

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

Anno 2025

Relazione ai sensi dell'Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24

L'INCIDENT REPORTING

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

Il sistema di segnalazione volontaria assolve principalmente ai seguenti scopi:

- sviluppo tra il personale di una cultura della sicurezza senza colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore o una non conformità;
- incrementare la sensibilità nei confronti di percezione, rilevazione e gestione del rischio e l'esigenza di "imparare dall'esperienza" vissuta nei singoli contesti e nei processi organizzativi.

Tutti gli operatori della Fondazione hanno la possibilità di segnalare, anche in forma anonima, eventi avversi e/o near miss avvenuti in ambito clinico ed organizzativo. A tal fine è disponibile, in formato cartaceo e informatizzata, una scheda dedicata per la segnalazione spontanea degli eventi e dei near miss al SS Qualità e Risk Management.

Tutti le tipologie di segnalazione vengono raccolte e categorizzate in database. Le schede per la segnalazione di incident sono disponibili sulla rete intranet. Di seguito l'elenco:

- PIRS PATIENT INCONVENIENCE REPORTING SYSTEM REPARTO AMBULATORIO DIAGNOSTICHE [MOD208](#)
- PIRS PATIENT INCONVENIENCE REPORTING SYSTEM BLOCCO OPERATORIO [MOD 181](#)
- PIRS PATIENT INCONVENIENCE REPORTING SYSTEM RADIOTERAPIA [MOD 207](#)
- Segnalazione CADUTE [MOD 134](#)
- Segnalazione ERRORI DI TERAPIA [MOD 151](#)
- Modulo per la valutazione e gestione delle LESIONI DA DECUBITO [MOD 187](#)
- Modulo per la rilevazione e monitoraggio di STRAVASO di farmaci antiblastici [MOD 162](#)
- Segnalazione AGGRESSIONE [MOD 273](#)

DEFINIZIONI

Evento evitato (Near miss o close call): Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica solo per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento propriamente detto (Incident): Errore che ha dato o aveva la potenzialità di produrre un danno/conseguenza.

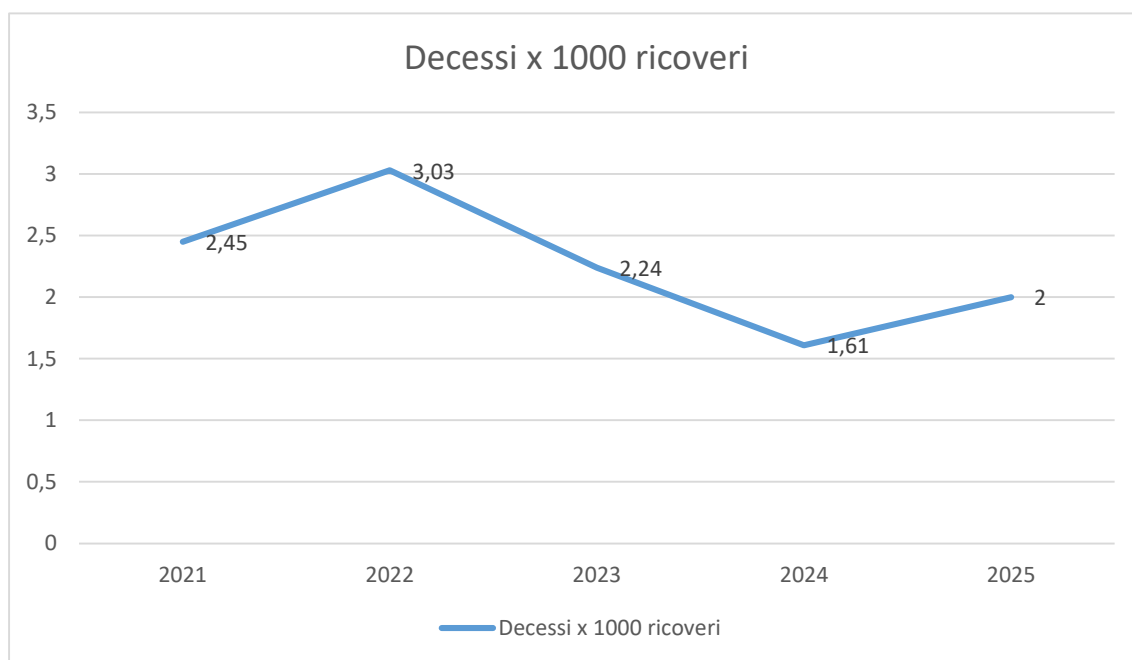
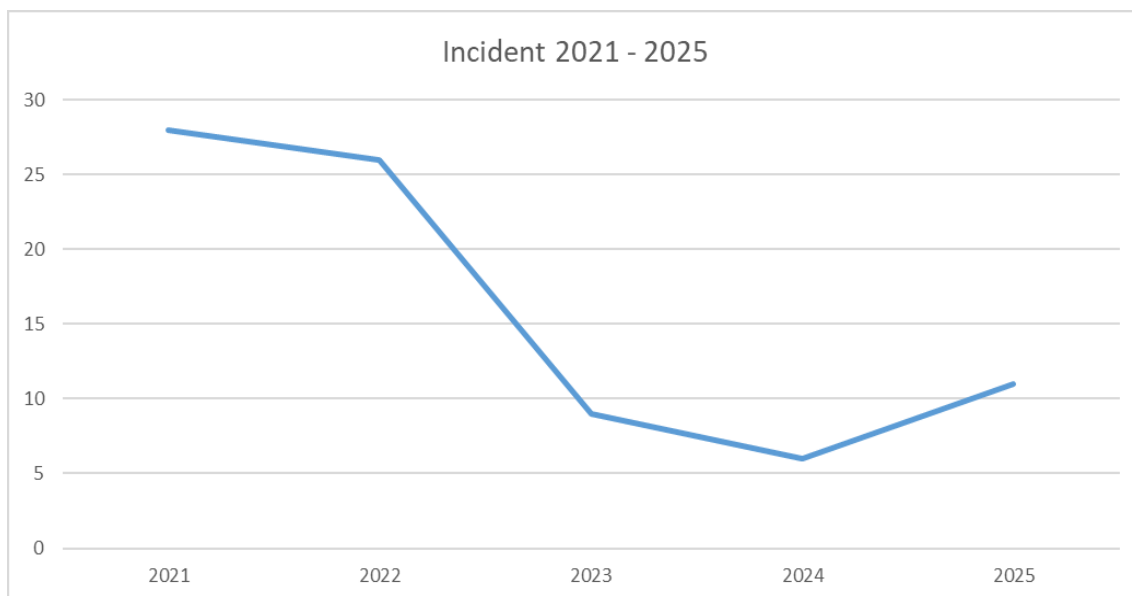
Evento Sentinella (Sentinel event): Evento avverso di particolare gravità potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

