

# Relazione Annuale

## Eventi Avversi

### 2024



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

[asst-spedalicivili.it](http://asst-spedalicivili.it)

## Sommario

<b>PREMESSA</b> .....	3
<b>GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO (GCGR)</b> .....	3
<b>LA RACCOLTA DELLE SEGNALAZIONI “WEB HOSPITAL INCIDENT REPORTING (WHIR)”</b> .....	4
<b>SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA</b> .....	5
<b>INCIDENT REPORTING</b> .....	7
<b>MONITORAGGIO DELLE CADUTE</b> .....	10
<b>AGITI VIOLENTI A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI</b> .....	11
<b>INIZIATIVE ATTUATE NEL 2024</b> .....	12

## PREMESSA

Con la presente relazione, in recepimento a quanto previsto dall'art. 2 comma 5 della legge n° 24, 8 marzo 2017, sono rappresentati a consuntivo gli eventi avversi segnalati nel corso del 2024 attraverso il principale strumento rappresentato dal sistema informatizzato Web Hospital Incident Reporting (WHIR); il sistema è accessibile da tutti gli operatori mediante accesso alla intranet aziendale da qualsiasi postazione PC presente nelle strutture ospedaliere e della rete territoriale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) degli Spedali Civili.

L'incident reporting è un sistema di segnalazione di "eventi avversi" (causati involontariamente, spesso per criticità latenti, organizzative e/o errori) che consente di rilevare situazioni di rischio per la sicurezza di operatori, utenti e struttura.

Gli scopi principali di questo sistema di segnalazione volontaria sono:

- Sviluppare una cultura della non colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore o una non conformità;
- Incrementare una maggior sensibilità verso la percezione, la rilevazione e la gestione del rischio e l'esigenza di "imparare dall'esperienza" vissuta nei singoli contesti e nei processi organizzativi.

Relativamente al fenomeno delle aggressioni al personale, la Funzione Rischio attraverso una scheda informatizzata raccoglie gli elementi necessari per la presa in carico del dipendente, la determinazione delle cause e dei fattori contribuenti al fine di proporre azioni di miglioramento sotto il profilo organizzativo e logistico.

Anche i professionisti dell'Asst Spedali Civili di Brescia che operano presso i due Istituti Penitenziari "Casa Circondariale Nerio Fischione" e "Casa di Reclusione Verziano" accedono agli stessi strumenti per la segnalazione degli eventi.

Nella relazione sono rappresentate le misure di miglioramento avviate per il superamento delle criticità evidenziate, sia nel caso di eventi avversi aggregati per tipologia che per singolo evento avverso che sia stato causa di danno grave.

## GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO (GCGR)

Con decreto numero 409 del 03/05/2024, l'Asst degli Spedali Civili di Brescia ha approvato le disposizioni per l'implementazione e lo sviluppo del Sistema di controllo interno e di gestione dei rischi elaborato sulla base del modello "International Control Integrated Framework" (c.d. CoSO Report), nonché in attuazione del Decreto n. 20638 del 21/12/2023 della Direzione Generale Welfare Regione Lombardia sull'introduzione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) nel Sistema socio sanitario regionale.

Il Sistema di controllo interno e di gestione dei rischi è considerato parte integrante del complessivo assetto gestionale dell'azienda e rappresenta uno strumento essenziale di verifica della capacità dell'apparato dirigenziale di determinare, nell'ambito della programmazione degli obiettivi strategici ed operativi, la definizione delle modalità di acquisizione ed elaborazione dei dati e dei criteri valutativi specifici per l'attività gestionale e la conseguente capacità di autocorrezione della propria azione.

A tale scopo è stato istituito il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR) costituito dalle funzioni strategiche aziendali, coordinato dal Risk Manager con il compito di:

- ✓ stabilire il programma annuale strategico aziendale di Risk Management;
- ✓ realizzare le linee di attività annuale di Risk Management della Regione Lombardia;
- ✓ identificare le circostanze che mettono il paziente a rischio;
- ✓ definire le modalità di monitoraggio degli eventi indesiderati, anche attraverso l'implementazione di sistemi elettronici di condivisione dei dati;
- ✓ effettuare attività per la prevenzione e gestione dell'evento cadute, anche mediante apposito comitato ristretto GAD Cadute per analizzare le informazioni derivanti dal monitoraggio;
- ✓ raccomandare le azioni di controllo tese a minimizzare i rischi e/o ad evitare i danni;
- ✓ promuovere la cultura nella gestione del rischio di tutto il personale attraverso la sensibilizzazione e la realizzazione di iniziative specifiche.

## LA RACCOLTA DELLE SEGNALAZIONI “WEB HOSPITAL INCIDENT REPORTING (WHIR)”

La segnalazione degli eventi avversi in ASST è iniziata nel 2006, con lo scopo principale di uniformare le modalità di gestione degli eventi avversi, minimizzare il disservizio causato all'utente, registrare le problematiche in modo da renderne possibile un'elaborazione statistica, identificare le azioni da intraprendere per evitarne il ripetersi.

L'Incident Reporting è una modalità standardizzata di segnalazione di eventi indesiderati, finalizzata a rilevare criticità del sistema o di alcune procedure; i dati se ben analizzati possono dare apprezzabili risultati nella prevenzione di eventi avversi, ancorché sia necessario fin d'ora sottolineare che qualsiasi sistema di segnalazione non può fornire dati epidemiologici esatti.

Tutte le tipologie di eventi di seguito descritti vengono segnalati attraverso la piattaforma aziendale di Incident Reporting presente in Intranet che è accessibile a tutti gli operatori compilando la scheda informatizzata da qualsiasi postazione in rete dell'ASST (la segnalazione può essere nominale o anonima, sempre nominale nel caso di segnalazione di eventi gravi ed eventi sentinella).

Le tipologie di eventi raccolta nella piattaforma appartengono alle seguenti tipologie:

- Evento evitato (Near Miss o Close Call) - Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- Evento - Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.
- Evento avverso (Adverse Event) - Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.
- Evento sentinella (Sentinel Event) - Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive.

L'Incident Reporting, come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria, risente del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza.

