

# Relazione consuntiva sugli eventi avversi Anno 2024

Adempimenti in ordine all'art. 2 comma 5 - Legge 8 marzo 2017 n. 24

Marzo 2025



## Indice

INTRODUZIONE.....	3
LA STRATEGIA AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO.....	3
ANALISI DEL CONTESTO .....	4
Contesto esterno .....	4
Contesto interno .....	4
NUCLEO OPERATIVO RISK MANAGEMENT AZIENDALE (NORMA).....	4
SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI INCIDENT REPORTING .....	5
DATI INCIDENT REPORTING .....	5
Altro .....	7
Errore terapeutico .....	7
Livello di servizio .....	7
Errore diagnostico .....	7
Dispositivi difettosi.....	8
Errore Chirurgico .....	8
AGGRESSIONI VERSO GLI OPERATORI .....	8
CADUTA PAZIENTI.....	10
EVENTI SENTINELLA.....	11
ATTIVITÀ DI MIGLIORAMENTO E PROGETTI DI GESTIONE DEL RISCHIO .....	11
Progetto 1: Implementazione Healthcare Enterprise Risk Management.....	11
Progetto 2: Identificazione e gestione della Sepsis e dello shock settico .....	11
Progetto 3: Ampliamento Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA) .....	12
Trigger Ostetrico Neonatali .....	12
Sorveglianza della mortalità perinatale .....	13
Check list contenzione psichiatria.....	13
Altri progetti.....	13
FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	13
GESTIONE DOCUMENTALE .....	14



## Introduzione

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)” con gli articoli 538 e 539, fornisce specifiche indicazioni sulla gestione del rischio nelle strutture sanitarie. La norma definisce che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema Sanitario Nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente. Per la realizzazione di tale obiettivo le Regioni dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), con compiti di attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari; rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario; assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture.

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, all'art. 2 comma 5, dispone che venga predisposta 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, relazione che deve essere pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

L'ASST Brianza, in risposta ai dettami normativi di livello nazionale e regionale (Circolare 46/SAN del 2004 di Regione Lombardia e delle successive linee guida attuative), ha istituito all'interno dell'Azienda una struttura organizzativa deputata alla gestione del rischio inserendola nella più ampia cornice di attività finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni in cui rientra l'importante aspetto della sicurezza delle cure. Obiettivo della presente relazione è presentare a consuntivo gli eventi avversi occorsi nel 2024 nei diversi ambiti aziendali e le azioni di miglioramento messe in atto a livello di sistema per ridurre l'accadimento e migliorare in generale la sicurezza delle prestazioni.

## La strategia aziendale per la gestione del rischio

Le principali linee di intervento nella gestione del Risk Management si esplicano in:

- Mantenimento e sviluppo dei metodi Incident Reporting all'interno di tutta la ASST.
- Implementazione e sviluppo dei metodi di analisi reattiva degli eventi avversi, con riferimento alla Root Cause Analysis, agli Audit Clinici secondo il metodo SEA.
- Integrazione e coordinamento delle iniziative di gestione del rischio con quelle degli altri uffici di staff e delle altre unità operative direttamente o indirettamente coinvolte nelle problematiche di gestione del rischio (Direzione Sanitaria, Direzioni Mediche di Presidio, DAPSS, CIO, SPP, Farmacia, Tecnico - patrimoniale, Ingegneria clinica, Internal Auditing), attraverso la condivisione degli obiettivi e nel rispetto dei differenti metodi operativi.
- Consolidamento dell'integrazione delle funzioni del Risk Management e del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
- Analisi proattiva dei processi attraverso la metodologia FMECA.
- Progettazione e realizzazione di eventi di formazione del personale sanitario.
- Diffusione della cultura della sicurezza e della gestione del rischio (identificazione dei rischi e implementazione delle azioni di mitigazione) in tutti i settori dell'Azienda per mezzo d'iniziative di formazione e comunicazione rivolte agli operatori sanitari e non sanitari.



La ASST mantiene in essere il modello di gestione integrata del rischio, già adottato nel 2006, in accordo con le linee guida della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. Il sistema composto dalla Struttura Qualità e Risk Management, dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR) e dal Comitato Valutazione Sinistri (CVS), si è dimostrato valido dal punto di vista funzionale e in grado di assolvere in modo integrato a tutte le principali funzioni di gestione del rischio, dalla verifica, all'analisi, alla mitigazione e, infine, al trasferimento assicurativo.

## Analisi del contesto

### Contesto esterno

Il contesto esterno presenta alcune opportunità di sviluppo della sicurezza delle cure legato in particolare alle Linee di indirizzo predisposte, come ogni anno, dalla Regione Lombardia nonché dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute, aggiornate al 2019.

Sul versante delle minacce presenti nel contesto esterno all'azienda, si deve considerare un crescente clima sociale di litigiosità dei cittadini nei confronti degli operatori del servizio sanitario, con particolare riferimento ai comportamenti aggressivi che possono occasionalmente tradursi in vere e proprie lesioni personali ai professionisti, sia dal punto di vista psichico che fisico. Tali lesioni possono tradursi in ricadute organizzative che aumentano il rischio di eventi avversi a danno dei pazienti.

