



Al Direttore Generale

Dell'ASST Melegnano e della  
Martesana

SEDE

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SU EVENTI AVVERSI SEGNALATI  
NELL'ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA NELL'ANNO 2018****E AZIONI DI MIGLIORAMENTO****(ART. 2 LEGGE N. 24/2017)****1. PREMESSA LEGISLATIVA**

L'articolo 2 comma 5 della legge n. 24/17 (cosiddetta Legge Gelli-Bianco) impone a tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, di predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi ed azioni di miglioramento intraprese, da pubblicare sul sito web istituzionale, oltre ai dati sugli importi dei risarcimenti degli ultimi 5 anni. La presente relazione costituisce l'aggiornamento, per scorrimento, della precedente, pubblicata sul sito web istituzionale in data 29/3/2018.

1

**2. LA STRUTTURA DELL'ASST**

Per contestualizzare i dati della presente relazione occorre considerare quale sia l'organizzazione e la presenza territoriale dell'Azienda sanitaria. Ciò in quanto l'analisi della sinistrosità non può prescindere dall'ampiezza, complessità clinica e numerosità delle attività svolte e, conseguentemente, dal livello di rischio assunto che, tramite le azioni di miglioramento del Clinical Risk Management, si cerca di contenere.

Nel 2018 l'ASST Melegnano e della Martesana è stata presente sul territorio con: 4 Presidi ospedalieri, 1 P.O.T. e 1 Pre.S.ST., 14 ambulatori territoriali, 23 strutture sociosanitarie.

Nella Tabella A) sono riportati i numeri dei ricoveri nell'anno di riferimento confrontati con quelli dell'anno precedente:

**A)**

PRESIDI	000 - TUTTI I DRG								
	NumDO			NumDH/DS			NumTot		
	Anno 2017	Anno 2018	delta %	Anno 2017	Anno 2018	delta %	Anno 2017	Anno 2018	delta %
Presidio_Vizzolo	10.829	10.704	-1,2%	1.267	1.308	3,2%	12.096	12.012	-0,7%
Presidio_Cernusco	4.947	4.859	-1,8%	422	435	3,1%	5.369	5.294	-1,4%
Presidio_Melzo	6.160	6.066	-1,5%	338	433	28,1%	6.498	6.499	0,0%
Presidio_Cassano	566	549	-3,0%	-	-		566	549	-3,0%
POT_Vaprio	399	304	-23,8%	281	437	55,5%	680	741	9,0%
<b>Totale_presidi</b>	<b>22.901</b>	<b>22.482</b>	<b>-1,8%</b>	<b>2.308</b>	<b>2.613</b>	<b>13,2%</b>	<b>25.209</b>	<b>25.095</b>	<b>-0,5%</b>

Nella Tabella B) sono invece riportati i numeri dei posti letto gennaio 2018:

**B)**

	Totale letti attivati	Di cui	
		Letti DH+DS	Tot. Ordinari attivati
Presidio Vizzolo + Stabil. Cassano	342	19	323
Presidio Cernusco + Stabil. Vaprio	184	27	157
Presidio Melzo + Stabil. Gorgonzola	153	0	153
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>679</b>	<b>46</b>	<b>633</b>

### 3. DEFINIZIONI

**Evento sentinella:**

è un evento inatteso, di particolare gravità, che comporta la morte o un grave danno al paziente. E' un indicatore di possibile malfuionamento dell'Azienda, che può determinare sfiducia dei cittadini nel sistema sanitario. Il Ministero della Salute ha individuato 16 tipologie di eventi sentinella, per l'elenco delle quali si rinvia alla Tabella F) della presente relazione.

**Evento avverso:**

è un danno o un disagio imputabile alle cure degli operatori che causa un peggioramento delle condizioni di salute. Può essere previsto o non prevedibile.

**Near miss:**

è un "quasi evento avverso". Si evita l'incidente grazie ad un tempestivo intervento dell'operatore.