Il numero di segnalazioni è quindi correlato alla diffusione aziendale della cultura del rischio/sicurezza, pertanto l'aumento negli anni delle segnalazioni nell'ASST non viene valutato quale indicatore negativo, ma come espressione del grado di maturità di un sistema che per migliorare deve dichiarare le proprie criticità. Le segnalazioni vengono prese in carico e gestite dal personale sanitario della Funzione Rischio che provvede a definire il livello di urgenza e di gravità dell'evento, cui seguono iniziali approfondimenti attraverso il contatto con i singoli operatori coinvolti proseguendo poi con l'analisi della documentazione sanitaria/relazioni, delle buone pratiche o procedure e nei casi più critici con incontri con i professionisti coinvolti per determinare cause e possibili azioni di prevenzione e miglioramento.

L'ASST Spedali Civili di Brescia, nel corso del 2024, è stata individuata dalla DG Welfare, Regione Lombardia, tra le 5 Aziende pilota per la sperimentazione della nuova piattaforma di segnalazione HermLomb che progressivamente andrà a sostituire i sistemi aziendali.

Con nota del 26.11.2024 prot. 0044725, è stata comunicata la messa in esercizio dell'applicativo regionale di Incident Reporting – HERMLOMB. Per l'implementazione dell'applicativo, nel corso del 2025 si prevedono specifici momenti formativi/informativi rivolti a tutto il personale che ad ogni livello opera all'interno dell'organizzazione, al fine di sensibilizzare la segnalazione di near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza, infezioni correlate all'assistenza ed esiti di audit. Ad oggi sono state pubblicate sull'area intranet le video guide di introduzione alla piattaforma e pubblicato il Manuale d'uso. Sempre nella pagina intranet è stato messo a disposizione il link di collegamento alla piattaforma HERMLomb con accesso a tutti i professionisti.

## SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Nella definizione di "Evento sentinella" sono compresi gli "eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito;
- b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive" (Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico, Ministero della salute 2009).

Il sistema di sorveglianza si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue il "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III.

Nel corso del 2024 risultano segnalati e gestiti n. 6 eventi sentinella, inseriti nel SIMES, nei tempi previsti dal Decreto Ministeriale.

Numero NSIS	Presidio	Data	Tipologia evento
20419	Rete Territoriale	20/03/2024	ES -OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE
21612	Presidio Ospedaliero Spedali Civili	08/09/2024	ES -STRUM.O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDE SUCCESSIVO INTERVENTO
21941	Presidio Ospedaliero Umberto I*	20/10/2024	ES -MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA
22216	Presidio Ospedaliero Spedali Civili	27/11/2024	ES -SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE
22303	Presidio Ospedaliero Spedali Civili	03/12/2024	ES -MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DEL PAZIENTE
22435	Presidio Ospedaliero Spedali Civili	18/12/2024	ES -MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DEL PAZIENTE

Per tutti i casi segnalati, coinvolgendo per ogni evento il personale sanitario che opera nelle strutture di accadimento, sono stati definiti, tramite le consolidate metodologie dell’Audit e della Root Cause Analysis, le cause ed i fattori contribuenti che hanno concorso all’accadimento dell’evento e le relative azioni correttive/preventive per il miglioramento come di seguito esplicitate nelle sottostanti tabelle.

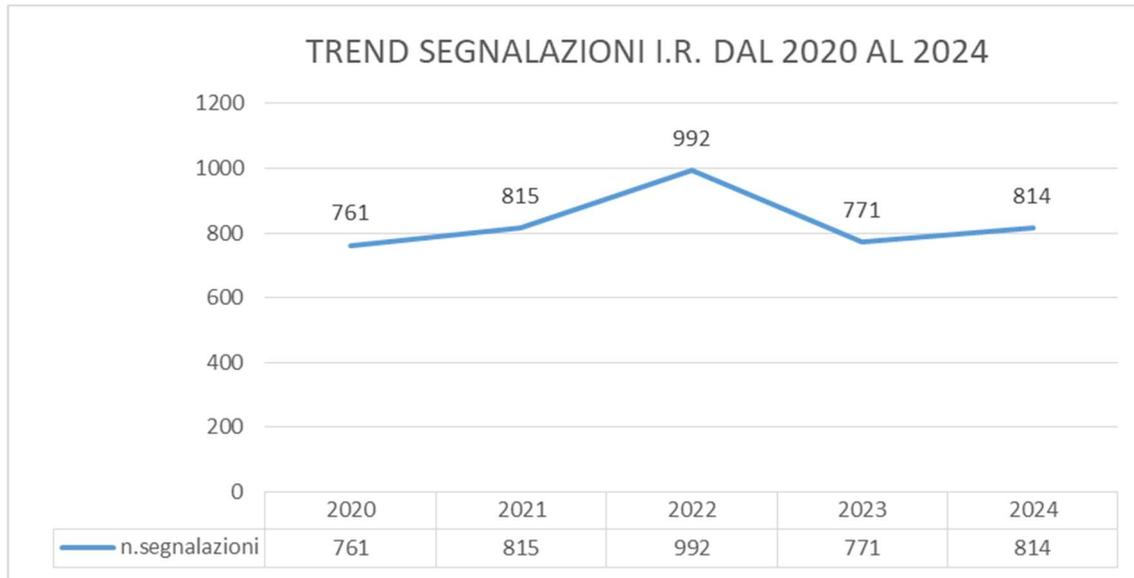
Nella tabella seguente vengono esplicitati:

- ✓ la tipologia dell’evento avverso accaduto;
- ✓ la metodologia utilizzata per definire cause e fattori contribuenti;
- ✓ le proposte per azioni preventive con finalità di miglioramento dei processi.