### Contesto interno

Con l'approvazione della D.R.G. nr. XI/3952 del 30.11.2020, la ASST Brianza è stata costituita a far data dall'1 gennaio 2021. A seguito di provvedimenti regionali che hanno previsto l'afferimento di strutture alla ASST Brianza nel corso degli anni successivi, la nuova ASST della Brianza vede il proprio territorio estendersi sulla totalità della provincia di Monza e Brianza, secondo l'afferenza dei comuni ai cinque territori (Carate, Desio, Monza, Seregno e Vimercate) per un totale di 55 comuni, comprese le attività che tipicamente erano di ATS come le Cure Primarie.

Consta di tre Presidi Ospedalieri per acuti (Vimercate, Carate Brianza, Desio), un Presidio Ospedaliero di riabilitazione (Seregno), un Presidio Ospedaliero territoriale e Hospice (Giussano), un Presidio Residenziale (Limbiate), una Residenza Sanitaria per Disabili (Limbiate), 8 Comunità Protette, 2 Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza per pazienti con disturbi psichiatrici (Besana Brianza e Cesano Maderno), 2 Residenze per anziani (Monza e Brugherio), un Centro Residenziale U.O.N.P.I.A. per Adolescenti (Besana Brianza), oltre che Strutture a ciclo diurno e Strutture ambulatoriali e territoriali dislocate nei 5 Distretti.

È contestualmente afferito alla ASST Brianza il personale che consta attualmente di 4339 dipendenti, 459 MMG, 113 PLS, 363 MCA/AMT.

## Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA)

Il NORMA è costituito da professionisti che collaborano con la funzione di Risk Management per il raggiungimento degli obiettivi. La strategia adottata nella ASST Brianza segue il modello inglese, ispirato a quello del National Health System (NHS), che prevede:

Ciclo operativo zero: presa in carico delle segnalazioni nel più breve tempo; il NORMA ha il compito di monitorare il data-base per verificare l'inserimento di nuove segnalazioni e inserire la notifica di presa in carico della segnalazione affinché il segnalante abbia consapevolezza che la propria segnalazione è andata a buon fine.

Ciclo operativo uno: verifica del contenuto delle nuove segnalazioni e indagine su quanto accaduto attraverso la raccolta di informazioni. Questa attività è attuata dal personale NORMA, in piena autonomia operativa, grazie alle competenze acquisite con le quali sono in grado di gestire le criticità rilevate dalle segnalazioni. Gli eventi di maggior gravità o che fanno emergere elementi di criticità vengono approfonditi con gli strumenti di Risk Assessment.



Ciclo operativo due: analisi dei dati aggregati delle segnalazioni dai quali possono scaturire criticità di sistema che sono simili nei differenti contesti e quindi si possono identificare azioni correttive di sistema.

Ciclo operativo tre: implementazione di strumenti e metodi di gestione del rischio che hanno valenza prescrittiva in quanto suggeriti da organismi sovra aziendali quali, ad esempio, la Regione, il Ministero della Salute o altre organizzazioni scientifiche internazionali (OMS, JCI, NICE, CDC eccetera). In questo caso l'implementazione di tali strumenti rientra nella parte pro-attiva di gestione del rischio.

## Sistema di segnalazione degli Incident Reporting

L'Incident Reporting (IR) è un sistema strutturato di segnalazione che può essere effettuata da qualsiasi operatore della ASST Brianza, attraverso un applicativo informatico dedicato. Dal 1° gennaio 2025 il sistema di segnalazione in uso nella ASST Brianza è stato sostituito da un sistema di segnalazione regionale (HERM LOMB).

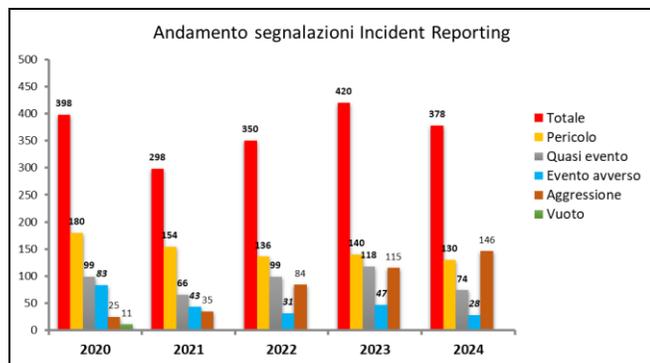
Come ogni nuovo sistema che viene introdotto presenta alcune criticità che vengono tempestivamente segnalate a Regione Lombardia.

## Dati Incident Reporting

L'andamento delle segnalazioni può variare, non necessariamente perché vi è un aumento degli IR, ma è anche legato alla maggiore o minore cultura sulla sicurezza dell'organizzazione; pertanto un incremento degli IR non è necessariamente sinonimo di un aumento degli stessi.

Gli IR sono rappresentati da:

- Eventi Avversi: cioè eventi che hanno provocato un danno al paziente (da lieve a grave);
- Eventi Sentinella: se il danno è molto grave o ha portato a decesso;
- Quasi Eventi/Near Miss: se vi è stato un errore intercettato, e pertanto non si è verificato, o che non ha provocato nessun danno;
- Pericolo: da intendersi come situazioni generiche che potrebbero svilupparsi e portare ad un Evento Avverso oppure Non Conformità relative ad aspetti amministrativi o tecnici.



