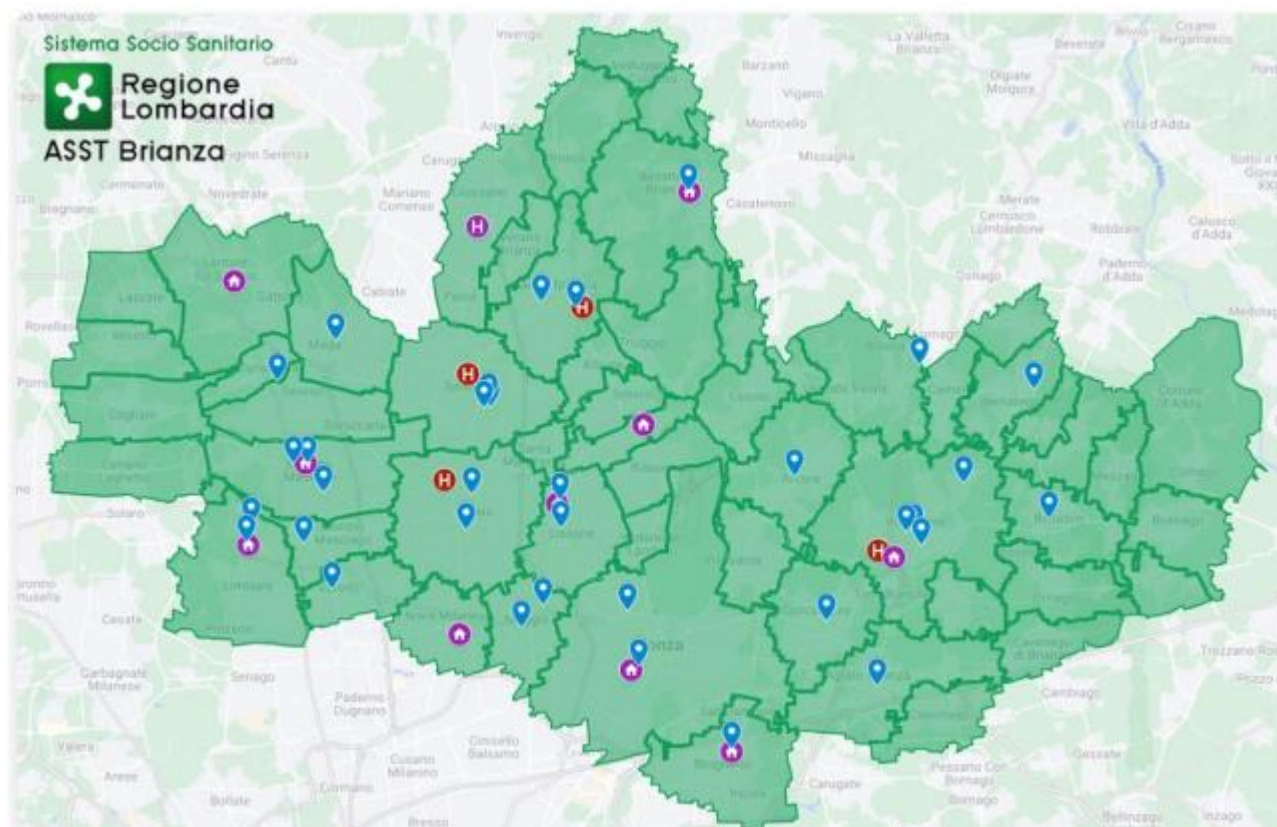




Relazione consuntiva sugli eventi avversi Anno 2025

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

Marzo 2026

**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
Implementazione del nuovo sistema di segnalazione regionale (HERMLomb)	4
Incident Reporting	5
Caduta Pazienti	6
Eventi avversi	7
Near miss e near miss trasfusionali	8
Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	8
Eventi sentinella	8
Aggressioni verso gli operatori	9
Sinistri	10
Attività di miglioramento e progetti di gestione del rischio	12
Processo di Pronto Soccorso: analisi e miglioramento	12
Sicurezza del paziente nel percorso chirurgico	12
Altri progetti	13
Implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM)	13
Progetto sepsi	13
Sorveglianza mortalità neonatale	13
Trigger ostetrico-Neonatali	13
Check list contenzione psichiatria	13
Qualità	14
Progetto Rete Referenti Qualità	14
Revisione documenti	14
Software gestione documenti qualità	14
Audit	14
Certificazione UNI EN ISO 9001:2015	14
Formazione del personale	15
Gruppo di Coordinamento e Comitato Valutazione Sinistri	15

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 inappropriatezza 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 2025 nei diversi ambiti aziendali e le azioni di miglioramento messe in atto a livello di sistema ed i progetti 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-HFMEA-HERM.
- Progettazione e realizzazione di eventi di formazione del personale sanitario e non 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 del 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.

Le indicazioni regionali inserite nelle Regole di Sistema e nelle Linee Operative di Risk Management, individuano le strategie di intervento. Inoltre dal 2025 è stato introdotto un sistema di segnalazione degli incident reporting regionale.

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 (Carate Brianza, Desio, Vimercate), 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 stato attivato un Ospedale di Comunità e 13 Case della comunità.

Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA)

Oltre allo staff della SS Qualità e Risk Management, è stato costituito il Nucleo Operativo Risk Management Aziendale (NORMA) che supporta il Risk Manager nelle attività di gestione del rischio. Nel 2024 è stata effettuata la formazione degli operatori coinvolti sul rischio base e la gestione degli eventi avversi; nel 2025 il NORMA è stato operativo nella gestione degli incident reporting anche se costantemente affiancato da personale esperto affinché il personale del gruppo acquisisca progressivamente le skills necessarie.

Il NORMA ha avuto un ruolo centrale nella presa in carico e gestione degli incident reporting.