Tipologia evento	Data	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
ES -OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	20/03/2024	Sistemazione del controllo mensile dei nuovi nati con confronto delle anagrafiche in siavr. Sensibilizzazione ai tavoli di lavoro dei pediatri di libera scelta circa la raccolta e la registrazione nella cartella del dato delle vaccinazioni con aggiornamento periodico. Sssegnazione ai pediatri delle credenziali per l’accesso in visione al nuovo programma arvox che ha già importato lo storico vaccini e trasferisce le registrazioni fatte in siavr per verifica dello stato vaccinazioni Incontro formativo con MMG e PLS per sensibilizzazione al tema delle vaccinazioni e delle segnalazioni in caso di reazioni al vaccino.
ES -STRUM.O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDE SUCCESSIVO INTERVENTO	08/09/2024	A seguito dell'identificazione della criticità legata al necessario utilizzo di drenaggi di misure adeguate, non facilmente reperibili in commercio, si è attivato gdl dedicato alla ricerca con i produttori di drenaggi, la farmacia e i chirurghi per esplorare la possibilità di ridurre la frequenza di alterazione dei drenaggi attraverso la disponibilità di presidi più complianti e di lunghezze diverse dallo standard odierno. Modifica della p-sda 26 "gestione del paziente chirurgico" con specifiche sulla gestione del posizionamento/rimozione del drenaggio (l'azione di rimozione del drenaggio deve essere tracciata nella documentazione assistenziale e sulla scheda devices in modo univoco e preciso dall'operatore che la esegue). Nel verbale operatorio deve essere dettagliato l'utilizzo del dispositivo e l'eventuale necessità di accorciamento.
ES -MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	20/10/2024	Aderenza alla raccomandazione ministeriale n.7 e alle procedure aziendali inerenti alla gestione clinica del farmaco.
ES -SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	27/11/2024	Presa in carico del personale coinvolto da parte della Psicologia Clinica con percorso dedicato. Mappatura delle caratteristiche strutturali di tutti i presidi ospedalieri con definizione dell'indice di rischio e conseguente pianificazione degli interventi logistico-organizzativi necessari con cronoprogramma delle priorità d'intervento.
ES -MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DEL PAZIENTE	03/12/2024	Ridiffusione all'interno della struttura della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute, che contiene gli elementi per la corretta valutazione del rischio di caduta, l'uso corretto degli strumenti di prevenzione a disposizione che possono favorire la riduzione del rischio.
ES -MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DEL PAZIENTE	18/12/2024	Sensibilizzazione all'adesione della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute, che contiene gli elementi per la corretta valutazione del rischio di caduta, controllo della documentazione assistenziale nella parte relativa alla compilazione attinente al rischio caduta per verificare l'uso corretto degli strumenti di prevenzione a disposizione che possono favorire la riduzione del rischio, sensibilizzazione dei pazienti/familiari alla prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero.

## INCIDENT REPORTING

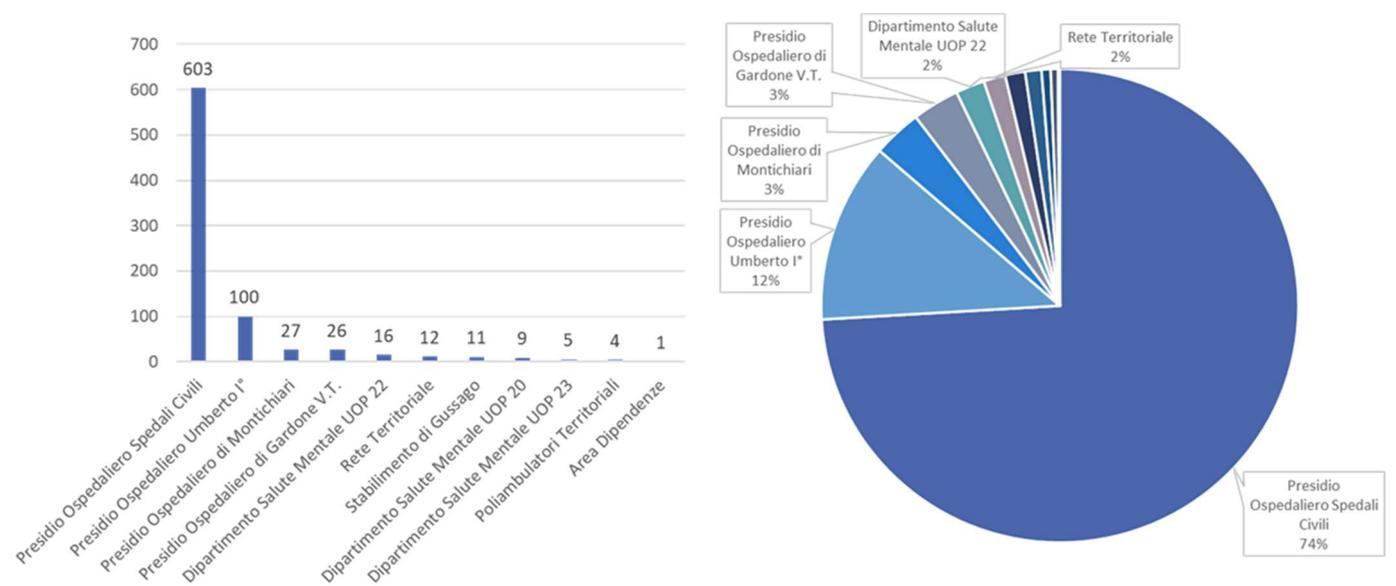
Nel corso del 2024 è proseguita la raccolta, l'analisi ed il monitoraggio dell'attività di Incident Reporting come evidenziato nei grafici e nelle tabelle sottostanti.



Nel corso del 2024 le segnalazioni di Incident reporting inserite nella piattaforma WHIR sono state 814 confermando la sensibilità degli operatori circa la segnalazione spontanea.

Di seguito i dati aggregati, derivanti dall'analisi delle schede di segnalazioni.

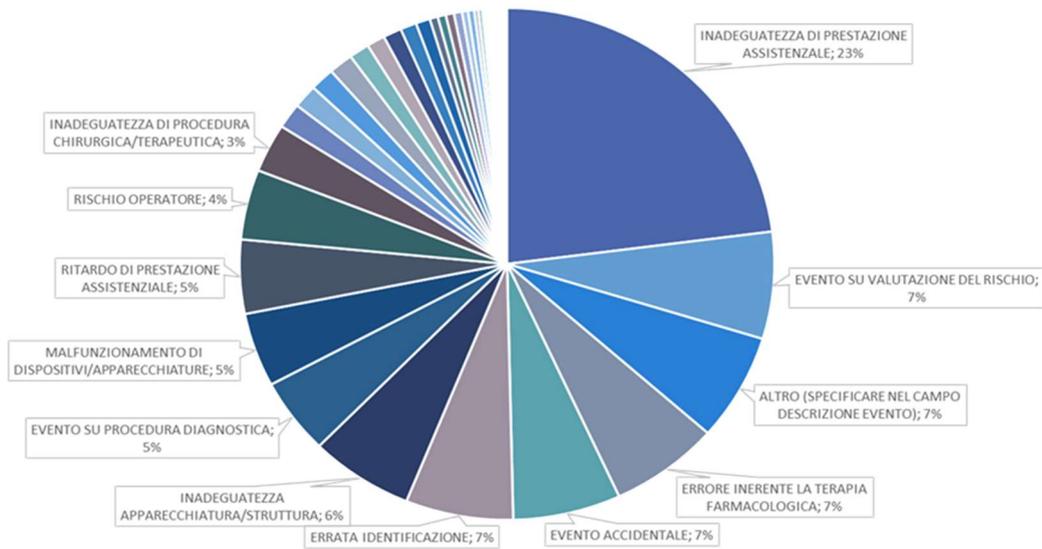
### STATISTICA PER PRESIDIO OSPEDALIERO:



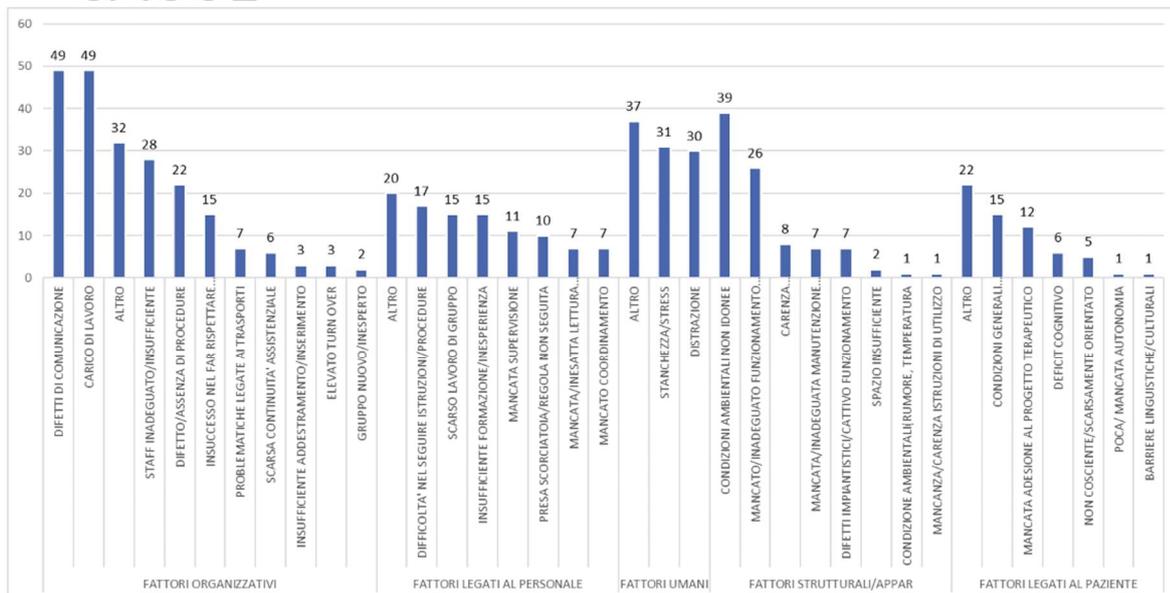
L'analisi relativa alla tipologia di segnalazioni spontanee dell'ultimo anno (Grafico 2) evidenzia le seguenti aree di maggior rischio in termini di prevalenza:

- ✓ Inadeguatezza di prestazione assistenziale 23% (187 segnalazioni);
- ✓ Evento su valutazione del rischio 7% (55 segnalazioni);
- ✓ Errore inerente la terapia farmacologica 7% (54 segnalazioni);
- ✓ Errata identificazione 7% (53 segnalazioni);
- ✓ Evento accidentale 7% (53 segnalazioni);
- ✓ Inadeguatezza apparecchiatura/struttura 6% (51 segnalazioni).

### STATISTICA PER TIPOLOGIA DI EVENTO



## STATISTICA DEI FATTORI E DELLE CAUSE



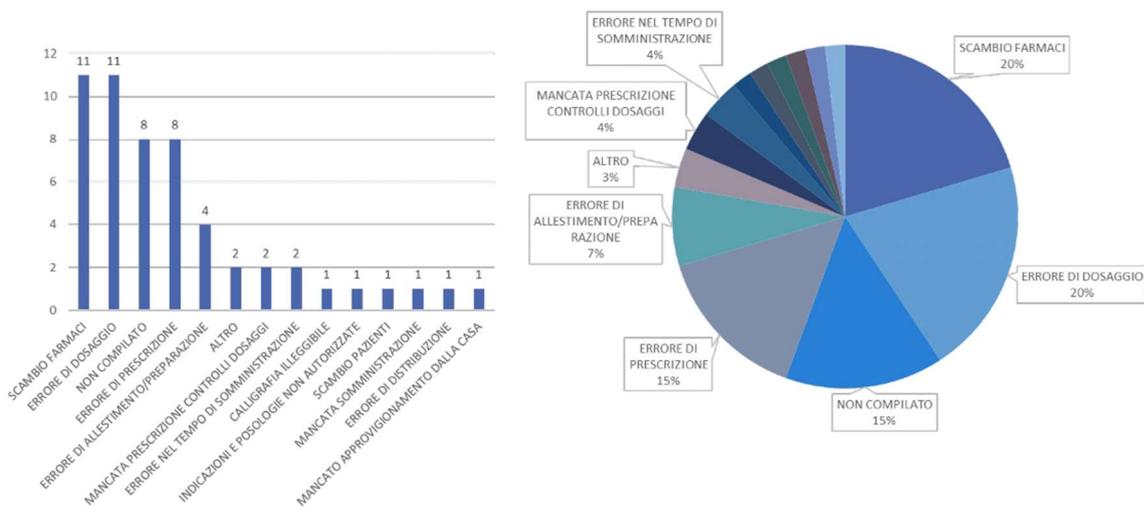
### GESTIONE DEI FARMACI

I farmaci in considerazione dei potenziali effetti dannosi e del numero di attività ad essi collegati, meritano un approfondimento utile ai successivi interventi migliorativi.

Nei grafici seguenti si riporta l'analisi delle segnalazioni inerenti gli eventi correlati alla gestione della terapia farmacologica.