## **Rischio clinico:**

è la probabilità per un paziente di rimanere vittima di un evento avverso.

### **4. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN AZIENDA**

Da anni il sistema sanitario nazionale e regionale hanno individuato all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private la funzione deputata alla Gestione del Rischio Clinico.

L'attività di Risk Management è volta ad individuare, analizzare e ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili, identificando con gli operatori le barriere più efficaci e sostenibili da introdurre stabilmente nell'organizzazione per evitare che si ripetano.

Nell'ottica di integrazione fra offerta ospedaliera e territoriale prevista nella legge di riforma sanitaria regionale n. 23/2015 è risultato ancora più importante seguire il paziente considerando l'interezza dei percorsi: dalla presa in carico all'attivazione dei diversi punti di offerta, non solo ospedalieri ma anche territoriali.

Nell'ambito del nuovo POAS dell'ASST Melegnano e della Martesana, approvato con deliberazione n. 434 del 22/5/2017, l'attività di Risk Management è stata posta in staff al Direttore Generale e ciò ad indicare la strategicità del settore, a presidio anche degli impatti economici che i sinistri hanno sul bilancio dell'Ente. A questo si aggiunge che, sempre nel nuovo POAS, è stata internalizzata la figura del Medico legale, cui è stato conferito l'incarico di coordinatore del Comitato Valutazione sinistri (CVS) in raccordo con l'Avvocatura aziendale, anch'essa posta in staff al Direttore Generale.

Il Risk Manager redige annualmente un piano per la gestione e la prevenzione degli eventi avversi, in cui sono individuate le aree di maggior rischiosità sulle quali intervenire e la formazione da dedicare agli operatori affinché agiscano nel rispetto di quanto definito dalle regole.

In continuità con la strategia delineata con la circolare 46/SAN del dicembre 2004 e successivi aggiornamenti ed alla luce della già citata legge n.24/2017, è proseguita la formulazione di indicazioni regionali per le attività di Risk Management alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private della Lombardia.

Le tematiche prioritarie individuate da Regione Lombardia nelle Linee Operative Risk Management 2018:

- Area travaglio/parto segnalazione Trigger materni e fetali in ambito ostetrico
- Infezioni-Sepsi
- Sicurezza del paziente in sala operatoria
- Rischio nell'utilizzo dei farmaci

- Le sostanze d'abuso nei giovani
- Responsabilità sanitaria e linee guida
- Migliorare la comunicazione
- Ascolto e mediazione dei conflitti

\*\*\*\*\*

## **5. GLI EVENTI AVVERSI. COMPARAZIONE ANNO 2017 VS 2018.**

L'implementazione dei sistemi di incident reporting, caldeggiata da Regione Lombardia e l'importanza della segnalazione degli eventi, che non ha certo lo scopo di "individuare il colpevole", ma solo quello di migliorare l'attività, viene sottolineata dal Risk manager ogni qual volta viene coinvolto in iniziative di formazione/informazione dei Dipendenti promosse dall'Agenzia.

Di seguito i dati estrapolati dal database del Ministero della Salute **sugli eventi sentinella** 2018. Le Tabelle D) ed E) riportano i dati aggregati rispettivamente per l'anno 2018 e per l'anno 2017. Le tabelle F) e G) riportano i dati dissociati, ossia relativi a ciascuna delle 16 tipologie di eventi sentinella codificati dal Ministero della Salute:





Di seguito i dati **sugli eventi avversi 2017** (Tabella H) **e 2018** (Tabella I)

H)