Implementazione del nuovo sistema di segnalazione regionale (HERMLomb)

Dal 1° gennaio 2025 è stato introdotto il nuovo sistema regionale di segnalazione, sostituendo in toto il software in uso. In una prima fase si sono presentate alcune criticità, tra cui anche la difficoltà di accesso del personale poiché in buona parte non era stato profilato. Il personale ha inoltre incontrato qualche difficoltà nell'inserimento degli incident reporting; attraverso le segnalazioni tempestive al fornitore e a Regione Lombardia, le problematiche si sono in buona parte risolte.

Sono stati fatti numerosi incontri di formazione/informazione sulla nuova modalità di segnalazione e sull'uso dell'applicativo per un totale di 2175 operatori sanitari formati.

È stata implementata anche la sezione Audit come previsto negli obiettivi.

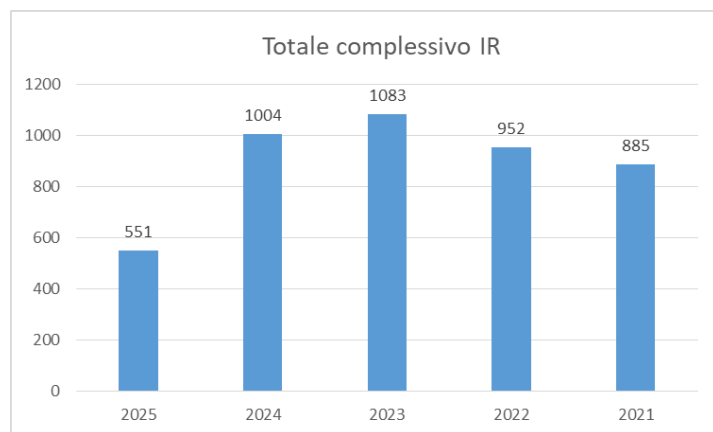
Incident Reporting

Il software HERMLomb è strutturato in modo da supportare l'operatore segnalante nell'identificazione più corretta della tipologia di evento.

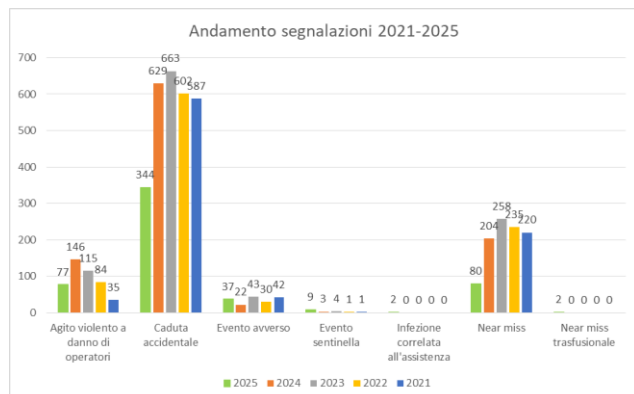
L'introduzione di HERMLomb ha comportato:

- Una riduzione delle segnalazioni (circa il 45%) dovuta ad una fase di rodaggio e acquisizione di confidenza con il nuovo strumento;
- Profilazione del personale da parte di ARIA spa che si è conclusa alla fine del 2025; per tale ragione il personale non poteva accedere al sistema;
- Criticità della struttura del sistema stesso: nel corso dell'anno si sono presentate numerose criticità, prontamente segnalate e che hanno comportato numerosi rilasci del sistema e pertanto modifiche in corso di utilizzo;
- Incongruenze con il POAS inserito nel sistema rispetto al POAS attuale: non corrispondenza nelle strutture o assenza di molte strutture in parte non ancora implementate. È in corso un tavolo di lavoro regionale, di cui ASST Brianza fa parte, per ristrutturare questa sezione del sistema;
- Campi previsti non obbligatori: l'estrapolazione dei dati risulta incompleta in alcune parti con difficoltà di aggregazione (es. prognosi cadute mancanti); pertanto si rende difficoltoso il confronto dei dati con gli anni precedenti e una analisi con dati aggregati.

Gli Incident Reporting 2025 sono stati globalmente 589 di cui 38 "rifiutati"; pertanto l'analisi degli IR verterà sui 551 eventi effettivi.



Nonostante la riduzione delle segnalazioni, il personale della ASST Brianza ha una sensibilità alla segnalazione degli IR e pertanto si attende un nuovo incremento nel 2026, anche a fronte della formazione sul Risk Management che è ripresa dal 2024.



Il dato più significativo che emerge è la notevole riduzione delle cadute dei pazienti.

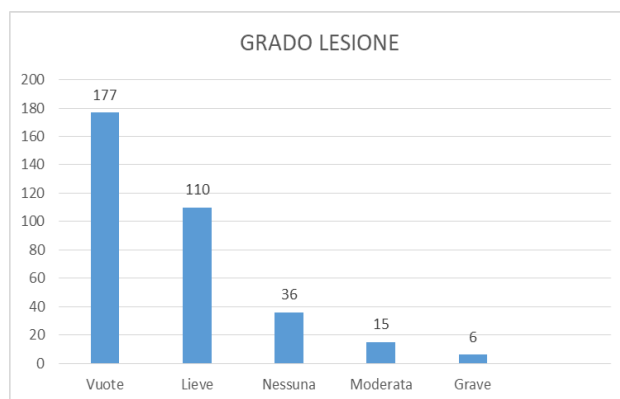
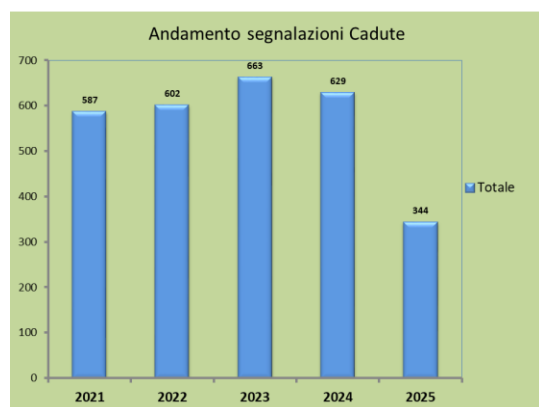
Gli eventi avversi hanno mantenuto un trend costante rispetto agli anni precedenti, mentre i near miss hanno visto una riduzione che può essere spiegata con una migliore appropriatezza della segnalazione; infatti nel 2024 il 34% delle segnalazioni erano "Pericoli" cioè situazioni ritenute potenzialmente pericolose ma che non erano effettivamente near miss.