ATTIVITA' DI INCIDENT REPORTING 2021 - 2025

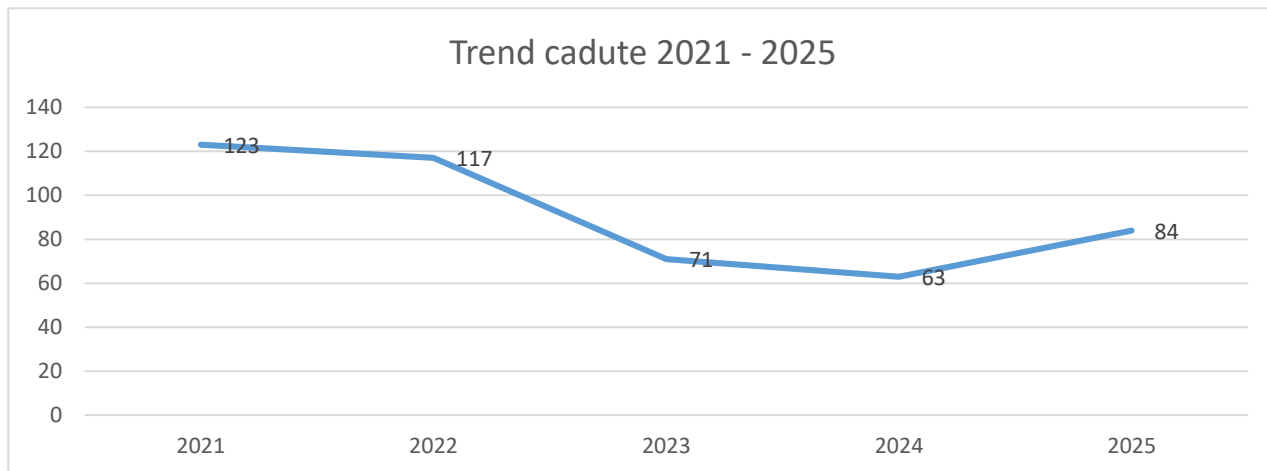
ANNO	2021	2022	2023	2024	2025	NOTE
Near Miss	6	11	18	13	18	
Incident	28	26	9	6	11	
Eventi sentinella	0	0	0	0	1	
Decessi intraospedalieri x 1000 ricoveri	2,45	3,03	2,24	1,61	2,81	Dato correlabile alla variabilità del case mix
Cadute senza danno	105	110	61	50	57	
Cadute con danno lieve	14	6	7	11	25	
Cadute con danno moderato/grave	2	1	3	2	2	
Stravasos	0	0	0	0	0	
Aggressioni	4	5	12	8	9	
Totale pazienti ricoverati	4.900	4.944	4.903	4969	4969	

Tab. I

Nella Tab. I sono riassunti i dati inerenti all'attività di incident reporting della Fondazione per quanto riguarda il periodo 2021 – 2025, i dati sono aggiornati al 31/12 di ogni anno. Nel corso degli anni il personale della Fondazione è stato sensibilizzato alla segnalazione di situazioni potenzialmente pericolose per il paziente o per lo stesso personale, mediante compilazione di apposita modulistica. La segnalazione pervenuta viene valutata dal personale della SS Qualità e Risk Management, categorizzata e inserita in apposito database.