CLASSIFICAZIONE EVENTO	CAUSA LIV 1	CAUSA LIV 2	Tot
AGGRESSIONE	Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	5
			3
AUTOLESIONE	Fattori legati al paziente	Poca/mancata autonomia	1
DANNEGGIAMENTO PERSONE			2
ERRORE ANESTESIOLOGICO			1
ERRORE CHIRURGICO	Fattori legati al paziente	Barriere linguistiche/culturali	1
		Difficoltà nel seguire istruzioni /procedure	1
	Fattori legati al personale	Mancata supervisione	1
		Mancata/inesatta lettura documenti /etichetta	2
		Presa scordatoia/regola non seguita	9
	Fattori legati al sistema	Insuccesso nel far rispettare protocolli /procedura	4
		Insufficiente addestramento/Inserimento	1
		2	
ERRORE DI PREVENZIONE	Fattori legati al paziente	Mancata adesione al progetto terapeutico	1
ERRORE DIAGNOSTICO	Fattori legati al personale	Fatica/stress	1
		Inadeguate conoscenze /inesperienza	1
		Mancata supervisione	2
		Mancata/inesatta lettura documenti /etichetta	2
	Fattori legati al sistema	Mancato coordinamento	1
		Presa scordatoia/regola non seguita	2
		Scarso lavoro di gruppo	1
		Insuccesso nel far rispettare protocolli /procedura	1
		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	1
		Mancata/inadeguata comunicazione	2
Protocollo/procedura inesistente /ambigua	1		
Staff inadeguato/insufficiente	1		
		12	
ERRORE PROCEDURA INVASIVA	Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	3
	Fattori legati al personale	Inadeguate conoscenze /inesperienza	1
		Mancata/inesatta lettura documenti /etichetta	1
		4	
ERRORE TERAPEUTICO	Fattori legati al personale	Fatica/stress	1
		Mancata/inesatta lettura documenti /etichetta	3
		Presa scordatoia/regola non seguita	5
	Fattori legati al sistema	Gruppo nuovo /inesperto	1
		Insuccesso nel far rispettare protocolli /procedura	9
		1	
MACCHINARIO DIFETTOSO	Fattori legati al sistema	Mancata/inadeguatezza materiali di consumo	1
		Protocollo/procedura inesistente /ambigua	1
		8	
MATERIALE DIFETTOSO	Fattori legati al sistema	Mancanza/inadeguatezza attrezzature	2
			1
Totale complessivo			104

I)

CLASSIFICAZIONE EVENTO LIV 1	TIPO CAUSA LIV 1	TIPO CAUSA LIV 2	Totale
AGGRESSIONE TRA PAZIENTI	Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	3
			11
			14
DANNEGGIAMENTO PERSONE	Fattori legati al personale	Fatica/stress	1
			1
			2
ERRORE ANESTESIOLOGICO	Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	1
			1
			2
ERRORE CHIRURGICO	Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	2
	Fattori legati al personale	Mancata/inesatta lettura documenti/etichetta	1
	Fattori legati al sistema	Gruppo nuovo/inesperto	1
		Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedura	1
		Staff inadeguato/insufficiente	1
		1	
			7
ERRORE DIAGNOSTICO	Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	1
		Inadeguate conoscenze/inesperienza	1
		Mancata/inesatta lettura documenti/etichetta	1
		Scarso lavoro di gruppo	1
	Fattori legati al sistema	Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedura	2
		5	
			11
ERRORE PROCEDURA INVASIVA	Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	2
			6
			8
ERRORE TERAPEUTICO	Fattori legati al paziente		1
	Fattori legati al personale	Inadeguate conoscenze/inesperienza	1
		Mancata supervisione	1
		Mancata/inesatta lettura documenti/etichetta	3
			1
	Fattori legati al sistema	Gruppo nuovo/inesperto	1
		Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedura	1
		Staff inadeguato/insufficiente	1
		2	
			12
LIVELLO DI SERVIZIO			1
			1
MACCHINARIO DIFETTOSO	Fattori legati al sistema	Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	1
		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	1
			2
PERDITA DI MATERIALE	Fattori legati al personale	Scarso lavoro di gruppo	1
			1
Totale complessivo			60