Anche gli agiti aggressivi verso il personale hanno avuto una riduzione del 53%.

Gli eventi sentinella segnalati sono 9, seppur non tutti sono effettivamente tali.

Caduta Pazienti

Nel 2025 sono state effettuate 344 segnalazioni di caduta; anche per le cadute si conferma un importante decremento. Le criticità nella segnalazione delle cadute sono legati oltre alla mancata profilazione di moltissimi infermieri anche alla difficoltà di segnalazione congiunta medico-operatore sanitario legata alla struttura del software.



Il 51% delle segnalazioni di caduta non ha registrato una prognosi. Nel corso dell'anno questo campo ha subito diverse modifiche di sistema, pertanto risulta anche il grado di lesione "nessuna" che sommato ai precedenti porta ad una percentuale complessiva del 63% di cadute senza lesioni.

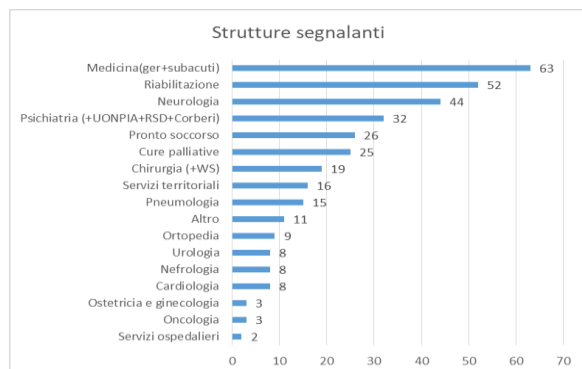
Il 32% delle segnalazioni di caduta riporta una prognosi definitiva inferiore ai 3 giorni.

Solo il 5% delle cadute ha comportato una grado di lesione da moderato a grave.

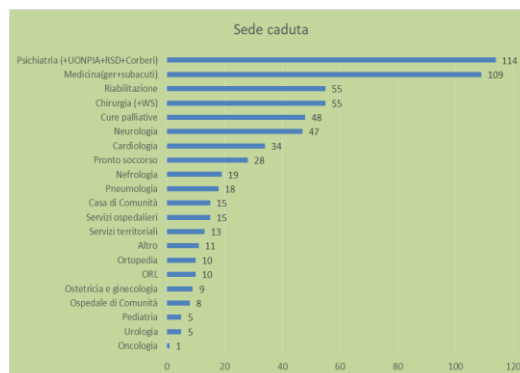
Le Unità Operative che mantengono un numero di segnalazioni paragonabili al 2024 sono le riabilitazioni, i pronto soccorso, le nefrologie, la pneumologia e le strutture territoriali.

C'è stata una massiccia riduzione delle segnalazioni, in parte dovuta alle cause già descritte, nelle medicine (ridotte ad 1/3), nell'area psichiatrica e nell'area territoriale, comprese le case di comunità.

Anno 2025



Anno 2024

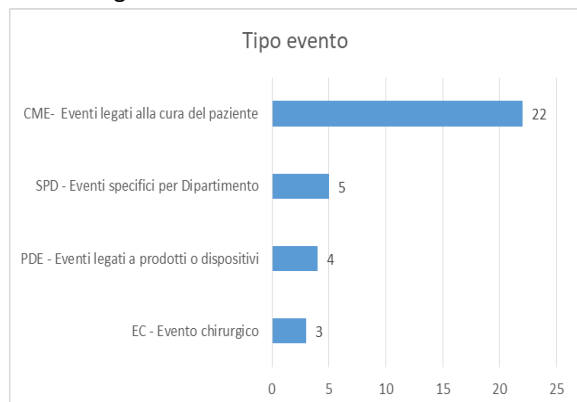


Eventi avversi

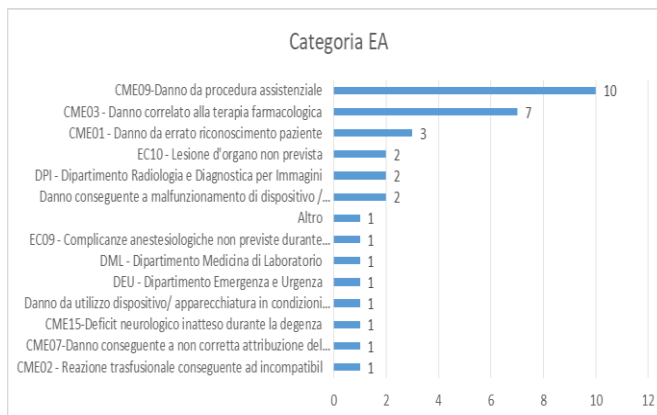
Gli eventi avversi sono stati 34 in linea con gli anni precedenti.

Il 65% degli EA sono legati alla cura del paziente, in particolare a danni da procedura assistenziale o alla terapia farmacologica.