L'andamento degli Incident Reporting ha registrato un decremento nel 2024 a 378 segnalazioni a fronte delle 420 dell'anno precedente. La riduzione delle segnalazioni è in parte legata al ricambio di personale degli ultimi anni e la sospensione dei corsi di formazione sul rischio del periodo Covid, che hanno portato ad una minor sensibilità e conoscenza del Risk Management. Nel 2024 sono ripresi corsi di formazione sul Rischio base.

Il dato più significativo che emerge è l'aumento delle aggressioni verso il personale.

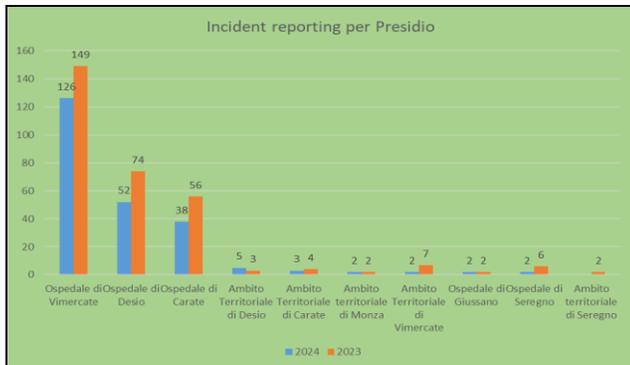
Gli eventi avversi (con danno al paziente) sono il 7% sul totale degli Incident ed il 12% se escludiamo le aggressioni verso gli operatori.

I Quasi eventi o near miss sono il 20% sul totale ed il 32% escluse le aggressioni.

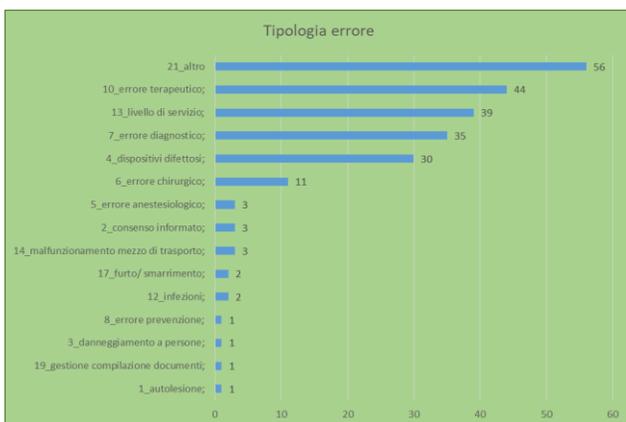
Le segnalazioni più frequenti sono i pericoli che corrispondono al 34% sul totale degli Incident e al 56% escluse le aggressioni.

TIPOLOGIA INCIDENT	% IR TOTALI	% IR SENZA AGGRESSIONI
EVENTO AVVERSO	7%	12%
QUASI EVENTO	20%	32%
PERICOLO	34%	56%
AGGRESSIONI	39%	--

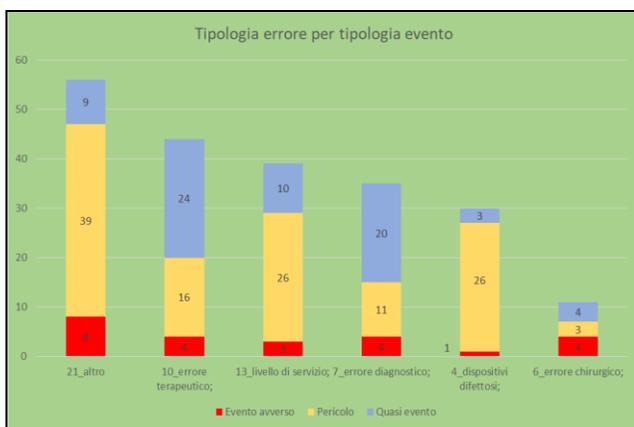
I dati successivi relativi al 2024 si riferiscono solo agli Incident Reporting (232 segnalazioni); le aggressioni sono state trattate separatamente (146 segnalazioni).



La Struttura maggiormente segnalante si conferma essere l'Ospedale di Vimercate.



Gli eventi sono stati stratificati per tipologia di errore. Si consideri che all'interno di ogni tipologia di errore si fa riferimento prevalentemente a eventi pericolosi o quasi eventi (che pertanto non hanno avuto alcun esito sui pazienti), mentre gli eventi avversi sono numericamente molto inferiori (circa il 7% sul totale).



Nella stratificazione della tipologia di errori più frequenti si evidenzia che gli eventi avversi sono rappresentati in percentuale ridotta.

L'analisi degli errori in dettaglio consente di rilevare alcune informazioni specifiche.



## Altro

*Sono qui raggruppati IR non classificabili nelle altre tipologie di errore.*

Sono stati inseriti erroneamente 4 cadute e 7 episodi di aggressione anziché inserirli nella apposita sezione.

