



**Provincia Lombardo Veneta  
Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli**

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA  
SUGLI EVENTI AVVERSI E  
SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO  
(Legge 24, 8 marzo 2017, art. 2, comma 5)**

**Anno 2025**

## Sommario

|      |                                                                                               |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.   | Introduzione                                                                                  | 1  |
| 2.   | Contesto di riferimento                                                                       | 2  |
| 3.   | Organizzazione aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti                           | 5  |
| 4.   | La sicurezza delle cure nei Centri e Presidi Fatebenefratelli                                 | 5  |
| 5.   | Fonti informative e strumenti per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio           | 6  |
| 6.   | Le azioni per la sicurezza delle cure: rendicontazione della gestione proattiva e retroattiva | 8  |
| 6.1. | <i>Incident reporting</i>                                                                     | 8  |
| 6.2. | <i>Prevenzione delle cadute delle persone assistite</i>                                       | 9  |
| 6.3. | <i>Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure</i>                               | 11 |
| 6.4. | <i>Monitoraggio delle aggressioni ai danni degli operatori sanitari</i>                       | 13 |
| 7.   | Conclusioni                                                                                   | 14 |

## 1. Introduzione

La gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure sono obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale e componenti strutturali dei LEA.

La Legge n. 24 del 8 marzo 2017, conosciuta anche come Legge Gelli – Bianco e rubricata *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano e pubblichino sul sito aziendale una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti azioni di miglioramento intraprese.

Il Decreto Ministeriale 29 settembre 2017 di istituzione dell’*Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità* identifica gli accadimenti di interesse per la relazione annuale consuntiva, comprendendo tutti gli incidenti correlati alla sicurezza delle cure, siano essi causativi di un danno (eventi avversi) ovvero eventi senza danno ed infine i cosiddetti “quasi eventi” o near miss (ovvero eventi che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Su questi presupposti la presente relazione riporta gli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure e descrive le azioni poste in atto per prevenirne l’accadimento e per aumentare il livello di sicurezza dell’organizzazione sanitaria nella prospettiva più generale del miglioramento delle prestazioni e dei percorsi.

La relazione, redatta ai sensi dell’art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017, si riferisce all’annualità 2025. I dati riportati sono di tipo aggregato e si riferiscono ai Centri e Presidi Fatebenefratelli che afferiscono alla Provincia Lombardo Veneta.

### **2. Contesto di riferimento**

La Provincia Lombardo Veneta (PLV) è un ente ecclesiastico giuridicamente riconosciuto di proprietà dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli.

La Mission della PLV è l'Ospitalità che si esplicita nell'impegno a garantire una assistenza integrale alla persona attraverso interventi di prevenzione e promozione della salute, cura e riabilitazione.

Afferiscono alla PLV strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate con il SSN e dislocate in quattro regioni del Nord Italia - Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Dal 01 luglio 2025, l'Ospedale San Raffaele Arcangelo di Venezia è stato trasferito a nuova proprietà.

Per meglio comprendere il profilo di rischio aziendale e la complessità organizzativa occorre inquadrare il contesto in cui le Strutture Fatebenefratelli erogano i propri servizi, con riferimento particolare all'offerta clinico assistenziale e alla presenza sul territorio.

Le strutture PLV operano in quattro setting di cura: area ospedaliera, area della riabilitazione, area residenziale, area psichiatrica.

Tutti i Centri/Presidi sono integrati nella rete d'offerta dei Servizi Sanitari Regionali con i quali sono convenzionati.

Nel dettaglio, l'offerta di servizi e prestazioni erogati può essere così rappresentata:

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO



TRASFERITO A NUOVA

PROPRIETA' DAL 01 LUGLIO 2025

OSPEDALE SAN RAFFAELE  
ARCANGELO  
Venezia

Centro Servizi  
Ospedale di Comunità  
Hospice  
Medicina fisica e riabilitativa  
Laboratorio Analisi  
Radiologia  
Poliambulatorio



OSPEDALE BEATA VERGINE  
DELLA CONSOLATA  
San Maurizio C.se (TO)