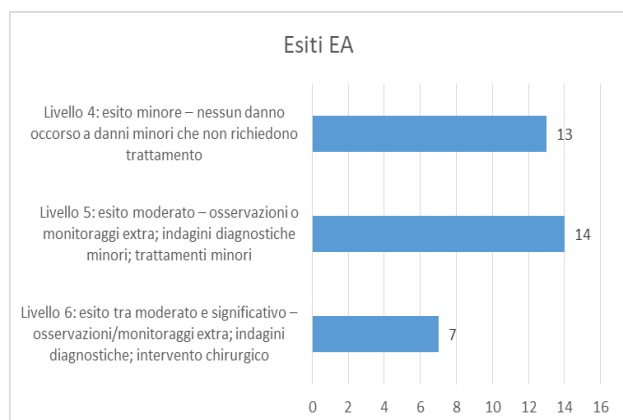
Tipo evento



Categoria EA

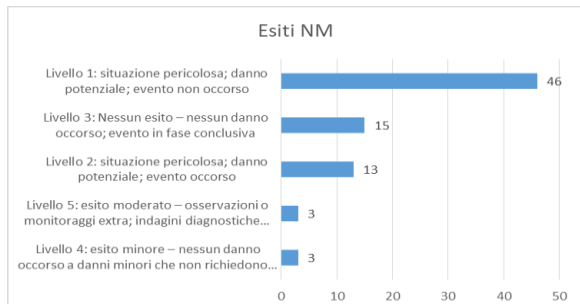


Esiti EA



Nella maggioranza dei casi gli esiti sono stati tra minore e moderato e hanno richiesto nessun trattamenti o interventi minori. 7 EA hanno richiesto indagini diagnostiche più invasive o interventi maggiori.

Near miss e near miss trasfusionali



Come già anticipato i NM hanno avuto un notevole decremento probabilmente dovuto anche ad una migliore attribuzione della tipologia di evento (in passato venivano segnalati numerosi “pericoli”).

Sono stati 80 NM e 2 NM trasfusionali.

È possibile aggregare i dati sugli esiti anche se compaiono le voci “Esito minore-livello 4” ed “Esito moderato-livello 5” che sono livelli previsti per gli eventi avversi.

I 2 NM trasfusionali sono stati errori di etichettatura della provetta gruppo sanguigno e di identificazione del paziente, intercettati dal laboratorio e non hanno avuto esiti sul paziente.

Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)

Un evento è stato segnalato per una infezione del sito chirurgico per un detenuto operato presso altra azienda a cui è stato segnalato. L’altro caso è relativo a una parassitosi che è stata trattata.

Eventi sentinella

Tutti gli eventi sono stati analizzati con i Direttori/Responsabili e Coordinatori delle Strutture coinvolte e gli esiti diffusi al personale. 2 segnalazioni sono state accettate erroneamente come eventi sentinella prima di essere analizzate e non sono successivamente risultate tali; questa criticità è legata al sistema di segnalazione.

- Alcuni ES erano relativi alla preparazione di chemioterapici; l’analisi degli eventi hanno portato all’individuazione delle criticità alla base del loro verificarsi, tra cui il notevole incremento dell’attività, il numero e tipologia di chemioterapici che nel tempo è aumentato, la presenza di farmaci look alike, in parte alla situazione organizzativa, procedurale e di relazioni critiche nella struttura, ma soprattutto alla assenza di un supporto informatizzato della fase di preparazione dei chemioterapici. Tra le azioni correttive poste in essere è stata rivista l’organizzazione del lavoro con una redistribuzione delle attività, revisionata la procedura di allestimento dei chemioterapici, effettuata la formazione del personale, inviata una relazione alla Direzione Strategica per l’acquisizione di un supporto informatizzato e/o robotico a supporto delle attività di allestimento.
L’acquisizione dello strumento richiede tempi molto lunghi, pertanto i correttivi posti in essere certamente hanno e porteranno ad un miglioramento ma non saranno esaustivi.
- 2 ES riguardano suicidio/tentato suicidio nella casa circondariale di Monza; tra le azioni correttive messe in atto vi sono la redazione di una istruzione operativa con tempi e modalità di rivalutazione del rischio suicidario per il rischio medio/alto e recepimento del modulo valutazione rischio suicidario, l’accesso alla cartella informatizzata del carcere al personale di altra azienda che svolge attività relativa alla valutazione psicologica e psichiatrica in casa circondariale, introduzione del diario infermieristico per i detenuti attenzionati/tracciamento nel diario informatizzato.
- 1 ES riguarda il deterioramenti di campioni cito-istologici in anatomia patologica dovuto ad un errore di processazione; il maggior numero di campioni si riferiva a pezzi operatori o biopsie semplici routinarie; la diagnosi è stata fatta compatibilmente con gli artefatti. I campioni di dimensioni maggiori sono stati ricampionati ulteriormente e ritipizzati ove necessario. In due casi è stato necessario ripetere la procedura bioptica a conferma della negatività

del primo referto per un caso e per consentire il profilo immunofenotipico e le indagini molecolari per l'altro. In un unico caso, non avendo materiale sufficiente per ricampionare la lesione, si è consigliato uno stretto follow-up.

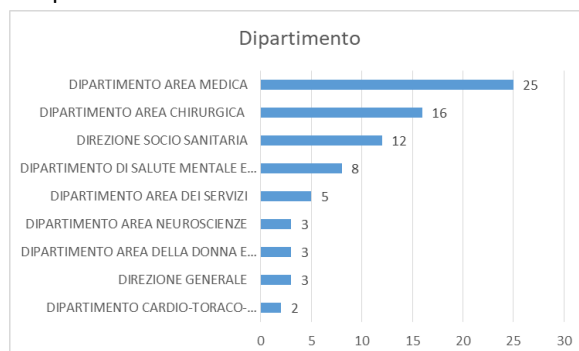
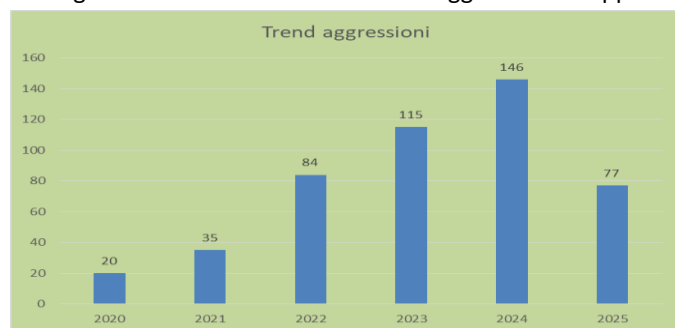
Tutti i campioni sono stati analizzati con priorità e, nonostante l'evento critico, hanno avuto una diagnosi istologica (tranne un caso).