In particolare è stato analizzato un caso di decesso di una piccola paziente in reparto, ma dall'analisi non sono state evidenziate criticità nell'assistenza.

L'organizzazione inadeguata si riferisce ad esempio a reinvii in PS di pazienti che accedono alle Case di Comunità per fare impegnative, difficoltà nella presa in carico di pazienti nel triage ostetrico che era in fase di strutturazione, variazioni dell'approccio chirurgico comunicato dopo che il personale aveva già allestito la sala.

Tra gli errori di comunicazione si rilevano episodi di ricovero da PS non comunicati tempestivamente al reparto, mancata allerta dell'infermiere reperibile durante un MET ostetrico, difficoltà a contattare alcuni medici all'interno della struttura. Sono stati segnalati arredi non adeguati (obsoleti).

## Errore terapeutico

*In questa fattispecie vengono ricompresi errori da mancata o ritardata procedura terapeutica, errori farmacologici o legati ad altre tipologie di terapia, come ad esempio errori trasfusionali, nella terapia riabilitativa, terapie non farmacologiche (ingessatura, posizionamento di sondino naso gastrico), errori di prescrizione o trascrizione, comparsa di piaghe da decubito, reazioni avverse da farmaco, accanimento terapeutico, stravasamento, errori di identificazione.*

Gli eventi avversi riguardano il malposizionamento o sposizionamento del dispositivo venoso, una reazione allergica a farmaco in paziente con anamnesi di allergia e un errore di impostazione della pompa di infusione. Le altre segnalazioni sono state quasi eventi, pertanto senza effetti sui pazienti, soprattutto legati ad errori di somministrazione di farmaci e di prescrizione, e pericoli legati a errata applicazione della procedura trasfusionale, foglietti illustrativi in lingua straniera, carenza di alcuni farmaci.

## Livello di servizio

*In questa fattispecie di errore sono individuate le situazioni di mancata o inadeguata assistenza, mancata o rifiutata presa in carico del paziente, mancato accudimento o comunicazione di rischi connessi a procedure o all'isolamento del paziente, tempi di attesa prolungati o mancata valutazione dello stato del paziente.*

Gli eventi avversi e quasi eventi segnalati sono più frequentemente legati a tempi di presa in carico lunghi. Tra i quasi eventi e i pericoli diverse segnalazioni hanno riguardato il trasporto dei pazienti presso altre strutture o mancate risposte alla chiamata su cicalino.

## Errore diagnostico

*In questa fattispecie rientrano gli errori relativi alla mancata considerazione dell'anamnesi, mancata/errata interpretazione dei segni obiettivi, degli esiti degli esami diagnostici, errori nei risultati dei test, errori di trascrizione, trasferimento presso struttura inadeguata ed errori di identificazione.*

Gli eventi avversi riguardano l'assenza di un campione biologico, la mancata segnalazione della lateralità del campione e ritardo nell'esecuzione di indagini.

I quasi eventi e pericoli sono nella metà dei casi errori di identificazione del paziente/etichettatura campioni.

Un quasi evento è stato analizzato approfonditamente anche con i colleghi di Niguarda, Monza ed AREU che, pur essendoci stato un inquadramento diagnostico tempestivo e corretto del caso, non è stata approfondita la diagnosi e pertanto si è reso necessario un trasferimento che poteva essere evitato.



## Dispositivi difettosi

In questa fattispecie rientrano i danni causati da dispositivi malfunzionanti (es. ustione da fiammata durante l'uso di elettrobisturi), interventi interrotti per malfunzionamento dispositivi (es. effettuato solo metà intervento per rottura di apparecchi o dispositivi necessari; intervento riprogrammato), carenza/assenza di dispositivi o strumenti.

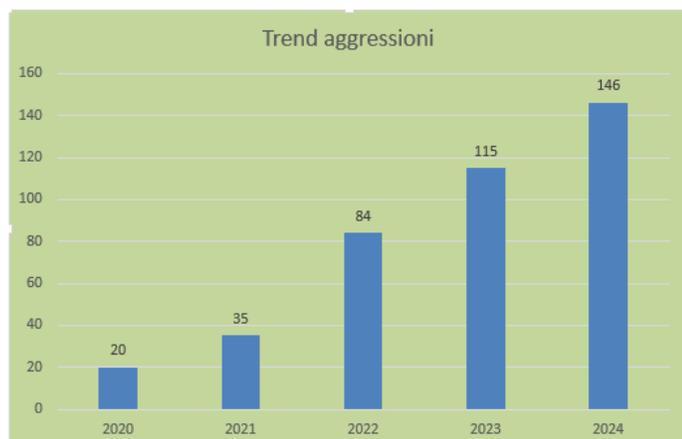
Le segnalazioni si riferiscono in particolare aghi cannula che sono stati tutti segnalati alla dispositivo vigilanza; altri strumenti difettosi sono stati termometri, provette, un resettoscopio, bilancia donatori, telefoni che non garantiscono una allerta tempestiva in caso di urgenza.

## Errore Chirurgico

In questa fattispecie rientrano i danni a seguito di piccola chirurgia o medicazioni, a seguito di esecuzione chirurgica impropria (es. lesioni nervose, vascolari, o altre sedi anatomiche), errori di lato o parte del corpo sbagliata, corpi ritenuti/estranei nel sito chirurgico, procedura errata, chirurgia non necessaria, complicanze post chirurgiche, errori di identificazione durante il processo chirurgico.