Il tasso di mortalità intraospedaliera per 1000 ricoveri del 2025 si allinea al trend medio dei 5 anni precedenti rimanendo comunque in diminuzione rispetto al 3,03 del 2021. Tutti i decessi vengono analizzati anche al fine di individuare elementi di interesse di rischio clinico e di responsabilità sanitaria secondo la Legge Gelli-Bianco.



Il trend delle segnalazioni pervenute in merito all'evento caduta è in diminuzione dal 2021 al 2025. Il tasso del dato per 1000 ricoveri è stabile. Nel corso degli anni risultano costanti anche le modalità di caduta e le sedi di più frequente riscontro: in particolare, la maggiore frequenza avviene nelle aree di degenza dove sono ricoverati pazienti con disturbi del movimento, pazienti con deficit motori, epilessia, disturbi dell'equilibrio e in pazienti con decadimento cognitivo. La modalità migliore di prevenzione per questi pazienti è la presenza del caregiver, per un migliore supporto al paziente e prevenire l'assunzione di iniziative motorie autonome e inappropriate.

STRAVASO/LESIONI DA PRESSIONE

La predisposizione di una procedura operativa ad hoc, l'introduzione nel corso degli anni di tecnologie e device appropriati per l'infusione di CMT, come i PICC (Catetere Venoso Centrale a Inserzione Periferica) e i middle line hanno pressoché azzerato il rischio di stravasamento, come evidente nella tabella.

Anche per le Lesioni da Pressione la procedura dedicata e l'utilizzo di presidi (superfici/letti antidecubito etc) per la prevenzione delle lesioni da pressione hanno garantito il quasi annullamento del rischio. La stabilità è confermata dal mantenimento del numero di giornate di Uso di presidi di prevenzione del rischio LdP pari a una Media <1500 gg degenza annui.

AGGRESSIONI

Stante una ridotta tendenza alla segnalazione degli episodi di aggressione da parte del personale, soprattutto quando gli aggressori manifestano la capacità di identificazione dell'interessato/a, il trend nell'ultimo triennio risulta in aumento. L'assenza di Pronto Soccorso riduce notevolmente l'esposizione del personale a fenomeni di aggressione verbale e/o fisica, non sono pervenute segnalazioni dal personale afferente al Centro Unico Prenotazioni o front office ambulatoriale. Le segnalazioni pervenute sono ascrivibili nella loro totalità ad episodi avvenuti in area di degenza, classificabili come aggressioni verbali da parte di familiari di pazienti degenti. Le patologie trattate all'interno dell'Istituto prevedono comunque una attenta valutazione delle necessità dei pazienti, al fine di minimizzare la probabilità di insorgenza di potenziali eventi violenti contro il personale sanitario e non sanitario.

INCIDENT/NEAR MISS

TIPOLOGIA INCIDENT/NEAR MISS	INCIDENT	NEAR MISS	TOT	%
Gestione Emocomponenti/Emoderivati	1	2	3	16.6
Difficoltà Comunicative utenza/operatori	0	1	1	5.6
Errori di Terapia	2	0	2	11.1
Errore di valutazione clinica/assistenziale	0	0	0	0
Malfunctionamento applicativi/dispositivi medici	1	1	2	11.1
Ritardata diagnosi e/o ritardo terapeutico	0	0	0	0
Applicazione errata della procedura	2	0	2	11.1
Caduta	3	1	4	22.2
Ritardo refertazione	0	0	0	0
Mancanza procedura specifica	0	0	0	0
Difetto comunicativo	2	2	4	22.2
Totale	11	7	18	100

Le segnalazioni di incident/near miss sono state nello 0% dei casi categorizzate come errori di valutazione clinica/assistenziale.

Il 22.2% è rappresentato da eventi inerenti a **difficoltà comunicative tra utenza e operatori**, che solamente in una minoranza dei casi hanno esitato in segnalazioni di aggressione verbali. Parte considerevole degli eventi analizzati era ascrivibile a difetti comunicativi tra operatori di diversi servizi/aree di degenza, in assenza di ripercussioni effettive sul paziente. L'**applicazione errata della procedura** di riferimento ha determinato la segnalazione di n. 2 tra incident e near miss, senza effetti di rilievo clinico sui singoli pazienti: sono stati discussi i casi di maggiore rilevanza (2), identificando la causa che ha determinato l'avvenimento e sono state di conseguenza adottate le azioni di mitigazione più idonee.

Sono stati presi in considerazione tutti gli eventi caduta (4), di questi è stata effettuata una valutazione mediante incident di 3 situazioni, una di queste in seguito classificata come evento sentinella (modifica del setting assistenziale).

Milano, 07 giugno 2026

Dr. Francesco Olini

Risk Manager