Tra le azioni correttive individuate vi è la sostituzione del processore obsoleto con uno che possieda alert specifici, una migliore identificazione dei flaconi e alloggiamenti dei liquidi del processore, la riorganizzazione del lavoro attraverso la redazione di un documento "procedure di accettazione, campionamento e processazione nella sc di anatomia patologica" nel quale sono dettagliate tutte le fasi del processo compresa la manutenzione dello strumento, la predisposizione di piani di inserimento per i neoinseriti.

Aggressioni verso gli operatori

Il trend delle aggressioni, rispetto agli anni precedenti è in discesa, in parte certamente legato all'introduzione di HermLomb e alle criticità sopra esposte, in parte è possibile ipotizzare che le strategie implementate nel corso degli ultimi anni (formazione, miglioramento delle informazioni all'utenza, introduzione del flow manager e medico di area in PS a Vimercate) abbiano contribuito a contenere il fenomeno.

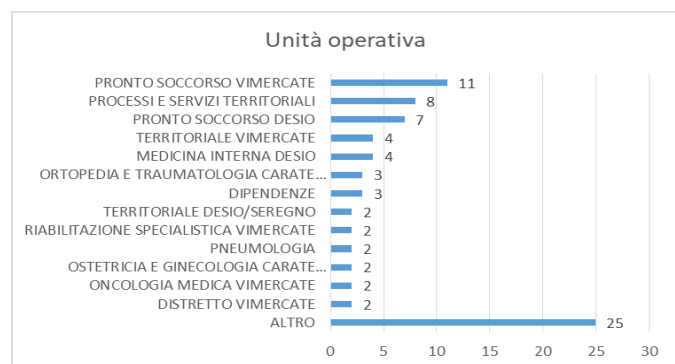
I dipartimenti maggiormente interessati nei presidi ospedalieri sono l'area medica, che include i Pronto Soccorso, e l'area chirurgica. Nell'area territoriale sono maggiormente rappresentate le dipendenze.



I Pronto Soccorso restano le strutture che segnalano maggiormente anche se hanno visto una consistente riduzione rispetto allo scorso anno.

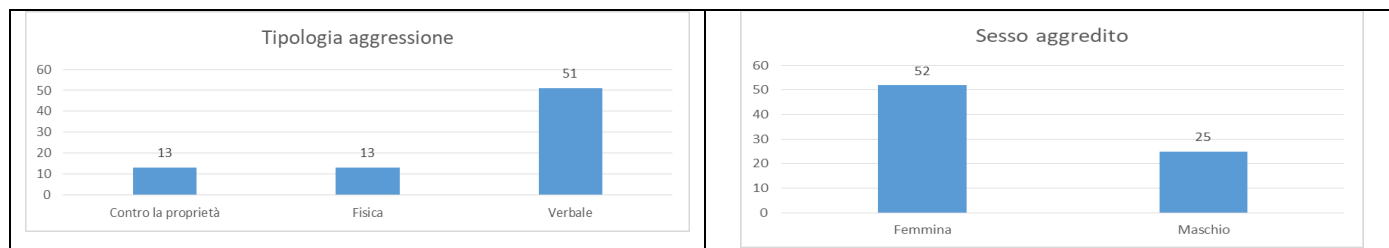
Nella Direzione Socio Sanitaria sono segnalate le aggressioni dell'area territoriale escluse le dipendenze.

Sono stati aggregate le UUOO con una singola segnalazione.



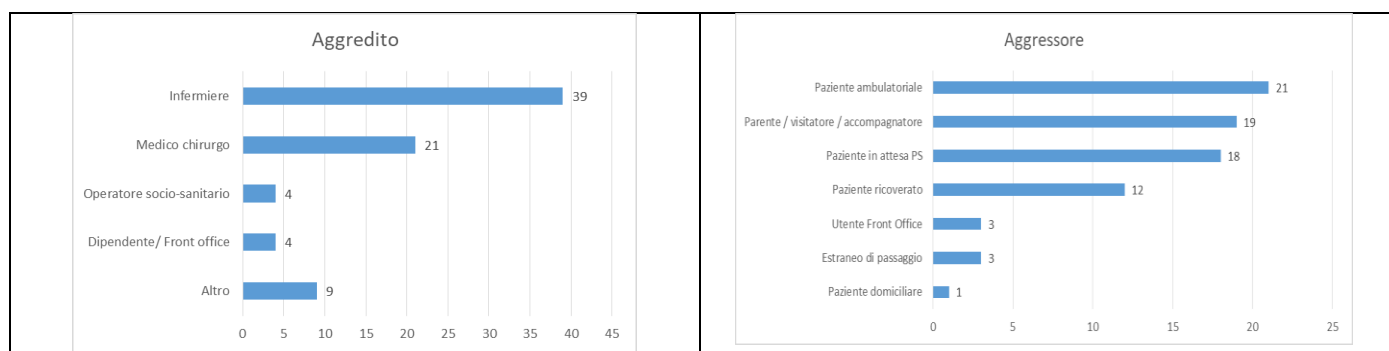
Le aggressioni verbali sono maggiormente rappresentate.

Come gli anni precedenti, si conferma che il sesso femminile è maggiormente oggetto di aggressioni.



Si conferma inoltre che gli infermieri sono gli operatori maggiormente aggrediti, ma anche il personale medico è in aumento rispetto al passato per una maggiore sensibilità alla segnalazione.