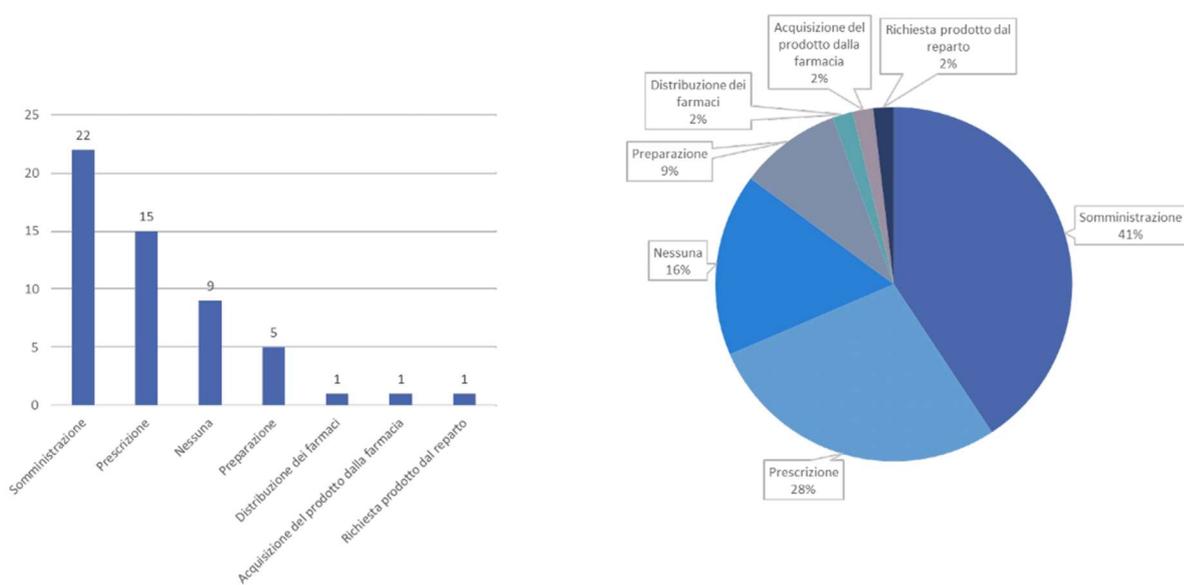
## Dettaglio ERRORE INERENTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA (54 segnalazioni)

### Tipo



## Dettaglio ERRORE INERENTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA (54 segnalazioni)

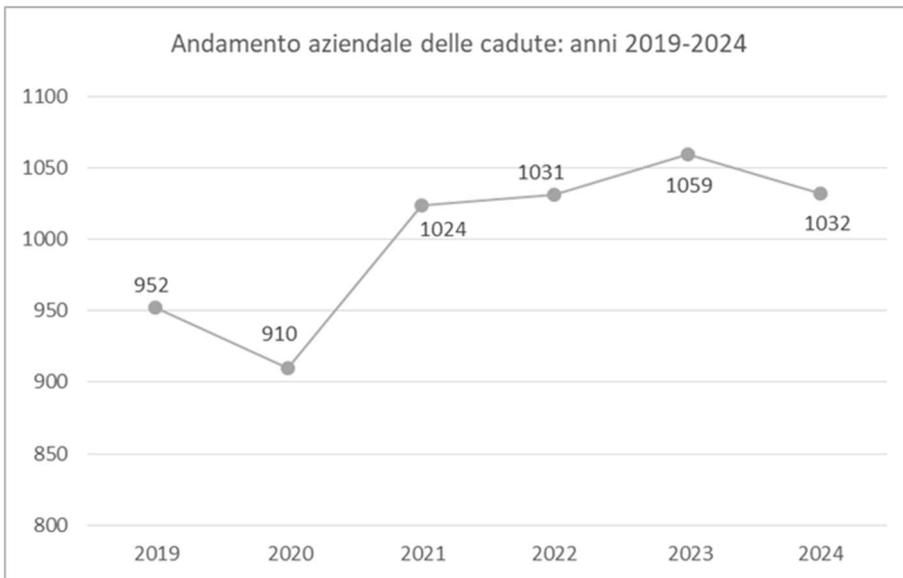
### Fase



## MONITORAGGIO DELLE CADUTE

La caduta di paziente ricoverato rappresenta l'evento maggiormente segnalato come si evince dal trend rappresentato nel grafico sottostante; nel corso del 2023 sono stati segnalati attraverso il sistema WHIR 1032 episodi di caduta.

Nel conteggio rientrano anche due episodi di caduta esitati in decesso, tempestivamente segnalati come evento sentinella.



Nella tabella sottostante viene riportata la classificazione della magnitudo del danno in base ai giorni di prognosi derivati dalla valutazione medica:

- nessuna, nessun danno;
- lieve prognosi inferiore/uguale a 3 gg;
- moderata con prognosi da 4 gg. fino a 20 gg;
- severa con prognosi da 21 gg. fino a 39 gg;
- grave con prognosi da 40 gg. e oltre;
- decesso.

Cadute totali anno 2024 = 1032 pazienti		
N° cadute per danno	Livello del danno	Percentuale
722	Nessuna	70,0%
231	Lieve <= a 3 gg	22,4%
51	Moderata da 4 a 20 gg	4,9%
19	Severa da 21 a 40 gg	1,8%
8	Grave > a 40 gg	0,8%
1	Decesso	0,1%

La caduta è un evento costantemente all'attenzione dell'ASST e il contenimento del fenomeno risulta complesso anche in considerazione di un numero sempre crescente di pazienti in fascia di età elevata e con presenza di comorbidità.

La Funzione Rischio in caso di caduta di paziente/visitatore riceve la segnalazione attraverso la piattaforma WHIR in seguito alla compilazione della scheda informatizzata dedicata da parte del personale sanitario della Struttura/Servizio dove si è verificato l'episodio. Tale segnalazione viene trasmessa per via informatica in automatico al Protocollo Generale, al Direttore Medico del Presidio e Responsabile Articolazione DAPSS.

Attraverso l'apposito accesso protetto in piattaforma WHIR il personale sanitario della Funzione Rischio:

- ✓ prende in carico le segnalazioni inviate dalle Strutture ed effettua eventuali approfondimenti se è presente un danno rilevante, attivando strumenti reattivi di Risk Management;
- ✓ elabora un Report Cadute nel quale sono indicati il numero di cadute avvenute nell'arco del semestre e le loro caratteristiche (luogo, fascia oraria, giorno feriale o festivo, fascia di età, prognosi) confrontato con lo stesso semestre dell'anno precedente.

Il report viene inviato alle figure aziendali competenti.

In considerazione delle ripercussioni che il fenomeno "cadute" ha sia sulla salute dei degenti che sulla struttura ospedaliera, in termini di aggravio organizzativo ed economico conseguente al prolungamento della degenza, appare quindi necessario attuare uno specifico programma di prevenzione sulle cadute.