Riabilitazione plurispecialistica di II  
livello  
Poliambulatorio  
DH Alzheimer e Parkinson  
Residenzialità psichiatrica  
REMS  
Radiologia



CENTRO  
SANT'AMBROGIO  
Cernusco S/N (MI)

Residenzialità psichiatrica  
Centro Diurno  
Poliamb. di psichiatria



CENTRO SACRO  
CUORE DI GESU'  
San Colombano al  
Lambro (MI)

Residenzialità psichiatrica  
Residenzialità socio sanitaria  
Centro Diurno  
Centro socio educativo



IRCCS CENTRO SAN  
GIOVANNI DI DIO  
Brescia

Area psichiatrica ospedaliera  
Comunità protetta  
Centro Diurno  
Poliambulatorio e MAC  
Residenzialità sociosanitaria

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO



Le strutture sanitarie sono organizzazioni complesse dove l'esposizione al rischio per i pazienti e i visitatori è condizionata da una pluralità di fattori e variabili riconducibili al volume e complessità delle prestazioni, alle tecnologie sanitarie, alla logistica, all'organizzazione e al carico di lavoro, ai professionisti sanitari, al quadro clinico e al bisogno assistenziale dei pazienti.

Posto che il rischio è una componente ineliminabile dei sistemi complessi, diventa fondamentale attivare strategie e strumenti operativi che possano mitigare la possibilità che si verifichino eventi ed errori evitabili.

A tale fine la funzione di risk management è costantemente impegnata ad analizzare i rischi e i processi e a sviluppare progettualità che rendano il più possibile sicura l'organizzazione.

È importante inoltre rilevare che il paziente e i familiari/caregiver, se opportunamente informati, possono essere preziosi alleati nella promozione della sicurezza delle cure lungo tutto il percorso di cura. Per questa ragione è un valore aggiunto per l'organizzazione ricercare l'alleanza con il paziente rendendo l'informativa sui rischi e coinvolgendolo nelle azioni preventive.

### **3. Organizzazione aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti**

Il modello di governance del rischio sanitario nella PLV prevede un'articolazione organizzativa su due livelli, aziendale e locale.

A livello aziendale è costituita l'unità di gestione rischio aziendale coordinata dal risk manager aziendale con funzioni di indirizzo, gestione, coordinamento e monitoraggio.

A livello locale è identificato un referente per il rischio clinico con funzione di raccordo tra le unità di gestione del rischio della singola struttura ed il risk manager aziendale.

Nel mese di settembre 2025 la dott.ssa Cadau Giulia, risk manager aziendale ha lasciato l'incarico, sostituita nel mese di ottobre dal sottoscritto dott. Samuele Rossoni.

### **4. La sicurezza delle cure nei Centri e Presidi Fatebenefratelli**

Il sistema di prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio sanitario implementato in azienda si sostanzia nell'implementazione e nella diffusione di metodologie, strumenti operativi e attività funzionali a:

- ☐ Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- ☐ Migliorare l'appropriatezza clinico-assistenziale ed organizzativa interventi mirati al miglioramento della sicurezza delle prestazioni erogate, alla prevenzione degli eventi avversi nonché all'adempimento delle linee guida e best practice nazionali e regionali
- ☐ Promuovere la conoscenza del profilo di rischio attraverso la mappatura dei percorsi clinico – assistenziali – riabilitativi
- ☐ Favorire e migliorare la comunicazione nella relazione di cura e ricercare l'alleanza con il paziente nella prevenzione degli eventi avversi.

### 5. Fonti informative e strumenti per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio Sanitario utilizza i dati sui rischi e sugli eventi avversi rilevati attraverso fonti informative consolidate e disponibili nell'Organizzazione.

Le **fonti informative** utilizzate sono:

- Incident Reporting;
- Segnalazioni di caduta paziente/visitatore;
- Segnalazioni Eventi Sentinella (SIMES);
- Reclami e altre segnalazioni dei cittadini utili per la gestione del rischio;
- Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza – Agenas;
- Sinistri e contenzioso giudiziario;
- Sistemi di vigilanza (emo, farmaco e dispositivo).

Le fonti informative si basano su sistemi di segnalazione e di raccolta dati strutturati.