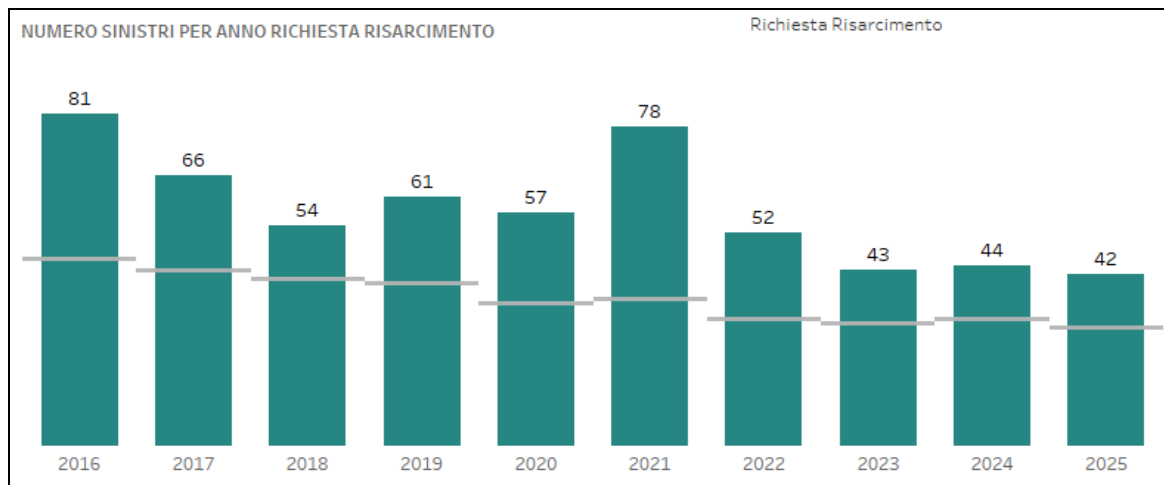
Le categorie di aggressore riguardano prevalentemente pazienti/utenti; sono rappresentati per il 25% anche accompagnatori e caregivers.



Gli **infortuni** per aggressione sono stati 13 per un totale di 158 giornate (in riduzione rispetto al 2024).

Sinistri

La Risk Manager partecipa agli incontri CVS all'interno dei quali vengono analizzati i sinistri. Alcune richieste risarcitorie provengono da pazienti/aventi diritto anche a seguito di eventi avversi segnalati e gestiti dal Risk. In alcuni casi sono già poste in essere azioni di miglioramento qualora fossero state riscontrate criticità. In altri casi è in sede di CVS che emergono situazioni che meritano un approfondimento ma che non erano state segnalate dagli operatori. Dai dati raccolti tramite sistema regionale emerge un decremento delle richieste di risarcimento nel corso degli anni e una stabilizzazione nell'ultimo triennio.



I sinistri provengono prevalentemente dall'area chirurgica e dal Pronto Soccorso; si segnala un lieve incremento di sinistri nell'area psichiatrica mentre viene confermato il decremento nell'area ostetrico-ginecologica.

Numero sinistri per disciplina

AREA DISCIPLINA	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIRURGIA	34,6%	30,3%	59,3%	45,9%	56,1%	44,9%	26,9%	30,2%	43,2%	45,2%
	28,00	20,00	32,00	28,00	32,00	35,00	14,00	13,00	19,00	19,00
MEDICA	6,2%	13,6%	9,3%	4,9%	14,0%	16,7%	19,2%	9,3%	11,4%	11,9%
	5,00	9,00	5,00	3,00	8,00	13,00	10,00	4,00	5,00	5,00
OSTETRICA E GINECOLOGICA	13,6%	13,6%	9,3%	6,6%	3,5%	5,1%	7,7%	18,6%	2,3%	2,4%
	11,00	9,00	5,00	4,00	2,00	4,00	4,00	8,00	1,00	1,00
PEDIATRICA	1,2%	1,5%				1,3%		2,3%		2,4%
	1,00	1,00				1,00		1,00		1,00
PRONTO SOCCORSO	21,0%	27,3%	11,1%	24,6%	17,5%	24,4%	38,5%	37,2%	38,6%	28,6%
	17,00	18,00	6,00	15,00	10,00	19,00	20,00	16,00	17,00	12,00
PSICHIATRICA	2,5%			1,6%			1,9%		4,5%	7,1%
	2,00			1,00			1,00		2,00	3,00
SERVIZI	4,9%	3,0%	1,9%	1,6%	7,0%	7,7%	3,8%			2,4%
	4,00	2,00	1,00	1,00	4,00	6,00	2,00			1,00
SERVIZI ATS	14,8%	9,1%	9,3%	14,8%			1,9%	2,3%		
	12,00	6,00	5,00	9,00			1,00	1,00		
DATO MANCANTE	1,2%	1,5%			1,8%					
	1,00	1,00			1,00					

I sinistri liquidati dalla ASST Brianza negli ultimi 5 anni sono stati:

ANNO DI LIQUIDAZIONE	TOTALE RISARCIMENTI EROGATI
2021	852.265,15
2022	242.041,27
2023	368.886,19
2024	735.897,05
2025	1.005.992,03

Attività di miglioramento e progetti di gestione del rischio

Nel corso dell'anno 2025 sono stati programmati due progetti di gestione del rischio.

Processo di Pronto Soccorso: analisi e miglioramento

Nel 2025 è stato avviato il progetto "Processo di Pronto Soccorso: analisi e miglioramento", con l'obiettivo di individuare le principali criticità organizzative e assistenziali e definire azioni di mitigazione del rischio, migliorando al contempo l'esperienza dell'utente e le condizioni di lavoro del personale.

Il progetto è stato strutturato su un doppio canale operativo: da un lato il Risk Management, impegnato nell'analisi dei processi attraverso la metodologia HFMEA, dall'altro l'URP e l'Ufficio Comunicazione, focalizzati sul miglioramento delle informazioni e della comunicazione verso l'utenza.