## 6. INDICATORI SINISTRI (AGGIORNAMENTO DISPONIBILE: SETTEMBRE 2018)

### SISTEMA DEI 9 INDICATORI

N.	AREA	Indicatore di Frequenza	Obiettivo	Periodicità	NOTE
1	Clinica (Totale Reparti escluso PS)	$\frac{\text{N. RR Area Clinica (Tot reparti escluso PS)}}{\text{GG degenza TOT X 10.000}}$	Miglioramento	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2015:2017
2	Ostetricia e Ginecologia (OG)	$\frac{\text{N. RR Area Clinica Ost. Gin.}}{\text{GG degenza Ost. Gin. X 10.000}}$	Miglioramento	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2015:2017
3	Ortopedia e Traumatologia (OT)	$\frac{\text{N. RR Area Clinica Ort. Traum.}}{\text{GG degenza Ortopedia Traum. X 10.000}}$	Miglioramento	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2015:2017
4	Chirurgica (esclusi OG e OT)	$\frac{\text{N. RR Area Chirurgica (esclusa OG e OT)}}{\text{GG degenza Area Chirurgica (esclusa OG e OT) X 10.000}}$	Miglioramento	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2015:2017
5	PRONTO SOCCORSO	$\frac{\text{N. RR Area PS}}{\text{N. Accessi PS X 10.000}}$	Miglioramento	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2015:2017
6	Cadute (Pazienti)	$\frac{\text{N. RR Cadute Pazienti}}{\text{GG degenza TOT X 10.000}}$	Miglioramento	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2016:2017
7	Smarrimenti	$\frac{\text{N. RR per Smarrimenti}}{\text{N. ricoveri totali X 10.000}}$	0	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2017
8	Riserve	% riserve sui sinistri aperti	100%	Annuale	Data RR = 2017 Data EV = 2015:2017
9	Descrizione Evento	% compilazione del campo "descrizione evento" nel DB regionale Sinistri RCT/O	100%	Annuale	Si valuta anche la qualità di compilazione del campo, con verifiche ad hoc nel DB regionale

Abbreviazioni  
EV= EVENTO  
GG= GIORNI  
OG= OSTETRICIA GINECOLOGIA  
OT= ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
RR= RICHIESTE RISARCIMENTO

Settembre 2018

## **7. AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NEL 2018.**

### **RACOMANDAZIONI MINISTERIALI**

Come da richiesta regionale si sono tenute monitorate le Raccomandazioni Ministeriali procedendo alla ricognizione delle procedure esistenti e alla revisione di quelle datate. Alla fine del 2018, le prime 16 Raccomandazioni risultano implementate.

Si segnala come nel 2018 si sia svolta una continua e proficua collaborazione tra il Risk Manager e il Direttore del Servizio di Farmacia Aziendale e i suoi collaboratori, per quanto riguarda le reazioni avverse da Farmaci, gli eventi Sentinella avvenuti, gli eventi avversi e tutta la gestione del rischio da farmaco.

### **CADUTE**

Il Decreto della Direzione Generale Sanità n.7295 del 22.07.2010 ha fornito le linee di indirizzo e i requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta, a far seguito alla circolare regionale 46/SAN/2004 del 27.12.2004 che stabiliva le linee di indirizzo prioritarie in merito alla gestione del rischio sanitario, fra cui il rischio caduta.

In ottemperanza a quanto sopra, era già stata emanata la Deliberazione aziendale n.868 del 20.12.2010 sull'argomento.

Nel 2018, poiché alcuni componenti del GAD (gruppo aziendale dedicato, che sovrintende al piano strategico per la prevenzione delle cadute, definisce le fasi di realizzazione e le relative tempistiche, individua le risorse disponibili, individua le criticità e i punti di forza nelle attività progettate e nella loro implementazione) non erano più presenti in Azienda, si è resa necessaria la loro sostituzione e il ripristino dell'attività del gruppo. Pertanto è stato deliberato un nuovo GAD come da indicazioni Regionali e come da Raccomandazione Ministeriale n.13 del novembre 2011 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", in cui viene indicata la necessità di costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per la predisposizione di un programma di gestione del rischio (delibera n.1208 del 30.11.2018 "Ricostituzione del gruppo di lavoro aziendale dedicato GAD CADUTE e nomina dei componenti).