Il monitoraggio delle fonti informative in ingresso, insieme alla conoscenza quantitativa degli eventi indesiderati, dei relativi livelli di gravità ed esito e dei possibili esiti di danno, rappresentano la base metodologica per orientare la programmazione degli interventi correttivi e preventivi in modo coerente con le criticità ed il fabbisogno aziendale.

Occorre precisare che, rispetto alla quantificazione degli eventi avversi, è complesso determinare se l'aumento degli eventi avversi identificati rappresenti un peggioramento nella performance dell'organizzazione sanitaria o un miglioramento nella capacità di intercettare e rilevare gli eventi.

Infatti, ad un investimento nel miglioramento della sicurezza dei pazienti può corrispondere un aumento del numero di eventi avversi registrati, soprattutto nel breve periodo.

Questo non deve tuttavia essere interpretato necessariamente come suggestivo di un deterioramento nella qualità delle cure bensì può essere l'effetto di una aumentata consapevolezza e trasparenza all'interno dell'organizzazione.

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Acquistano importanza anche le informazioni relative alle attività implementate in coerenza con gli indirizzi del Ministero della Salute e di Agenas per l'attuazione delle Raccomandazioni e delle Buone Pratiche e, in generale, ogni altra azione proattiva di promozione della sicurezza a priori. Per rendere l'Organizzazione il più possibile resiliente e ad alta affidabilità, il paradigma di approccio alla gestione del rischio sanitario tende il più possibile a coniugare le attività reattive, conseguenti ad un evento avverso occorso, con le attività di anticipazione del rischio.

\* \* \*

Gli **strumenti** utilizzati sono:

- Mappatura del rischio sanitario
- Monitoraggio delle cartelle cliniche e implementazione di attività di valutazione della completezza e correttezza
- Analisi dei reclami e del contenzioso
- Monitoraggio degli Eventi Sentinella, secondo il Protocollo Ministeriale ed alimentazione dei flussi SIMES
- Attività di auditing (es. significant event audit), che coinvolgono direttamente i professionisti in un percorso di identificazione e segnalazione dei rischi;
- Adesione alle Buone Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida prodotte a livello aziendale e/o regionale/nazionale – reingegnerizzazione dei processi;
- Attività di informazione ai cittadini e ai caregivers su tutte le attività aziendali intraprese per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure;
- Raccordo operativo con la rete di referenti e con la rete dei facilitatori in materia di gestione del rischio clinico
- Applicazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- Implementazione di sistemi di controllo e monitoraggio delle ICA;
- Corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
- Safety Walk Round

### 6. Le azioni per la sicurezza delle cure: rendicontazione della gestione proattiva e retroattiva

Sono di seguito riportate, in forma di schede descrittive sintetiche, le fonti informative disponibili in azienda per la sicurezza delle cure e le corrispondenti azioni di miglioramento e di monitoraggio per la prevenzione del rischio ed il contenimento degli esiti di danno.

È fatta eccezione per la rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella, in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 istitutivo del SIMES prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi Ministeriali siano diffuse con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizze assicurative.

All'interno delle schede sono integrate le azioni di miglioramento individuate e in corso di implementazione/già implementate a seguito di evento avverso nell'ottica di prevenzione del riaccadimento e nella logica dell'apprendimento continuo dall'errore.

#### 6.1. Incident reporting

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Normativa di riferimento (principali riferimenti)</b>                             | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Legge 208/2015</li><li><input type="checkbox"/> Legge 24/2017</li><li><input type="checkbox"/> DM 70/2015</li><li><input type="checkbox"/> Intesa Stato-Regioni 20/12/2012 e 19/2/2015 (criterio 6°)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Descrizione flusso informativo</b>                                                | <p>I sistemi di reporting sono metodi di identificazione del rischio sanitario che si fondano su un approccio reattivo, ossia uno studio a posteriori dell'evento avverso/dell'errore per ricostruirne le cause ed i fattori contribuenti al fine di intervenire con azioni correttive o misure preventive che riducano la probabilità di nuovo accadimento.</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti eventi avversi e near miss e la periodica analisi del flusso consente di delineare il profilo qualitativo del rischio attuale e potenziale e di accrescere la consapevolezza sulle aree critiche all'interno dell'organizzazione.</p> <p>Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sovrastima o sottostima degli eventi correlata alla sensibilità del segnalatore. La segnalazione, infatti, è influenzata dalla diffusione della cultura della non colpevolizzazione del professionista e dalla capacità di apprendimento e di risposta manifestata dall'Organizzazione. Con questi presupposti l'incident reporting non ha alcuna finalità epidemiologica e le segnalazioni non assumono rilievo per la stima dell'incidenza e/o della prevalenza degli eventi.</p> |

