazioni

L'impiego delle radiazioni ionizzanti (TC, angiografia, radioterapia, medicina nucleare) e non ionizzanti (risonanza magnetica, radiazioni ottiche) comporta rischi per i pazienti.

Nell'ultimo decennio si è riscontrato un significativo incremento nel numero di esami diagnostici. Ciò sollecita una maggiore attenzione alla problematica delle esposizioni alle radiazioni anche alla luce del prossimo recepimento nella legislazione italiana della Direttiva Europea Direttiva 2013/59/Euratom del Consiglio Europeo, del 5 dicembre 2013, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abrogherà il DL 187/2000.

L'attività a livello regionale sarà finalizzata alla costituzione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dei fisici sanitari della Lombardia con l'obiettivo di definire modelli organizzativi/buone pratiche da seguire, quali, ad esempio: modello organizzativo/buone pratiche per sottoporre ad esami RM pazienti portatori di pace maker RM conditional; linee guida relative alle esposizioni diagnostiche nel periodo della gravidanza di donne in età fertile e dei pazienti pediatrici.

Al fine di migliorare la sicurezza del paziente, prendendo spunto dall'analisi dei "near missing error" nell'uso delle radiazioni, sarà opportuno delineare strumenti di comunicazione per informare dei rischi associati ed in particolare in gravidanza ed in età pediatrica per migliorare la percezione del rischio e le decisioni ad essa correlate.

Le aziende che fossero interessate a far parte del gruppo di lavoro possono inviare la propria candidatura entro il **24/01/2019** al seguente indirizzo mail: [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it).

## 6) Rischi in ambito di Continuità Assistenziale

Prosecuzione del progetto interaziendale delle ATS sul rischio clinico in ambito di Continuità Assistenziale.

Solo a titolo esemplificativo gli ambiti su cui sviluppare i progetti saranno: utilizzo e gestione dei farmaci nelle sedi di Continuità Assistenziale, verifica logistico/organizzativa delle sedi di Continuità Assistenziale.

Dovrà essere posta particolare attenzione alla modalità di approvvigionamento e smaltimento dei farmaci, alla gestione dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, allo smaltimento dei rifiuti speciali.

## 7) Violenza a danno degli operatori

Implementazione della Raccomandazione n. 8 – *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Nel corso del 2019 sono previste attività a livello regionale in collaborazione con U.O. Prevenzione.

## LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

Si ribadisce l'importanza di migliorare la qualità, coerenza e completezza dei dati e delle informazioni inserite nei diversi sistemi, cercando di ridurre l'utilizzo improprio delle voci "non identificato", "altro", nonché di caricare i dati rispettando le scadenze.

a. **Eventi Sentinella (SIMES):** con D.M. 11.12.2009 è stato istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) per la raccolta di ogni Evento Sentinella: *"Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di*

*un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".*

Si raccomanda lo sviluppo di sistemi di Incident Reporting per le segnalazioni di eventi o quasi eventi (Near miss) e di riportare i soli Eventi Sentinella in SIMES, compilando correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.).

b. **Trigger Materni e Fetali (Flusso CedaP):** dal 2016 - a seguito della messa a punto della sessione "Eventi da Segnalare" nell'ambito del CedaP - è richiesto a tutti i Punti Nascita di segnalare gli eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico.

c. **Buone Pratiche (sito Agenas):** nel secondo semestre di ogni anno Agenas promuove la *Call* delle Buone pratiche per la raccolta e diffusione delle esperienze aziendali cliniche o di risk management. Le esperienze sono successivamente validate dal gruppo di lavoro regionale.

d. **Richieste di Risarcimento – Polizze - Cadute – Infortuni (DB Regionale Sinistri - AON)**

Entro il **25.01.2019**: inserimento delle Richieste di Risarcimento, Polizze RCT/O, cadute e infortuni del secondo semestre 2018 e aggiornamenti dello storico;

Entro il **31.07.2019**: inserimento dati inerenti Richieste di Risarcimento, Polizze RCT/O, cadute e infortuni del primo semestre 2019 e aggiornamenti dello storico.

Tali dati vengono trasferiti da Regione a SIMES, si richiede perciò la massima attenzione al fine di correggere eventuali incongruenze:

- Se il flag relativo al campo "Procedimento Penale" è "NO": non deve esserci la data di notifica del Procedimento Penale e viceversa (se flag SI, inserire la data);
- Se il flag relativo al campo "Media conciliazione" è "NO": non deve esserci la data di domanda delle mediazioni conciliative e viceversa (se flag SI, inserire la data);
- Se il flag relativo al campo "Media Conciliazione" è "NO": non selezionare modalità di chiusura "Media Conciliazione";
- Se il flag relativo al campo Procedimento Civile è "NO": non inserire la data di notifica del procedimento civile. Occorre invece modificare il flag del campo Procedimento civile con la voce «SI» nel caso di sinistri con informazioni (date e importi) inerenti il procedimento;
- Se la data di chiusura del procedimento civile non è valorizzata: non selezionare la modalità chiusura "Procedimento Civile".