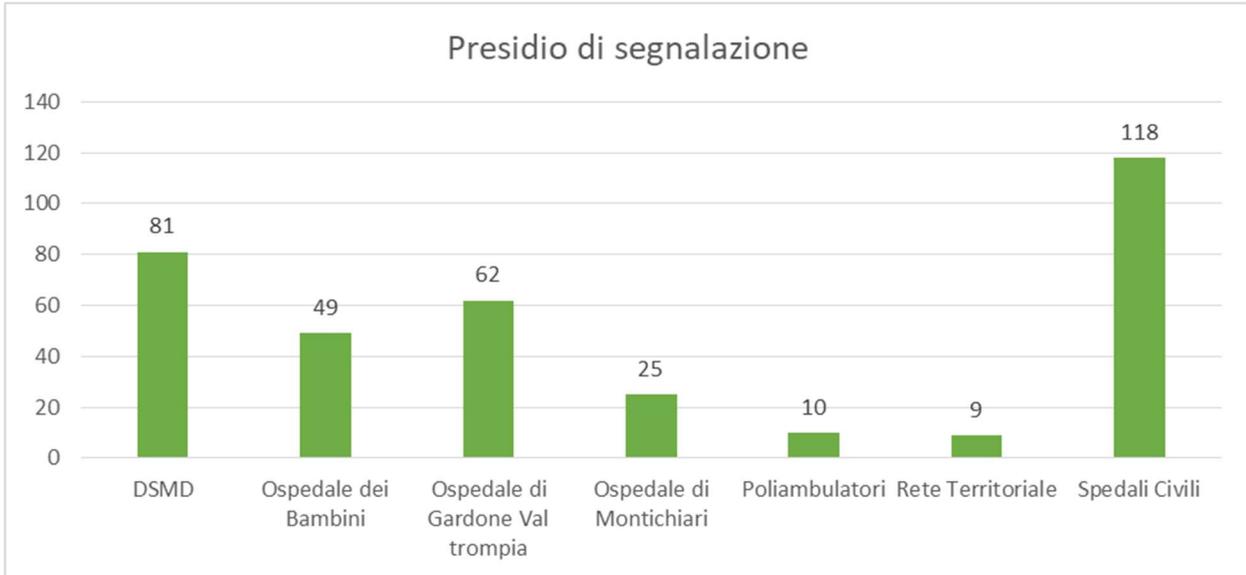
Da alcuni anni è in uso un opuscolo che viene distribuito ai pazienti o ai caregivers con informazioni relative alla prevenzione delle cadute ed al comportamento collaborativo e di alleanza tra pazienti e operatori sanitari. Poster pro memoria sono affissi nei reparti di degenza diretti ad utenti e operatori che richiamano al giusto comportamento preventivo.

## AGITI VIOLENTI A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Le aggressioni agli operatori sanitari da parte di pazienti o parenti sono un fenomeno in continuo aumento soprattutto in alcune aree a maggior rischio. Nell'ASST Spedali Civili di Brescia, avendo come primo riferimento la Raccomandazione n° 8 del Ministero della Salute, è in vigore un programma di prevenzione della violenza che ha le seguenti finalità:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, attraverso strumenti di comunicazione verso operatori, pazienti e visitatori e la realizzazione e affissione di poster;
- aumentare la sensibilizzazione del personale alla segnalazione di episodi di violenza verificatisi all'interno dell'ASST;
- formare il personale all'adozione di misure per ridurre gli atti di violenza a loro danno attraverso percorsi specifici di formazione;
- coordinare progetti di tipo strutturale ed organizzativo per l'aumento della sorveglianza e la diminuzione di fattori di rischio;
- diffondere la percezione dell'impegno e dell'interesse della Direzione verso la sicurezza nelle strutture;
- analizzare le cause degli eventi più significativi o con conseguenze per il personale coinvolto.

Mediante piattaforma dedicata nel corso del 2024 sono state segnalati 354 agiti violenti a danno di operatori socio-sanitari. Le Uo maggiormente interessate sono rappresentate dal Pronto Soccorso (27%) e dalle degenze e aree ambulatoriali del Dipartimento di Salute Mentale (22%).



## INIZIATIVE ATTUATE NEL 2024

Per i progetti del 2024 ci si è attenuti alla Deliberazione N. XII/1827 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2024”, Le Linee Operative per il Risk Management in Sanità anno 2024 di Regione Lombardia.

La Funzione Rischio si prefigge di proseguire il monitoraggio del livello di implementazione e applicazione delle sottoelencate Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza di pazienti ed operatori, adeguando/aggiornando le Procedure Aziendali dedicate nell’ottica del miglioramento:

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

17. Riconciliazione della terapia farmacologica;
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;
19. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

Come ogni anno, su indicazioni di Regione Lombardia è stato effettuato, nei tempi indicati, l'aggiornamento relativo al monitoraggio delle 19 Raccomandazioni con il caricamento dei documenti, verificati e aggiornati rispetto la precedente compilazione, nel portale di AGENAS.

## OBIETTIVI "CORE" ATTENZIONATI

Nell'ambito "**Sicurezza in area travaglio parto-sorveglianza mortalità perinatale**" (Decreto n.7917 del 26/05/2023" approvazione del modello organizzativo di sorveglianza attiva della mortalità perinatale in Regione Lombardia"), la Funzione Rischio monitora i casi di mortalità perinatale attraverso l'effettuazione di audit con i clinici coinvolti e i referenti del progetto e la trasmissione dell'esito dell'audit a Regione Lombardia.

Da gennaio a novembre 2024 sono stati trattati 36 casi di mortalità perinatale, due di questi casi sono stati gestiti in sinergia con due Aziende Spoke del SSN.

L'analisi e la documentazione di riferimento sono state puntualmente inviate in Regione; si sono prese in carico le note fatte dal GdL Regionale circa gli audit inviati e condivisi con il personale interessato.

L'ASST prosegue inoltre l'attività di gestione del rischio clinico relativa al processo di travaglio/parto attraverso lo sviluppo della segnalazione dei trigger materno/fetali all'interno dei CEDAP e l'analisi attraverso audit annuali strutturati con la declinazione delle azioni di miglioramento conseguenti.

I due trigger analizzati nel 2024 riguardano casi di emorragia post-partum (76 casi) e rientro in sala operatoria (24 casi). Il personale individuato, appartenente alla Funzione Rischio, Medici Ostetrici, Ostetriche e Anestesisti esperti di Sala Parto ha partecipato, nelle due edizioni di ottobre e novembre, al corso regionale per "facilitatori in simulazione in ambito ostetrico: gestione del rischio".