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | <p>Il sistema di incident reporting è piuttosto uno strumento di apprendimento continuo, utile ad implementare azioni di cambiamento favorevoli, e spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare una parte degli eventi e delle criticità.</p> <p>La Provincia ha portato a sistema questa metodologia di segnalazione su base volontaria ed anonima a partire dal 2013 con l'adozione di una scheda informatizzata e di una piattaforma dedicate.</p> <p>Il sistema, entrato a regime in tutti i Centri nel 2015, costituisce una delle fonti informative principali per la sicurezza dei percorsi di cura.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Analisi del rischio e criticità nel periodo di riferimento</b>                 | <p>Nell'anno 2025 sono stati notificati n. 734 incident. Rispetto all'anno precedente, con l'Ospedale di Venezia presente ancora nel conteggio, erano stati segnalati 695 incident: si registra, quindi, una costante crescita nell'adesione al sistema.</p> <p>Le tipologie di eventi (eventi avversi e near miss) più frequentemente segnalate sono le cadute accidentali (78%), l'aggressività a danno degli operatori sanitari e tra codegenti (11%), criticità nelle procedure assistenziali e riabilitative (1%) e nella gestione del processo farmacologico in tutte le sue fasi (2%). Resta significativa la segnalazione di errori di identificazione (soprattutto nell'ambito della gestione della terapia farmacologia e delle procedure invasive).</p> <p>Non sono stati notificati eventi sentinella nell'anno 2025.</p> <p>Circa il 91% degli incident non ha esito di danno per il paziente ovvero esiti minimi; il 5% presenta un esito di danno con gravità media e sequele temporanee; il 4% presenta un esito maggiore.</p> |
| <b>Interventi correttivi e azioni di miglioramento nel periodo di riferimento</b> | <p>Tutte le segnalazioni sono gestite dalla funzione di rischio clinico aziendale e locale. Gli eventi maggiormente significativi sono stati analizzati con appositi audit all'esito dei quali sono state intraprese azioni correttive e di miglioramento.</p> <p>Tutte le azioni conseguenti all'analisi sono monitorate per valutare l'effettivo impatto sui processi e sulle procedure in termini di incremento della sicurezza per i pazienti.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Prospettive future</b>                                                         | <p>È interesse dell'azienda mantenere ed ulteriormente implementare l'adesione da parte degli operatori di tutte le figure professionali al sistema di incident reporting per continuare ad alimentare la conoscenza dei rischi, attivi e latenti, ed apprendere dall'esperienza, acquisendo informazioni utili per la gestione del rischio sanitario. Prosegue l'integrazione tra il sistema di incident e la mappatura del rischio sanitario. Sono stati implementati percorsi formativi in merito al sistema, soprattutto nei confronti dei neoassunti.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### 6.2. Prevenzione delle cadute delle persone assistite

|                                                                      |                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                      |                                                                                            |  |
| <b>Letteratura/Normativa di riferimento (principali riferimenti)</b> | <input type="checkbox"/> Ministero della Salute, Raccomandazione n. 13 – 2011<br><input type="checkbox"/> DGR regionali sulla prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti |  |