## **IL PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE**

### **I Raggruppamenti legali/medico legali**

Prosecuzione dell'operatività dei 4 Raggruppamenti ASST/IRCCS. Le ASST interessate potranno formalizzare modalità interaziendali di collaborazione (es. protocolli d'intesa, convenzioni, ecc.) per il rafforzamento organizzativo nell'ambito dei singoli raggruppamenti. Si richiede ad ogni Raggruppamento di fornire semestralmente una relazione circa le attività svolte (al 31.01.2019 ed al 31/07/2019).

Si consiglia di promuovere il confronto e la discussione di casi particolarmente critici per complessità clinica o procedurale.

ASST/IRCCS	COORDINATORE Medico legale	COORDINATORE Legale
RAGGR. 1) ASST SETTE LAGHI, ASST VALLE OLONA, ASST LARIANA, ASST VALTELLINA E ALTO LARIO, ASST VALLECAMONICA	Maria Luisa Pennuto ASST VALLE OLONA	Daniele Venia ASST Valcamonica
RAGGR. 2) ASST BRESCIA, ASST FRANCIACORTA, ASST GARDA, ASST CREMONA, ASST CREMA, ASST PAPA GIOVANNI XXIII, ASST BERGAMO OVEST, ASST BERGAMO EST, ASST MANTOVA	Matteo Marchesi ASST PAPA GIOVANNI XXIII	Simona Romano ASST GARDA
RAGGR. 3) ASST LECCO, ASST PAVIA, ASST VIMERCATE, ASST MONZA, IRCCS S.MATTEO	Piero Massi Benedetti ASST VIMERCATE	Milena Aramini ASST PAVIA
RAGGR. 4) ASST OVEST MILANESE, ASST LODI, ASST FBF E SACCO, ASST NIGUARDA, ASST NORD MILANO, ASST SANTI PAOLO E CARLO, ASST RHODENSE, ASST MELEGNANO E MARTESANA, IRCCS TUMORI, IRCCS BESTA, IRCCS POLICLINICO MILANO, ASST G.PINI	Domenico Castaldo ASST OVEST MILANESE E Antonio Vitello ASST SS PAOLO E CARLO	Enzo Quadri ASST NORD MILANO Giacomo Rossi ASST OVEST MILANESE

### Copertura assicurativa RCT/RCO

In attesa dei decreti attuativi della legge 24/2017, che potranno cambiare gli assetti oggi esistenti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso nell'anno 2019, si ricorda a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private il tema dell'obbligo di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera. Regione si riserverà di monitorare l'attuale situazione delle coperture delle strutture sanitarie in corso d'anno.

Unitamente a ciò si ribadisce che con riferimento alla sole procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO le stesse rientrano nel progetto regionale e verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale.

### Gestione del contenzioso

I Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri. A tal fine diventa essenziale un'organizzazione che permetta un coordinamento funzionale fra il risk manager e le componenti legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la Direzione Aziendale che deve prendere le decisioni finali in merito alle attività da svolgere.

### GEDISS

Il Sistema per la gestione digitale dei sinistri, sviluppato nel 2017 con la collaborazione di Lombardia Informatica, ha l'obiettivo di rendere più agevole e maggiormente efficace l'attività amministrativa di istruttoria e la conclusione dei procedimenti. Nel 2018 si è svolta la prima fase di sperimentazione con 8 Aziende Pilota, per l'anno 2019 hanno aderito su base volontaria altre 15 Aziende.

Nel 2019 è prevista la migrazione dello storico dal DB Regionale AON, sarà quindi importante segnalare eventuali disallineamenti o criticità.

## **Ascolto e Mediazione dei conflitti**

La conflittualità è un fattore prevedibile in ogni organizzazione e se ben gestita porta a risultati sorprendenti, il Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti serve per garantire ai cittadini ed ai professionisti, che hanno vissuto situazioni di elevata conflittualità all'interno dell'azienda socio-sanitaria, di essere accolti ed ascoltati da mediatori appositamente formati.

Si raccomanda quindi di adottare misure e progetti per l'effettivo funzionamento del Servizio:

- Organizzazione di corsi aziendali o interaziendali per formare nuove risorse
- Predisposizione di spazi dedicati all'attività
- Diffusione della conoscenza del Servizio agli operatori ed ai cittadini (anche tramite intranet/internet)
- Agevolare lo scambio di collaborazione fra i Mediatori (ogni Equipe dovrebbe essere formata da 3 mediatori)
- Favorire percorsi per l'intercettazione dei casi.

Si rammenta che una parte rilevante del contenzioso scaturisce da una carente comunicazione fra operatori e pazienti ancor prima che da eventi avversi da attività clinica.

## **Trasparenza**

La Legge 24/2017 - all'articolo 2 e all'articolo 5 - 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 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto (art.2);
- L'importo dei Risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio.

Entrambe le informazioni si ritiene opportuno che siano aggiornate e pubblicate nel sito alla sezione "amministrazione trasparente" entro il 31 marzo.

## **I NETWORK e gli Eventi Formativi**

Dovrà essere assicurata la partecipazione dei Risk Manager e dei Responsabili CVS ai 4 Network e agli altri eventi formativi organizzati in tema di gestione del rischio e del contenzioso. L'invito a partecipare ai Network è esteso ai referenti della Qualità, ai mediatori di conflitti nonché ai medici legali.

## **AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA**

Ad A.R.E.U. è richiesta la pianificazione, attuazione e rendicontazione di uno o più progetti in area di rischio maggiormente critica in relazione alle peculiarità dell'attività svolta.