Nell'ambito "**Prevenzione infezioni/sepsi**" è stata revisionata e diffusa a tutto il personale il PDTA "Riconoscimento e gestione di SEPSI/Shock Settico nel paziente adulto". La stesura del PDTA Aziendale ha tenuto conto delle raccomandazioni predisposte dal Gruppo di Lavoro regionale dedicato e riportate nel Decreto di Regione Lombardia n.20674 del 21/12/2023 includendo i possibili sistemi di allerta precoce previsti dalle Linee Guida 2021 della "Surviving Sepsis Campaign".

Il PDTA è stato oggetto di formazione in aula con 3 edizioni rivolte ai professionisti dell'Azienda ottenendo ampi consensi. Come indicato nelle Le Linee Operative per il Risk Management in Sanità anno 2024 sono stati condotti gli audit sui casi di sepsi in tutti i Presidi per adulti su cartelle estrapolate dal portale e inviate alla Funzione Risk Manager da Regione Lombardia. Ad oggi sono stati condotti audit su 69 cartelle comprensive di alcuni casi di sepsi ostetrica, altre sezioni di audit sono state condotte in autonomia dai medici del Dipartimento di Medicina. L'audit ha come obiettivo la verifica della aderenza del personale al PDTA e alle raccomandazioni in esso contenute con identificazione delle criticità e delle azioni correttive da mettere in campo.

È stato attivato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un corso di formazione "Infezioni Correlata all'Assistenza Ospedaliera – modulo A - nell'ambito del progetto Regionale Formazione ICA, in modalità e-learning, aperto ai professionisti sanitari identificati, con Deliberazione n°XII/86 del 03/04/2023.

A seguire è stato attivato, sempre in FAD, il modulo B e con lezioni frontali in aula il modulo C sempre rivolto a personale sanitario.

Nell'ambito "**Rischio Nutrizionale**" la valutazione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. La

valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati. L'identificazione si basa sulla costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione di parametri semplici, non invasive, non costose, ma di rilevante impatto clinico e assistenziale. A tale scopo è stata elaborata da un gruppo multi-professionale e pubblicata a giugno 2024, la procedura aziendale P-SDA154 Gestione rischio nutrizionale (test di screening, diagnosi di malnutrizione e intervento nutrizionale) avente come obiettivo quello di uniformare i comportamenti dei professionisti sanitari per la somministrazione di un test di screening per la malnutrizione calorico-proteica (MCP) in difetto in tutta l'ASST Spedali Civili sia a pazienti adulti che pediatrici e di definire percorsi di intervento in relazione al livello di rischio in modo da dare una risposta appropriata all'utente. L'implementazione della procedura è stata supportata dall'effettuazione di corsi aziendali specifici di formazione rivolti ai tutti i professionisti sanitari coinvolti nello screening, svoltisi in più edizioni sia in plenaria che localmente nelle singole Strutture richiedenti.

La Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica si è resa, inoltre, disponibile a recarsi presso le varie Strutture organizzative per effettuare formazione sul campo agli operatori direttamente coinvolti nella valutazione del rischio nutrizionale.

Nel mese di novembre il gruppo di lavoro ha provveduto ad elaborare anche la procedura relativa alla gestione rischi nutrizionale dei pazienti dislocati sul territorio.

La Procedura Aziendale P-SDA165 Gestione del rischio nutrizionale Territoriale è stata pubblicata e nell'apposito spazio intranet in data 02 dicembre 2024.

Nell'ambito "**Sicurezza trasfusionale**" si opererà un incremento della sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale mediante l'estensione dell'implementazione dei programmi di Patient Blood Management (PBM).

Sulla base delle indicazioni della SRC/AREU, la Direzione dell'ASST nell'ambito dei Servizi Trasfusionali, attiverà tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per rafforzare l'efficienza e la sicurezza in tutte le fasi del processo trasfusionale.

Nell'ambito "**Prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari**", l'ASST ha aderito alla survey rilasciata dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) e all'invio dei flussi ministeriali utilizzando per la raccolta delle segnalazioni la scheda informatica aziendale appositamente dedicata, con il diretto coinvolgimento della Funzione Rischio Aziendale, al fine di creare il flusso informativo per gli osservatori nazionali previsti dalla Legge 24/17 e Legge 113/20 e per il Tavolo Tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario (art. 3 commi 3 e 4 legge 15/2020). L'ultima rilevazione richiesta è relativa al 1 semestre 2024.

Nel 2024 la Funzione Rischio su richiesta Regionale ha registrato tutte le segnalazioni pervenute dal 1 gennaio al 31 ottobre su file Regionale al fine di consentire il caricamento massivo delle stesse nel portale HERMLomb. Dal 1 novembre le segnalazioni relative ad episodi di violenza su operatori sono registrate sulla nuova piattaforma regionale. È stata aggiornata la procedura Aziendale già in essere dal 2017 (P-SDA 82 Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari) mediante la modifica della scheda di segnalazione appositamente creata per la raccolta sistematica di tutti gli elementi utili.

Particolare rilevanza sull'argomento è stata data dall'inserimento nel Piano Formativo Aziendale 2024 di un corso specifico in FAD collegato agli obiettivi RAR per tutti i professionisti indipendentemente dal ruolo con un'ampia adesione.

Il corso "prevenzione dell'aggressione nei confronti del personale delle strutture sociosanitarie" ha coinvolto 6724 professionisti.

Con decreto numero 417 del 10 Marzo 2025 è stato costituito il "Gruppo Gestione e Supporto per la prevenzione degli atti di violenza a danno dei lavoratori" dell'Asst degli Spedali Civili di Brescia coordinato dal Risk Manager e dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

Il Gruppo multidisciplinare garantisce:

- l'analisi delle situazioni operative, al fine dell'identificazione di quelle a maggior vulnerabilità;
- l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;

- la Proposta alla Direzione Aziendale di implementazione di misure inserite nel programma di prevenzione della violenza;
- il mantenimento della procedura aziendale aggiornata in relazione al rischio;
- il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di cui ai punti precedenti.