Nel 2018 il GAD si è riunito 3 volte nel corso dell'anno presso l'Ufficio Qualità di Vizzolo Predabissi al fine di proseguire il lavoro intrapreso negli anni precedenti.

I verbali degli incontri e i fogli firma sono disponibili presso l'Ufficio Qualità e Rischio.

### **INFEZIONI-SEPSI**

In ottemperanza alle Linee Operative Risk Management 2018 di Regione Lombardia (protocollo G1.2017.0038696 del 21/12/2017) al punto 2) infezioni-SEPSI e in ottemperanza a quanto previsto nella Deliberazione n. X /7600 del 20/12/2017 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER

L'ESERCIZIO 2018 al punto 4.2.3.2 Infezioni-sepsi, si è deliberato un gruppo Aziendale Sepsi ad integrazione con il CIO Aziendale, per ottemperare a quanto richiesto da Regione Lombardia nei documenti sopra citati.

A livello di ogni presidio ospedaliero della ASST si sono valutate le check list logistico organizzativa allo scopo di implementare le azioni di miglioramento.

Pertanto il Risk Manager ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare denominato "GRUPPO DI MIGLIORAMENTO SEPSI" composto da 30 figure professionali (anestesisti, internisti, chirurghi, pediatri, ginecologi e ostetriche, personale infermieristico delle aree citate, Dirigenti DAPSS, una biologa, un infettivologo, tre infermiere epidemiologhe, medici e infermieri delle Direzioni Mediche di Presidio dell'Azienda, e dal Risk Manager) che si sono riunite 5 volte nel corso dell'anno con l'obiettivo di procedere alla revisione del PDTA Sepsi Aziendale con integrazione del trattamento per i pazienti di area ostetrico ginecologica e area pediatrica.

I componenti del gruppo di lavoro hanno partecipato attivamente agli incontri in maniera sempre propositiva e con un aperto approccio multidisciplinare. Particolarmente apprezzata è stata l'esposizione da parte di alcuni partecipanti, di casi clinici selezionati tra i casi analizzati con la check list regionale. Tutti i partecipanti hanno dimostrato notevole impegno nello svolgere i compiti loro assegnati da un incontro all'altro.

Il gruppo ha analizzato numerose cartelle cliniche con casi di sepsi utilizzando la Check list del documento sulla Sepsi di Regione Lombardia (in piccoli gruppi che si sono riuniti con il Risk Manager nei presidi ospedalieri di Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio e Melzo) e condiviso casi studio particolarmente interessanti.

Tutti i documenti sono disponibili presso la struttura di Risk Management.

## **IGIENE DELLE MANI**

E' stata redatta una specifica procedura aziendale "PROCEDURA SPECIFICA IGIENE DELLE MANI" (Rev.3 settembre 2016), diffusa capillarmente a tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali, allo scopo di uniformare il comportamento degli operatori dell'Azienda per prevenire e ridurre le infezioni correlate all'assistenza (ICA). Le infermiere per la sorveglianza del rischio infettivo, verificano regolarmente la corretta applicazione del protocollo in tutte le UU.OO/Servizi dei Presidi della ASST Melegnano e Martesana, tramite l'osservazione diretta degli operatori, utilizzando la scheda OMS di osservazione. Viene dato un feedback agli operatori (tramite report ai Direttori e Coordinatori).

Viene inviato un report globale ai Direttori Medici di Presidio e al Risk Manager.

La cadenza delle attività di osservazione viene stabilita dalle Direzioni Mediche di Presidio.

Si segnala inoltre, la formazione continua sul lavaggio delle mani.