Le criticità riguardano la marcatura del sito chirurgico e la modifica della modalità operatoria rispetto a quanto pianificato in lista operatoria con ripercussioni sull'organizzazione e sui tempi dell'intervento chirurgico.

## Aggressioni verso gli operatori



Si conferma l'incremento delle aggressioni al personale negli ultimi anni.

AGGRESSIONI ASST BRIANZA		2023	2024
Variabile		TOTALE	TOTALE
Sesso	Femmina	50	94
	Non noto	48	5
	Maschio	17	47
	<b>Totale</b>	<b>115</b>	<b>146</b>
Qualifica professionale	Infermiere	71	74
	Medico	26	35
	Altro	4	5
	OSS	4	15
	Ostetrica/o	4	4

Il personale maggiormente oggetto di aggressione è il personale di sesso femminile (due terzi).

La qualifica professionale più esposta al rischio è quella infermieristica seguita da quella medica e degli Operatori Socio Sanitari.



	Ass. sociale	3	6
	Ass. Sanitario	1	0
	Amministrat.	1	5
	Tc. Radiologia	1	2
	<b>Qualifica</b>	<b>115</b>	<b>146</b>
<b>Fascia oraria</b>	Mattina	50	68
	Pomeriggio	42	49
	Sera/Notte	23	29
	<b>Fascia oraria</b>	<b>115</b>	<b>146</b>
<b>Setting</b>	Area di Degenza	36	36
	Pronto Soccorso	34	39
	SPDC	14	15
	Ambulatorio	10	11
	Aree comuni	1	3
	<b>Ospedale</b>	<b>95</b>	<b>104</b>
	Servizi per le Dipendenze	6	21
	Case/Ospedali di Comunità	6	2
	Ambulatori territoriali	5	9
	Serv.Psich. Terr.	2	7
	RSA / Residenze Protette	1	3
	<b>Territorio</b>	<b>20</b>	<b>42</b>
	<b>Azienda totale</b>	<b>115</b>	<b>146</b>
	<b>Tipo aggressione</b>	Verbale	82
Fisica		28	42
Contro proprietà		5	0
<b>Tipo aggressione</b>		<b>115</b>	<b>146</b>
<b>Tipo aggressore</b>	Utente / Paziente	69	107
	Parente / caregiver / conoscente	32	37
	Estraneo	8	2
	Non noto	6	0
	<b>Tipo aggressore</b>	<b>115</b>	<b>146</b>

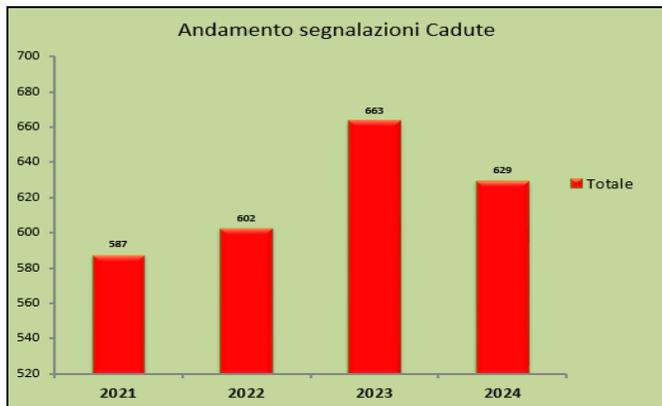
La fascia oraria più critica risulta essere quella della mattina, forse per la riduzione del personale e dei servizi disponibili durante la notte che rallentano alcune indagini diagnostiche/consulenze e favoriscono la permanenza per un periodo più lungo in PS.

Gli eventi sono in incremento in particolare in Pronto Soccorso, Psichiatria, ma anche in altre aree di ricovero oltre che sul territorio, in particolare nei servizi per le dipendenze.

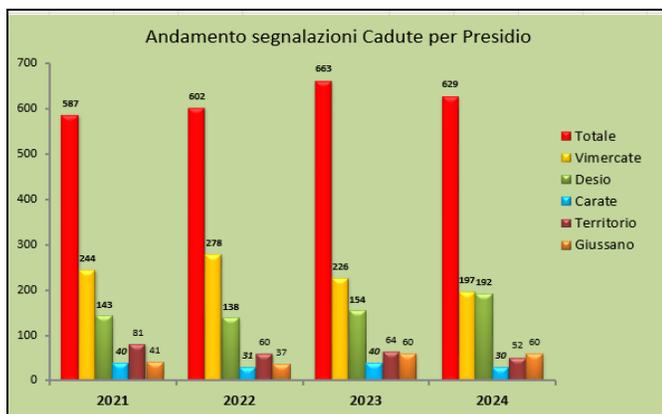
Nella maggior parte dei casi le aggressioni sono di tipo verbale ma in una discreta percentuale sono segnalate anche aggressioni fisiche, in aumento rispetto allo scorso anno (29%). Inoltre gli infortuni per aggressione sono stati 13 per un totale di 215 giornate.