Nel corso dell'anno è stata effettuata una formazione dedicata al personale sulla metodologia HFMEA e sono stati individuati tre processi critici, uno per ciascun Pronto Soccorso, oggetto di analisi approfondita. L'attività ha consentito di individuare specifiche aree di miglioramento, tra cui la gestione dei beni personali dei pazienti, il percorso del paziente inviato in Radiologia e l'aggiornamento delle procedure per gli accertamenti tossicologici forensi, la cui implementazione è prevista nel 2026.

Parallelamente, l'analisi dei reclami e delle richieste pervenute all'URP ha permesso di evidenziare carenze informative e comunicative ricorrenti. A partire da tali evidenze sono stati predisposti materiali informativi (brochure, Carta dei Servizi, FAQ e decalogo informativo), diffusi tramite sito aziendale, social media e cartellonistica nei Pronto Soccorso. Queste azioni hanno contribuito a migliorare la trasparenza informativa e a ridurre situazioni di conflittualità, spesso correlate a informazioni incomplete o a tempi di attesa percepiti come incongrui.

A Vimercate è stata introdotta la figura del Flow Manager che si occuperà dell'Accoglienza del paziente in triage, della gestione del percorso all'interno del PS, delle comunicazioni con i familiari e del supporto alle dimissioni; il personale sarà riconoscibile tramite divisa di colore diverso. È stata inoltre introdotta la figura del Medico d'area dedicato ai pazienti complessi e di supporto ai medici di turno in caso di necessità.

Il progetto proseguirà nel 2026 sempre con l'analisi dell'andamento delle segnalazioni URP e Incident Reporting e con azioni per migliorare la comunicazione con l'utente, tra cui la predisposizione di una customer satisfaction specifica per i PS, e l'implementazione delle azioni di miglioramento individuate tramite l'analisi HFMEA.

Sicurezza del paziente nel percorso chirurgico

Nel corso del 2025 è stato avviato il progetto di revisione e aggiornamento delle procedure sulla sicurezza del paziente nel percorso chirurgico, con estensione non solo alle sale operatorie, ma anche alle procedure endoscopiche, interventistiche, invasive e al percorso del parto, includendo tutte le figure professionali coinvolte e tutti i presidi aziendali.

I gruppi di lavoro individuati per la revisione delle singole procedure hanno aggiornato i documenti; due sono stati pubblicati (check list preoperatoria e marcatura del sito chirurgico), mentre i documenti sulla check list di Time Out e Prevenzione della ritenzione di materiale nel sito necessitano di essere allineati con il nuovo sistema informatizzato di sala operatoria in corso di implementazione, che prevede la registrazione digitale di informazioni precedentemente raccolte su supporto cartaceo.

Per il 2026 il progetto proseguirà inoltre con la revisione/introduzione di una procedura sul corretto posizionamento del paziente in sala operatoria per la prevenzione di eventi legati a malposizionamento, e la procedura sulla prevenzione del rischio anestesilogico.

Altri progetti

Implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM)

Nel 2025 è proseguita l'implementazione del modello regionale HERM, finalizzato a una gestione integrata dei rischi aziendali, sanitari e non sanitari. Il Risk Manager ha svolto un ruolo di coordinamento e supporto alle strutture individuate come risk owner, accompagnandole nelle fasi di analisi, valutazione e trattamento dei rischi.

Le strutture coinvolte sono state Ingegneria Clinica, Servizio Informativo e Gestione Acquisti. Non sono stati evidenziati rischi To Be, cioè che superano la soglia di tolleranza e che richiederebbero interventi di mitigazione del rischio tempestivi. Sono state in ogni caso già individuate alcune azioni di miglioramento, peraltro già in corso di realizzazione, per rendere ancora più sicuri i processi ed in alcuni casi è stato accettato il modesto rischio residuo che verrà monitorato nel tempo.

Progetto sepsi

Il progetto sepsi che ha richiesto un notevole impegno nei precedenti due anni, è proseguito anche nel 2025.

In particolare sono stati e verranno monitorati gli indicatori individuati con l'obiettivo del miglioramento dei trends. Nei mesi di febbraio/marzo saranno disponibili i dati degli indicatori sepsi che verranno confrontati con la prima rilevazione effettuata nel 2025. L'auspicio è di un trend in miglioramento dell'uso degli antibiotici, della corretta esecuzione delle emocolture, della applicazione della scala NEWS2. Sono proseguiti l'analisi di un campione di cartelle cliniche per la valutazione dell'applicazione della procedura utilizzando la check list regionale e l'aggiornamento della check list logistico-organizzativa, previsti dal Decreto regionale n° 20674/2023. Dall'analisi è emerso che la procedura è stata correttamente applicata.

Sorveglianza mortalità neonatale

Prevede, in caso di decesso di feto dalla 22° settimana di gestazione al 30° giorno di vita del bambino, segnalazione al Centro regionale e audit con tutti i professionisti coinvolti per l'individuazione di eventuali criticità e delle azioni di mitigazione del rischio. Nel 2025 si sono verificati 8 decessi perinatali per Morti Endouterine Fetali (MEF). I casi sono stati tutti analizzati con metodo SEA e compilata la scheda sulla sorveglianza della mortalità perinatale inviata al centro Regionale per la successiva analisi. In tre casi il Centro Regionale ha inviato l'esito dell'audit che sono stati recepiti e discussi con i referenti trigger. In tutti i casi l'assistenza è risultata adeguata; in un caso si è evidenziata la necessità di migliorare la presa in carico per tutte le pazienti non seguite in ASST Brianza che fanno un accesso per indagini (es. ecografia) tenendo in cartella copia della documentazione clinica se le indagini/visite sono state fatte presso altro Centro.

Trigger ostetrico-neonatali

Nel corso dell'anno sono stati inviati trimestralmente i trigger estratti dal CEDAP per consentire l'analisi periodica.