## **AREA TRAVAGLIO/PARTO**

Nel 2018 è proseguito il lavoro di implementazione della Scheda MEOWS iniziato nel 2017, nei due punti nascita dell'Azienda. L'attività in proposito proseguirà con il monitoraggio delle schede MEOWS all'interno delle cartelle cliniche al fine di controllarne non solo l'effettiva presenza, ma anche la corretta compilazione e il corretto utilizzo dello strumento.

## **SICUREZZA IN SALA OPERATORIA**

Nel 2018, a seguito di una serie di criticità segnalate dai coordinatori dei 4 blocchi operatori dell'Azienda, il Risk Manager ha istituito un Gruppo di Miglioramento con lo scopo di strutturare un percorso sulle sale operatorie, utilizzando come punto di partenza le criticità emerse dalle segnalazioni stesse e dagli audit interni.

Nel 2018 è stata elaborata ed uniformata la seguente documentazione:

-Check list di apertura/inizio attività del blocco operatorio: verifica funzionalità apparecchiature elettromedicali, verifica presenza farmaci, verifica presenza dispositivi medici.

\_Check list di verifica dello strumentario chirurgico: verifica presenza/assenza dello strumentario chirurgico necessario allo svolgimento della seduta operatoria programmata e del giorno successivo

-Scheda infermieristica assistenziale per i blocchi operatori.

12

## **ASCOLTO E MEDIAZIONE DEI CONFLITTI**

Il gruppo dei Mediatori Aziendali afferisce alla struttura di Risk Management e con essa collabora. L'azienda dispone di 3 Mediatori formati da Regione Lombardia, e si avvale della rete di Mediatori Regionali, come dà indicazioni di Regione Lombardia. I Mediatori hanno creato una cartella di posta elettronica condivisa :

Ascoltoemediazione@asst-melegnano-martesana.it

## **FORMAZIONE IN TEMA DI RISCHIO E QUALITÀ**

Annualmente in Azienda vengono programmati una serie di incontri con i Referenti delle singole strutture e con il personale per informare e formare i professionisti in merito alle attività aziendali in tema di Qualità e Gestione del Rischio (Incontri dei Referenti Qualità e Rischio Clinico di singola UO e Piano Formativo Aziendale).

Di seguito i corsi in tema di sicurezza del paziente e gestione del rischio:

-N° 2 Edizioni Strumenti Di Valutazione E Promozione Qualità E Rischio. Accreditamento Strutture Sanitarie E Dei Professionisti. La Cultura Della Qualità

-N° 1 Gruppo Di Miglioramento Sepsi, La Sicurezza Del Paziente.

-N° 1 Gruppo Di Miglioramento Sicurezza Del Paziente In Sala Operatoria: Analisi E Standardizzazione Della Documentazione Infermieristica In Uso Nei Blocchi Operatori

-N° 6 Edizioni Biases Cognitivi E Decisioni Clinico-Assistenziali: Dalla Pratica Impulsiva Alla Pratica Consapevole. La Sicurezza Del Paziente.

-N° 4 Edizioni Anatomia Dell'errore Clinico Assistenziale: Fattori Umani E Organizzativi

## **GESTIONE EVENTI AVVERSI, NEAR MISS**

Gli eventi avversi vengono segnalati alla struttura Qualità e Rischio via fax come da procedura Aziendale. I moduli di segnalazione e relativa procedura "PROCEDURA GENERALE AZIENDALE GESTIONE E COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI", sono reperibili sull'intranet aziendale alla voce Risk Management.

Tutti gli operatori dell'azienda sono stati formati nel corso degli anni (tali corsi di formazione sono stati tenuti anche nell'anno in corso) alla corretta segnalazione degli eventi. Il Risk Manager e due infermieri afferenti alle strutture di Qualità e Rischio, provvedono all'analisi delle segnalazioni e alla messa in atto/programmazione di azioni correttive e di miglioramento, per tutti i Presidi e per le aree territoriali dell'azienda, ove vengano segnalati eventi avversi e near miss.