Nei tre quarti dei casi l'aggressore è il paziente/utente.

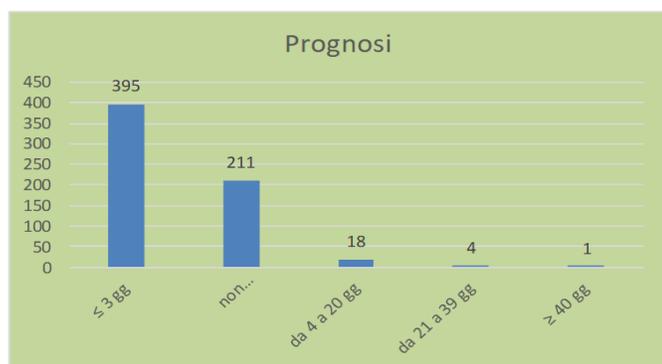
## Caduta Pazienti



Nel 2024 sono state effettuate 629 segnalazioni di caduta, con un lieve decremento rispetto all'anno precedente.



Si evidenzia un incremento presso l'Ospedale di Desio, ed un decremento presso Vimercate, Carate e Territorio.



Il 63% delle segnalazioni di caduta riporta una prognosi definitiva inferiore ai 3 giorni; di queste 343 sono di zero giorni (55% sul totale). È presente una elevata percentuale (34%) di cadute che non hanno una prognosi definitiva (in attesa di accertamenti) o che non è stata inserita (vuoto).



Le Unità Operative nelle quali avvengono il maggior numero di cadute sono l'area psichiatrica (Strutture residenziali per disabili, SPDC, strutture territoriali e NPI), le Medicine; a decrescere altre Strutture a cui afferiscono pazienti con maggiori rischi legati alle patologie (neurologiche, cardiologiche) e/o all'utilizzo di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.



## Eventi sentinella

L'Azienda inserisce gli eventi sentinella nel sito internet SIMES del Ministero della Salute.

Dal 2016 ad oggi sono stati registrati 13 eventi sentinella. Nel 2024 sono stati trattati 3 ES di cui uno avvenuto nel 2023.

Un evento si riferisce a "Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)", che ha portato all'individuazione di alcune azioni di miglioramento: revisione processo di inserimento in lista d'attesa per intervento dei pazienti, in fase di ultimazione; revisione procedura sulla marcatura del sito chirurgico e dell'istruzione sulla applicazione della check list preintervento che verranno revisionate nel corso dell'anno 2025.

Un evento si riferisce a "morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore" per il quale, a seguito dell'aggressione una infermiera ha subito la frattura di omero; è stato discusso con tutta l'equipe e, pur non avendo individuato una causa che poteva prevenire l'evento, è emersa la necessità di rendere la comunicazione più efficace evitando di sottostimare la percezione del rischio.

Il terzo evento riguarda la "perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione". Analizzando l'evento sono emerse alcune criticità nel percorso del campione istologico; pertanto è stata fatta una analisi del processo e sono stati evidenziati elementi di rischio che sono stati contenuti con le opportune azioni di mitigazione.

Tutti gli eventi sono stati analizzati con i Direttori/Responsabili e Coordinatori delle Strutture coinvolte e gli esiti diffusi al personale.

## Attività di miglioramento e progetti di gestione del rischio

Nel corso dell'anno 2024 sono stati programmati tre progetti di gestione del rischio.

### Progetto 1: Implementazione Healthcare Enterprise Risk Management

All'interno delle aziende sanitarie storicamente ci si è concentrati ad analizzare e gestire i rischi secondo un modello a silos; Regione Lombardia ha sviluppato un modello di analisi trasversale ai diversi processi, includendo anche i processi non sanitari, affinché vi sia una visione integrata dei rischi aziendali. L'HERM (Healthcare Enterprise Risk Management) è un sistema sinergico finalizzato a individuare, valutare e gestire i rischi al fine di preservare la creazione di valore in maniera sostenibile nel lungo periodo, conseguendo gli obiettivi strategici e operativi.

L'HERM mira a garantire che le organizzazioni siano consapevoli dei rischi, sviluppino strategie per mitigarli e siano pronte ad affrontarli in modo efficiente. Una gestione efficace dei rischi contribuisce in modo significativo al successo complessivo delle aziende sanitarie, migliorando la qualità dell'assistenza, riducendo i costi e garantendo una gestione sostenibile nel lungo termine.

L'obiettivo del progetto PARM era, in linea con le indicazioni regionali, l'individuazione dei rischi legati ai processi oggetto dell'analisi, evidenziare le cause e gli effetti, valutare i controlli messi in atto per la mitigazione del rischio, predisporre indicatori e un piano di trattamento per la mitigazione dei rischi residui secondo le priorità che emergeranno dalla analisi. Le strutture individuate dalla Direzione Strategica sono state: Farmacia, Bilancio e Rendicontazione, Ufficio Relazioni col Pubblico.