Nell'ambito della "**Gestione delle Emergenze in Azienda**", è stato istituito un gruppo di lavoro per l'elaborazione di una procedura trasversale sulla gestione delle emergenze in ASST che prevede la revisione di tutti i piani di emergenza ad essa legati, in particolar modo:

Piano Emergenza Interno Maxi Afflusso di Feriti –PEIMAF;

Piano evacuazione interno- PEVaq;

Piano Emergenza Interno- PEI.

Il progetto di revisione documentale prevede l'emissione di un piano specifico per ogni Presidio dell'ASST.

Attualmente è stata prodotta una tabella riassuntiva in formato Excel che raccoglie tutte le informazioni utili agli operatori per provvedere all'attivazione del piano di emergenza corrispondente alla situazione emergenziale in corso.

È in corso l'elaborazione della procedura P-SDA Gestione Emergenza Aziendale.

Nell'ambito "**Produzione, monitoraggio e revisione di PDTA**" la priorità di intervento, per un l'approccio integrato, multiprofessionale, multidisciplinare e trasversale nei percorsi di cura strategici e/o finalizzati a presidiare l'interfaccia ospedale-territorio/distretto, è garantita per tutti i percorsi ritenuti prioritari dall'ASST.

Nel mese di settembre è stato attivato un gruppo di lavoro finalizzato alla produzione dei PDTA relativi ai percorsi delle Unit inserite nel Comprehensive Cancer Center.

I PDTA elaborati su format Aziendale sono da intendersi rispondenti ai requisiti documentali che il Comprehensive Cancer Center ha richiesto a seguito dell'attivazione del percorso di accreditamento OECl.

I PDTA elaborati e pubblicati nella rete aziendale sono riassunti nell'elenco sottostante.

- ✓ PDTA-SDA-CCC01 GESTIONE DEI TUMORI DEL PANCREAS e DELLA REGIONE PERIAMPOLLARE
- ✓ PDTA-SDA-CCC02 GESTIONE DELLE NEOPLASIE CISTICHE PANCREATICHE
- ✓ PDTA-SDA-CCC03 GESTIONE DELLE TUMORI PRIMITIVI EPATICI (EPATOCARCINOMA E COLANGIOCARCINOMA INTRAEPATICO)
- ✓ PDTA-SDA-CCC04 GESTIONE DEL COLANGIOCARCINOMA DELLA VIA BILAIRE EXTRAEPATICA E DELLA COLECISTI
- ✓ PDTA-SDA-CCC05 GESTIONE DEI TUMORI DELLA CORTICALE DEL SURRENE
- ✓ PDTA-SDA-CCC06 GESTIONE DEI TUMORI DELLA MIDOLLARE DEL SURRENE E DEI PARAGANGLI
- ✓ PDTA-SDA-CCC07 GESTIONE NEOPLASIE ALTO GRADO DELL'ENCEFALO
- ✓ PDTA-SDA-CCC08 GESTIONE METASTASI CEREBRALI
- ✓ PDTA-SDA-CCC09 GESTIONE DELLA COMPRESSIONE MIDOLLARE
- ✓ PDTA-SDA-CCC13 GESTIONE DEI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA-COLLO
- ✓ PDTA-SDA-CCC15 GESTIONE LEUCEMIA ACUTA
- ✓ PDTA-SDA-CCC16 GESTIONE LINFOMI
- ✓ PDTA-SDA-CCC17 GESTIONE MIELOMA MULTIPLO
- ✓ PDTA-SDA-CCC19 GESTIONE NEOPLASIE DEL COLLO DELL UTERO
- ✓ PDTA-SDA-CCC20 GESTIONE NEOPLASIE DELL'ENDOMETRIO
- ✓ PDTA-SDA-CCC21 GESTIONE NEOPLASIE DELLA VULVA
- ✓ PDTA-SDA-CCC22 GESTIONE NEOPLASIE TUBO-OVARICHE
- ✓ PDTA-SDA-CCC26 GESTIONE NEOPLASIE DEL POLMONE
- ✓ PDTA-SDA-CCC29 GESTIONE NEOPLASIA ESOFAGEA E DELLA GIUNZIONE ESOFAGO-GASTRICA
- ✓ PDTA-SDA-CCC30 GESTIONE NEOPLASIA GASTRICA
- ✓ PDTA-SDA-CCC31 GESTIONE CARCINOMA DEL COLON
- ✓ PDTA-SDA-CCC32 GESTIONE ADENOCARCINOMA DEL RETTO

- ✓ PDTA-SDA-CCC33 GESTIONE NEOPLASIA SQUAMOCELLULARE DELL'ANO
- ✓ PDTA-SDA-CCC35 GESTIONE TUMORE DELLA PROSTATA
- ✓ PDTA-SDA-CCC36 GESTIONE TUMORE DEL RENE
- ✓ PDTA-SDA-CCC37 GESTIONE TUMORE DELLA VESCICA
- ✓ PDTA-SDA-CCC38 GESTIONE TUMORE DEL TESTICOLO
- ✓ PDTA-SDA-CCC40 GESTIONE DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA MAMMARIA
- ✓ PDTA-SDA-CCC42 GESTIONE TUMORI EMATOLOGICI PAZIENTE PEDIATRICO
- ✓ PDTA-SDA-CCC43 GESTIONE TUMORI SOLIDI PAZIENTE PEDIATRICO
- ✓ PDTA-SDA-CCC44 GESTIONE TUMORI SISTEMA NERVOSO CENTRALE PAZIENTE PEDIATRICO
- ✓ PDTA-SDA-CCC46 GESTIONE NEOPLASIE CUTE

La condivisione e definizione dei comportamenti organizzativi (procedure e istruzioni operative) e di quelli tecnico-professionali (PDTA) e la loro diffusione costituiscono per l'ASST strumenti fondamentali per la qualità e sicurezza dei processi di erogazione delle prestazioni.

Il sistema documentale aziendale, presente e consultabile su intranet, è aggiornato periodicamente attraverso la condivisione dei contenuti con il GdL.

Nel corso del 2025, al fine di perseguire l'allineamento tra il sistema di gestione del rischio e il sistema di gestione della qualità si implementerà, inoltre, la piattaforma informatica Taleteweb finalizzata al passaggio ad un sistema di gestione documentale di tipo paperless, garantendo la completa gestione e condivisione informatizzata di tutti gli elementi documentali ed organizzativi aziendali, riunendo in un unico sistema di archiviazione tutte le informazioni che l'azienda intende condividere con i propri dipendenti e collaboratori.

Brescia, 31 Marzo 2025

Il Risk Manager

Dr.ssa Marzia Vassalini