Per l'analisi dei casi viene utilizzata una scheda di analisi degli eventi, che viene validata e firmata dal Risk Manager quando il caso si ritenga chiuso (qualora si ritenga che tutte le azioni necessarie siano state messe in atto). Tutte le schede vengono archiviate presso l'ufficio Qualità di Cernusco.

Nell'anno 2018 sono stati segnalati 88 eventi, di cui 60 eventi avversi e 28 near miss, che sono stati gestiti come da Procedura Aziendale.

Per alcuni eventi di particolare rilevanza o gravità sono stati eseguiti dal Risk Manager e collaboratori, adeguati Audit ed RCA (Root Cause Analysis) per implementazione di adeguate azioni correttive e di miglioramento e successivo monitoraggio. Tutti i verbali di audit ed RCA sono disponibili presso l'Ufficio Risk Management.

## **GESTIONE EVENTI SENTINELLA**

Nel 2018 sono stati inseriti in SIMES n° 4 Eventi Sentinella, ossia lo stesso numero del 2017 che, quindi, resta invariato.

## **AGGRESSIONI AGLI OPERATORI**

Nel 2018 sono stati segnalati 130 episodi di aggressione a carico degli operatori sanitari. Tutti gli eventi sono stati segnalati al Risk Manager con la stessa scheda di segnalazione degli eventi avversi e hanno seguito la stessa modalità di analisi.

Nell'anno in corso si è creato un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da:

- Risk Manager
- Psichiatra
- Il dirigente responsabile SPP
- Il Responsabile Servizi Territoriali
- Il Medico Legale
- Collaboratore struttura Qualita' e Rischio responsabile Comunicazione
- Coordinatore infermieristico collaboratore Qualita' e Rischio

Il gruppo si è riunito più volte nel corso dell'anno (verbali disponibili presso la struttura di Risk Management).

Nel corso dell'anno si sono effettuati sopralluoghi presso le sedi territoriali (a seguito di segnalazioni di agiti aggressivi a carico degli operatori) per evidenziare le criticità nei confronti dell'utenza al fine di mettere in atto modifiche strutturali a tutela degli operatori. Si sono invitati i Direttori delle UOC a far partecipare gli operatori di tutte le strutture ai corsi di formazione dell'Azienda sull'argomento.

Tutte le attività del gruppo sono state rendicontate al Direttore Generale e riportate in Regione Lombardia come da richiesta della Regione stessa.

Inoltre, il gruppo ha ideato e realizzato (dopo un casting all'interno dell'azienda) un poster che è stato appeso in tutte le strutture dell'azienda a dissuasione dell'aggressività da parte degli utenti nei confronti degli operatori, come da raccomandazione ministeriale n. 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e come da indicazione di Regione Lombardia.

**8. TABELLA RIEPILOGATIVA DEGLI IMPORTI DEI RISARCIMENTI DEGLI ULTIMI 5 ANNI (ART. 4 LEGGE 24/17)**

Periodo Assicurativo	Valore dei sinistri liquidati dall'ASST per le richieste di risarcimento pervenute ed accolte nel medesimo periodo (comprensivo di quanto risarcito direttamente dalla Compagnia e da rifondere alla stessa)
30/09/2013-30/09/2014	1.856.544,04
30/09/2014-30/09/2015	1.107.935,48
30/09/2015-31/10/2016	1.000.618,47
31/10/2016-31/10/2017	526.853,86
31/10/2017-31/10/2018	39.056,32

Vizzolo Predabissi, 25/3/2019

Il Dirigente Ufficio Legale ed Avvocatura

Avv. Maria Concetta Morabito

Il Risk Manager

D.ssa Chiara Patelli

Il Dirigente UOC Medicina Legale

Dott. Oreste Manzi

*Copia analogica sottoscritta con firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4bis del Codice dell'amministrazione digitale*