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrizione flusso informativo</b>                                             | <p>Le cadute in ambito ospedaliero ed assistenziale rappresentano il più comune evento avverso con esiti, anche gravi, per il paziente e conseguenze di danno indiretto in termini di incremento della spesa sanitaria e sociale (es. prolungamento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche suppletive, disabilità o inabilità permanente).</p> <p>La valutazione del paziente per il rischio caduta e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio intrinseci ed ambientali permette di comprimere il rischio e di contenere gli eventuali danni.</p> <p>In tutte le strutture della Provincia sono attivi programmi specifici per la prevenzione, la gestione e il monitoraggio delle cadute che hanno dato attuazione alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 13 attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la predisposizione di procedure e protocolli;</li> <li>- l'adozione di scale e sistemi di valutazione integrata del rischio caduta;</li> <li>- la predisposizione di una scheda aziendale di segnalazione degli eventi, anche senza esiti di danno;</li> <li>- l'analisi sistematica e la valutazione di tutti gli eventi da parte della funzione rischio clinico;</li> <li>- la predisposizione di reportistica resa disponibile agli operatori sanitari.</li> </ul> |
| <b>Analisi del rischio e criticità nel periodo di riferimento</b>                 | <p>Nell'azienda è attivo un sistema di segnalazione delle cadute accidentali che ha registrato negli anni una adesione capillare degli operatori sanitari.</p> <p>In tutti i Centri/Presidi della PLV è in uso una scheda di segnalazione informatizzata specifica per gli eventi di caduta che coinvolgono i pazienti ricoverati e i visitatori. L'uso di una scheda dedicata ha permesso di creare un flusso informativo più completo con riguardo alla dinamica degli eventi, alla correlazione tra fattori di rischio e all'incidenza dell'evento, oltre a consentire un migliore monitoraggio ed evidenza delle azioni correttive predisposte con funzione preventiva. La scheda caduta dedicata, inoltre, consente un migliore dettaglio degli esiti di danno, rendendo obbligatorio indicare la prognosi e gli eventuali provvedimenti terapeutici ed assistenziali adottati.</p> <p>Nel corso del 2025 sono stati rilevati 570 eventi in merito alle cadute.</p> <p>Oltre il 96% delle cadute non ha avuto conseguenze di danno oppure danno lievissimo e il 2% ha registrato un esito maggiore.</p> <p>L'area di maggiore rischio identificata resta quella geriatrica ed i fattori contribuenti rilevati sono età elevata, comorbidità, alterazioni dello stato cognitivo, compromissione della mobilità.</p>                              |
| <b>Interventi correttivi e azioni di miglioramento nel periodo di riferimento</b> | <p>Sono stati revisionate ed aggiornate le procedure e i protocolli per la gestione del rischio caduta. Sono stati, inoltre, implementati eventi informativi e formativi in merito alla tematica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Prospettive future</b>                                                         | <p>Il tasso di cadute è rimasto stabile nell'ultimo triennio e coerente con i dati dei sistemi regionali di riferimento.</p> <p>Sono obiettivi primari dell'organizzazione il mantenimento di un alto livello di consapevolezza degli operatori sanitari sull'importanza della prevenzione e il potenziamento delle strategie preventive.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

### 6.3. Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure



La PLV promuove l'implementazione e rileva annualmente lo stato di adesione dei suoi Centri e Presidi alle Raccomandazioni emesse dal Ministero della Salute nell'ambito della creazione di un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore. Le Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi e di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori.

L'implementazione delle Raccomandazioni è adempimento correlato ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e debito informativo verso l'Osservatorio Regionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza ai sensi della Legge 24/2017. L'esito dell'ultimo monitoraggio restituisce un livello di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali complessivamente alto.

| Raccomandazione                                                                                                                     | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| N°1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - KCl ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio | 100% |
| N°2 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico             | 100% |
| N°3 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura                           | 100% |
| N°4 - Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale                                                       | 100% |
| N°5 - raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO                                        | 100% |
| N°6 - Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto                                       | 100% |
| N°7 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica                | 100% |

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

|                                                                                                                                                  |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| N°8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari                                                        | 100% |
| N°9 - Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali  | 85%  |
| N°10 - Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati                                              | 85%  |
| N°11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)                      | 85%  |
| N°12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike"                                                                  | 85%  |
| N°13 - Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie                                      | 100% |
| N°14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici                                                    | 100% |
| N°15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del PS         | 100% |
| N°16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500g non correlata a malattia congenita | 80%  |
| N°17 - Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica                                                                        | 90%  |
| N°18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli                | 100% |
| N° 19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide                                                              |      |

Particolare attenzione è stata prestata alla diffusione capillare delle raccomandazioni in tema di gestione in sicurezza del farmaco e della terapia farmacologica, anche attraverso la revisione di procedure e protocolli ed alla mappatura dei rischi correlati al processo nei diversi setting di assistenza.