### Progetto 2: Identificazione e gestione della Sepsis e dello shock settico

La sepsi grave e lo shock settico rappresentano "emergenze mediche" che richiedono interventi precoci multidisciplinari, dove il tempo di azione è decisivo. Le prime ore ("golden hours") giocano un ruolo chiave nella prognosi dei pazienti con sindrome settica. I fattori chiave in grado di determinare un significativo impatto sul decorso della sepsi e dello shock settico che si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per shock settico fino al 18% sono:

- La tempestività dell'identificazione dei pazienti con sepsi grave (diagnosi precoce);
- La tempestività dell'intervento terapeutico (inizio della terapia antibiotica e fluidica);
- L'aderenza degli interventi alle indicazioni delle linee guida della sepsi.



Da queste premesse scaturisce l'importanza di definire un percorso codificato che focalizzi l'attenzione sui comportamenti di primo intervento di provata efficacia che rappresentano i passaggi fondamentali nel percorso clinico-assistenziale del paziente con sospetta e/o accertata sepsi o shock settico.

Il progetto, articolato su due anni (2023-2024), ha pertanto lo scopo di ridefinire le modalità di riconoscimento e trattamento precoce della sepsi oltre che una raccolta e analisi di dati aziendali. Dopo la redazione della procedura per la gestione della sepsi, è stata modificata la scala di rilevazione dello stato del paziente. Durante il 2024 sono stati rivisti anche i documenti sulla sepsi ostetrica e pediatrica.

Sono stati condotti corsi di formazione sia per la sepsi adulto sia specifici per quella ostetrica e pediatrica.

Sono stati inoltre individuati gli indicatori e raccolti i dati degli anni precedenti e/o di letteratura e redatta una relazione per la Direzione Strategica. Gli indicatori hanno consentito di individuare le azioni di mitigazione del rischio come, ad esempio, migliorare l'esecuzione dell'emocoltura.

### Progetto 3: Ampliamento Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA)

Il Nucleo Operativo Risk Management aziendale (NORMA) è un gruppo di professionisti di diverse qualifiche che supportano il Risk Management nella gestione degli Incident Reporting e dei progetti; nel corso del tempo il NORMA si è notevolmente ridotto numericamente. Si è reso pertanto necessario ricostituire un gruppo più consistente con personale che abbia motivazione ed interesse a collaborare a queste attività. Nel 2024 è stata realizzata una formazione con attività teorico pratiche sulla analisi e gestione degli Incident Reporting e gli strumenti in uso per la gestione del rischio, che ha visto una larga partecipazione.

Inoltre sono in corso ulteriori progetti regionali:

#### Trigger Ostetrico Neonatali

I trigger sono eventi avversi che necessitano approccio assistenziale avanzato e che potenzialmente mettono in pericolo la salute della madre o del bambino. Come per gli altri eventi critici possono dare un esito alla mamma o al bambino o possono essere trattati precocemente per evitare esiti avversi.

I trigger sono stati registrati nel sistema CEDAP secondo le tempistiche definite da Regione Lombardia.

I trigger sono stati oggetto di diffusione e discussione all'interno di un corso di formazione dell'area ostetrica. Inoltre è stato organizzato un convegno dall'area ostetrico-neonatale dell'IRCCS Monza a cui ASST Brianza ha partecipato, con l'obiettivo di presentare i dati sui trigger delle due strutture e di mettere in comune criticità e azioni di miglioramento.

I trigger che si sono maggiormente presentati o che sono leggermente al di sopra del dato regionale, sono stati oggetto di analisi dettagliata ed individuazione di azioni di mitigazione del rischio; in particolare le emorragie > 1500 ml, lacerazioni di 3° grado e la distocia di spalla.

ASST Brianza	Trigger/CEDAP	Lombardia 2019 *	Letteratura *
TRIGGER TOTALE	7,94%		
MORTE_MATERNA	0,00%	0,00%	8,9 per 100.000 nati vivi
DISTOCIA_DI_SPALLA	0,41%	0,23%	0,2-3%
EMORRAGIA_MAGG_1500_ML	1,17%	1,02%	3%
RITORNO_SALA_OPERATORIA	0,52%	0,29%	-
ECLAMPSIA	0,00%	0,02%	0,05%
ISTERECTOMIA_E_ALTRE	0,03%	0,09%	0,08%
COMPLICANZE_DA_EPIDURALE	0,55%	0,08%	0,76%
TROMBOEMBOLISMO	0,00%	0,00%	0,10%
RICOVERO_IN_TERAPIA_INTENS	0,10%	0,18%	7,40%
LACERAZIONI_3_4_GRADO	1,82%	0,63%	3,3 % (3° grado) - 1,1 % (4° grado)
VENTOSA_FORCIPE_NO_SUCCESSE	0,14%	0,10%	2,9-6,5 %
ROTTURA_UTERO	0,03%	0,05%	0,71%
TEMPO_MAGG_30_MIN_TC_EMERG	0,00%	0,00%	-