I trigger sono stati oggetto di diffusione e discussione all'interno di incontri di area ed in plenaria: nel mese di aprile sono stati analizzati i dati 2024 e discusse le criticità emerse, in particolare i trigger legati a perdite ematiche maggiori di 1500 ml, lacerazioni di 3° e 4° grado, complicanze anestesologiche e trigger neonatali. Tra le azioni di miglioramento si segnala la necessità di migliorare la comunicazione interna sugli esiti neonatali dopo trasferimento dei neonati presso l'Hub di riferimento e la necessità di individuare un anestesista di riferimento.

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 "contenzione meccanica" oltre che stimolare le équipe al miglioramento continuo attraverso l'individuazione di obiettivi quantificabili e verificabili.

La check list è stata applicata all'SPDC di Vimercate e di Desio. Alcuni item sono in miglioramento; gli esiti della check list hanno consentito di focalizzare l'attenzione verso le aree più critiche e la definizione di obiettivi per il miglioramento.

Qualità

Progetto Rete Referenti Qualità

Il progetto prevede l'individuazione di due o più rappresentanti per ogni Dipartimento/Distretto al fine di costituire un nucleo rappresentativo che funga da trait d'union tra l'ufficio qualità e le strutture del dipartimento per l'implementazione di un sistema di gestione della qualità efficace ed efficiente.

Nel 2025 è stato costituito il primo nucleo dei referenti della qualità afferenti principalmente ai dipartimenti ospedalieri; è stata definita la procedura di reclutamento e le funzioni ed è stato dato l'avvio ad un percorso formativo. Nel 2026 la rete verrà estesa anche al territorio. E' in programma il proseguimento del percorso formativo.

Revisione documenti

Anche nel 2025 la Struttura Qualità e Risk Management ha supportato le Strutture nella revisione dei documenti della qualità. Questa attività ha richiesto un impegno molto oneroso e costante durante tutto l'anno da parte della Struttura Qualità e RM.

Software gestione documenti qualità

L'attuale software di gestione dei documenti della qualità aziendale presenta criticità sempre più frequenti e non offre più garanzia di rendere disponibili i documenti quando richiesti. Si è reso pertanto necessario individuare una sistema diverso a garanzia non solo della messa a disposizione dei documenti ma di tutto il processo di gestione dei documenti che va dalla costituzione del gruppo di lavoro, la redazione, la validazione, la pubblicazione e la archiviazione, oltre che la possibilità di revisione. E' stata avviata una attività per la valutazione di uno strumento a supporto della gestione del sistema documentale che, una volta implementato, potrà offrire al personale un supporto decisionale sulla base delle procedure aziendali.

Audit

Propedeutico alla certificazione dell'Ufficio formazione è stato effettuato l'audit interno che ha esitato in una non conformità e alcune raccomandazioni. Nell'ottica dell'implementazione degli auditor aziendali è stato predisposto per il 2026 un progetto formativo.

Certificazione UNI EN ISO 9001:2015

Prosegue la certificazione dell'Ufficio Formazione (requisito per l'erogazione dei crediti formativi). Nel 2025 è stato emesso un nuovo certificato con l'Ente Certificatore vincitore della manifestazione di interesse. Nel 2026 verrà emanata la versione aggiornata della UNI EN ISO 9001:2015 e pertanto verrà valutato l'impatto della nuova norma sul Sistema di Gestione in essere e il successivo adeguamento ai requisiti previsti.

Formazione del personale

La formazione è uno strumento cruciale per la diffusione e l'acquisizione di competenze riguardo la gestione del rischio che ha diverse declinazioni. Pertanto anche nel 2025 è stato fatto un grosso investimento nella formazione per portare avanti tutte le iniziative programmate.

È proseguita la formazione a supporto del progetto sulla prevenzione e gestione delle aggressioni promosso dal GAD aggressioni con la FAD "Prevenzione e gestione delle aggressioni a personale sanitario", già proposto nei due anni precedenti e rivolto a tutto il personale, e di un nuovo format "La gestione dell'aggressività nei contesti sanitari" rivolto prioritariamente al personale delle aree a maggior rischio.

Si è conclusa la predisposizione del corso FAD sulla Manipolazione delle forme orali solide che verrà proposto nel 2026.

Il corso sulla responsabilità dei sanitari, svolto in tre 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 anche a seguito di un notevole ricambio del personale.

Sono stati effettuati quattro edizioni del corso residenziale "Sepsi e shock settico nell'adulto: conoscerli per gestirli" che hanno avuto un'ottima partecipazione e valutazione; all'interno dell'evento viene anche affrontato il tema della corretta esecuzione dell'emocultura che è risultato uno dei punti critici emerso dal monitoraggio degli indicatori e che ha richiesto la redazione di un documento specifico.

È stata predisposta una formazione sul campo per il NORMA che ha avuto una ottima valutazione da parte dei partecipanti che sono stati parte attiva nell'analisi di casi significativi.

È iniziata la formazione della Rete dei referenti qualità di dipartimento che ha l'obiettivo di uniformare i requisiti dei referenti e creare un trait d'union tra la Struttura Qualità e Risk Management e le strutture sanitarie, socio sanitarie ed amministrativa di una ASST molto articolata.

All'interno del progetto PS era stato prevista una formazione mirata all'acquisizione di conoscenze e competenze all'utilizzo di uno strumento di analisi proattiva; è stata scelta la HFMEA; il corso ha coinvolto direttori, coordinatori e referenti qualità dei tre PS ed è stata propedeutica all'analisi dei processi.

È stato inoltre effettuata una formazione sulla UNI EN ISO 9001:2015 per iniziare un percorso per l'acquisizione di competenze per i componenti della Struttura Qualità e Risk Management, oltre che per le Direzioni Mediche ed Infermieristiche, propedeutico alla acquisizione di conoscenze e competenze per l'effettuazione di audit interni.

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.

Gruppo di Coordinamento e Comitato Valutazione Sinistri

Nel 2025 sono state effettuate 20 riunioni del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per un totale di 127 sinistri trattati, come specificato nell'allegato 1.

È stata effettuata una riunione del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR).

Vimercate, lì 16.03.2026