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

### 6.4. Monitoraggio delle aggressioni ai danni degli operatori sanitari

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Letteratura/Normativa di riferimento (principali riferimenti)</b>              | <input type="checkbox"/> Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8 - 2010<br><input type="checkbox"/> Legge 113/2020<br><input type="checkbox"/> DGR e Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari<br><input type="checkbox"/> National Institute for occupational safety and health (NIOSH), Violence occupational hazard in hospitals                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Descrizione flusso informativo</b>                                             | <p>La violenza contro gli operatori sanitari è un fenomeno critico ed in costante aumento a livello nazionale.</p> <p>Considerando i dati relativi agli Eventi Sentinella inviati al Ministero della Salute (segnalazioni pervenute tra il 2005 e il 2012) gli <i>“atti di violenza a danno di operatore”</i> risultano, per frequenza, al quarto posto (8,6% del totale) tra tutti quelli segnalati.</p> <p>La normativa nazionale e i piani socio sanitari regionali promuovono la definizione di strategie e di programmi di prevenzione e monitoraggio orientati alla riduzione del rischio e ad accrescere la consapevolezza del fenomeno.</p>          |
| <b>Analisi del rischio e criticità nel periodo di riferimento</b>                 | <p>Nell'anno 2025 le segnalazioni di aggressione ai danni degli operatori sanitari sono state 34 con un trend nettamente in diminuzione rispetto all'anno precedente (65 eventi di aggressione nel 2024).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Interventi correttivi e azioni di miglioramento nel periodo di riferimento</b> | <p>È proseguito, in collaborazione con il Servizio di Protezione e Prevenzione, il monitoraggio delle segnalazioni degli episodi di violenza verso gli operatori sanitari notificate mediante flusso informativo aziendale dedicato e attivo sin dal 2014.</p> <p>La funzione rischio clinico ha integrato nel progetto dei Safety Walk Round (giri per la sicurezza) la valutazione dei fattori di rischio per le aggressioni ai danni degli operatori sanitari favorendo l'adozione di azioni correttive immediate e/o l'avvio di studi di fattibilità per l'adeguamento degli spazi o per la dotazione di sistemi di chiamata o di videosorveglianza.</p> |
| <b>Prospettive future</b>                                                         | <p>Si confermano le azioni già implementate nell'ambito di una azione sinergica di tutte le funzioni coinvolte e con la prospettiva di addivenire ad una policy aziendale.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

### 7. Conclusioni

Diverse componenti contribuiscono a definire, all'interno di una organizzazione sanitaria, il livello di sviluppo di una forte cultura della sicurezza.

Sostenere ed alimentare in modo costante la cultura della sicurezza nella policy di ciascuna organizzazione, anche attraverso il coinvolgimento attivo delle persone assistite, dei loro familiari e dei caregiver, dell'associazionismo, dei professionisti e degli stakeholders in senso lato, è presupposto fondamentale per il buon funzionamento del processo di gestione del rischio clinico.

In parallelo è fondamentale accrescere la consapevolezza dei professionisti sui rischi correlati alle loro attività e sulle best practice efficaci nel ridurre l'occorrenza e la gravità degli eventi avversi e degli errori.

Quando si parla di sicurezza delle cure occorre necessariamente considerare, da un lato, la grande varietà e complessità degli accadimenti che possono verificarsi e, dall'altro lato, i dati che possono essere raccolti e monitorati attraverso le fonti informative strutturate in azienda per delineare il profilo di rischio.

La presente relazione, coerentemente alla ratio sottesa alla norma, restituisce in modo trasparente l'impegno costante della Provincia Lombardo Veneta nel monitoraggio dei rischi, nell'attuazione delle azioni di miglioramento, nella prevenzione degli eventi avversi e nella tempestiva gestione degli stessi anche attraverso la riduzione ed il controllo delle loro eventuali conseguenze negative.

*La relazione è stata redatta dal Risk Manager Aziendale, dott. Rossoni Samuele*