ASST Brianza	Trigger/CEDAP	Lombardia 2019 *	Letteratura *
RITENZIONE_GARZA_STRUMENTO	0,00%	0,02%	-
PARTO_A_DOMICILIO_NO_PIAN	0,27%	0,13%	-
PARTO_NON_ASSISTITO	0,10%	0,05%	-
NATI_MORTI_MAGG_500G_23_SETT	0,07%	0,16%	0,18%
MORTE_INTRAPARTUM	0,03%	0,01%	0,01%
TRAUMA_ALLA_NASCITA	0,38%	0,08%	0,06/0,08%
PH_CORDONE_OMBELICALE	0,82%	0,38%	0,50%
SGA_INASPETTATO_A_TERMINE	0,65%	0,50%	5,70%
NATO_NO_MALF_RICOVERATO_TIN	0,62%	0,99%	-
ANOMALIE_FETALI_NON_DIAGN	0,21%	0,44%	-
CEDAP	100,00%	-	-

\*Report Triggers materno fetali: raccolta dati 2016-2019 (Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente)

### Sorveglianza della mortalità perinatale

È in corso il progetto regionale “Sorveglianza della mortalità perinatale”, che prevede l’analisi di tutti i decessi dalla 22° settimana di gestazione ai 29 giorni post partum. Nella ASST Brianza si sono verificati 7 eventi di cui 5 Morti Endouterine Fetali (MEF) e due decessi neonatali. Tutti i casi sono stati analizzati con metodologia Significant Event Audit (SEA) e sono state pianificate attività di mitigazione del rischio in caso di criticità rilevate; le attività di miglioramento riguardano:

- Definizione del percorso STAM condiviso con l’Hub di riferimento (IRCCS Monza);
- Definizione del percorso dell’esame istologico delle placente per garantire una maggiore tempestività ritorno ai clinici in caso di MEF o decesso del neonato;
- Coinvolgimento e diffusione delle analisi a tutto il personale dei punti nascita e neonatale.

### Check list contenzione psichiatria

La compilazione della check list ha lo scopo di verificare il grado di implementazione delle raccomandazioni contenute nel documento “Indicazioni regionali per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza lombardi” (2018), di favorire la conoscenza condivisa e l’approfondimento dei fattori organizzativi di rischio e di protezione correlati all’evento “contenimento meccanica” oltre che stimolare le équipes al miglioramento continuo attraverso l’individuazione di obiettivi quantificabili e verificabili. La check list è stata applicata all’SPDC di Vimercate e di Desio.

### Altri progetti

Anche nel 2024 la Struttura Qualità e Risk Management ha supportato le Strutture nella valutazione dei processi, nella strutturazione di azioni di miglioramento anche attraverso la partecipazione a tavoli aziendali (Comitato Buon Uso del Sangue, Internal Auditing, Comitato Infezioni Ospedaliere, Tavolo per l’implementazione degli armadi farmaceutici informatizzati nei reparti, Gruppo Aziendale Dedicato alla prevenzione aggressioni verso il personale).

### Formazione del personale

Nel corso dell’anno 2024 è proseguito un corso FAD “Prevenzione e gestione delle aggressioni a personale sanitario”, già proposto nei due anni precedenti, che nel complesso ha avuto una notevole partecipazione.

È stato inoltre organizzato il corso “Curare e prevenire le conseguenze psicologiche di un evento stressante”. Questi corsi sono nati dall’esigenza di fornire strumenti per la prevenzione e gestione delle aggressioni da parte degli utenti, ma anche per una condivisione dei vissuti delle persone aggredite che possono avere uno spazio di confronto con un professionista.

Si è conclusa la predisposizione del corso FAD sulla Manipolazione delle forme orali solide che verrà proposto nel 2025.



Il corso sulla **responsabilità dei sanitari**, svolto in due edizioni, ha avuto una ottima partecipazione e una buona valutazione da parte dei discenti.

Sono state organizzate 3 edizioni del corso sul **rischio base**; anche in questo caso c'è stata un'ottima partecipazione e valutazione, segno della necessità del personale di formarsi sui temi della gestione del rischio, corsi sospesi durante il periodo Covid, in cui c'è stato anche un ricambio importante di professionisti.

Sono stati effettuati, come già descritto, due corsi sulla **sepsi** per adulti che hanno avuto un'ottima partecipazione e valutazione; inoltre per la parte ostetrica si sono svolte ulteriori due edizioni con una partecipazione del 70%. Per la parte pediatrica il tema sepsi è stato trattato all'interno di altri corsi relativi all'uso appropriato della terapia antibiotica e la corretta interpretazione dell'antibiogramma.

Per completare la formazione prevista con i fondi PNRR sulle ICA, il Risk Management ha partecipato a tutti gli incontri con un intervento per illustrare il nuovo applicativo HERMLomb che è stato adottato nella ASST Brianza dal 1° gennaio 2025.

Il Risk Management ha partecipato alla strutturazione del corso FAD sul PANFLU, aperto alla fruizione durante l'anno 2024.

Inoltre la partecipazione al Convegno "Aggressioni al personale sanitario" organizzato dalla ASST Brianza, ha consentito di illustrare i dati sulle aggressioni al personale raccolti negli ultimi anni e condividere la dimensione del fenomeno.

### **Gestione Documentale**

La revisione dei documenti della qualità ha richiesto un impegno molto oneroso durante tutto l'anno da parte della Struttura Qualità e RM che ha supportato le strutture costantemente oltre a mantenere aggiornato il Sistema di Gestione dei Documenti Aziendali.

Vimercate, lì 18.03.2025