

Anno 2024

Relazione annuale ex art.2 L.24-2017

PREMESSA

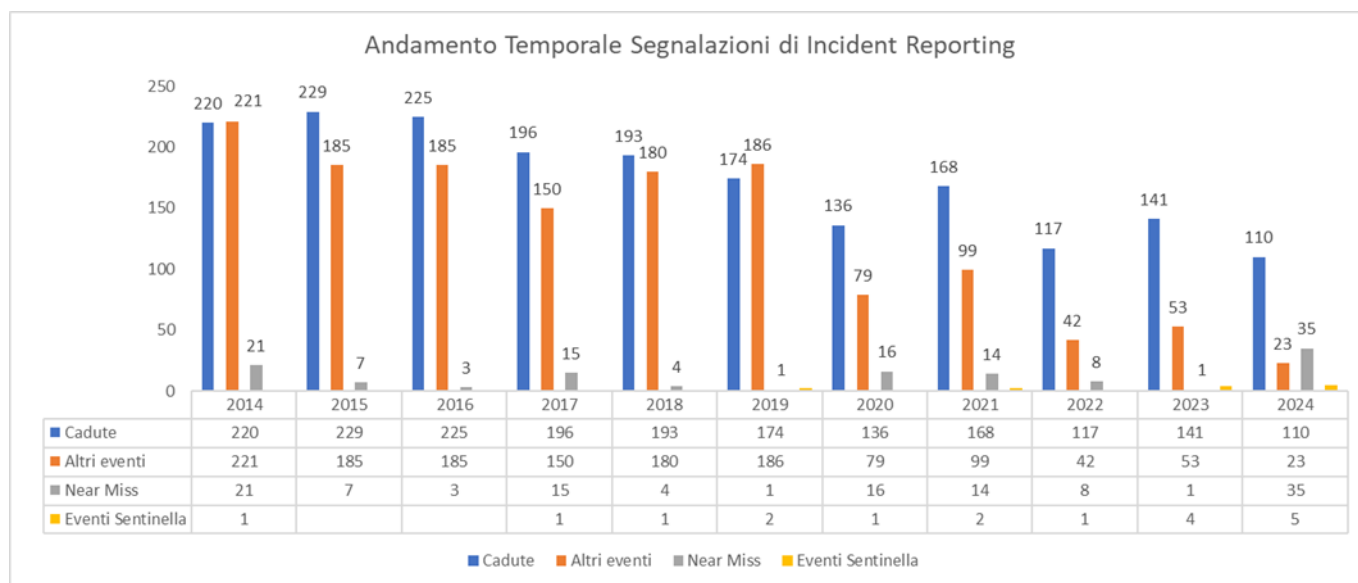
La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Eventi, near miss e cadute

L'ASST di Crema dispone di un sistema decennale di segnalazione degli eventi avversi. Tutti gli operatori hanno la possibilità di segnalare utilizzando l'apposita modulistica che nel 2024 è stata modificata con la creazione di una scheda specifica per le cadute e l'adeguamento della scheda di *incident reporting* alle richieste regionali.

Segnalazioni

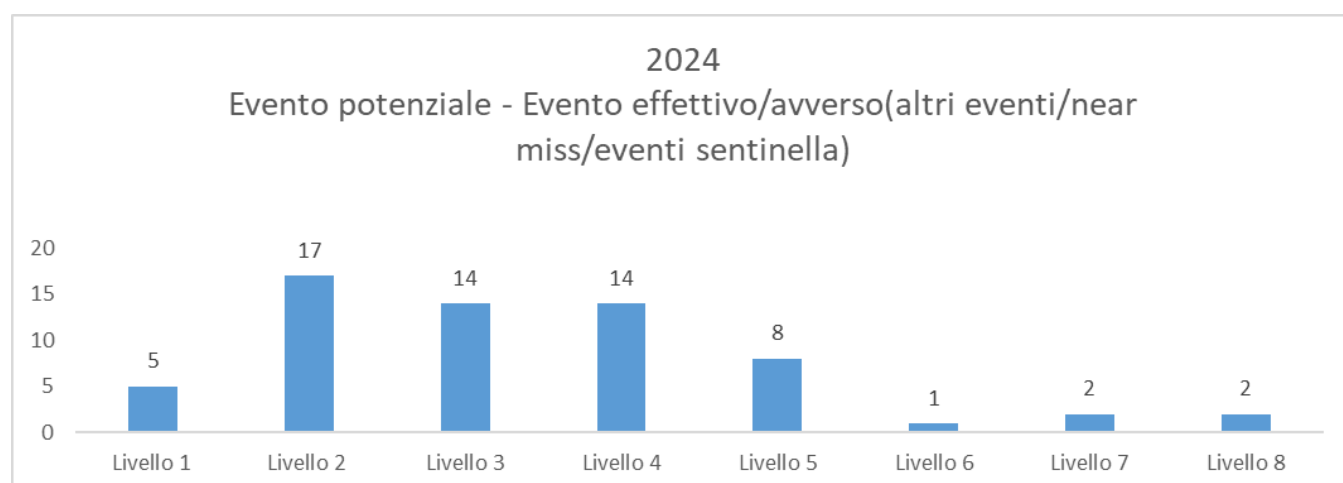
Il grafico mostra l'andamento delle segnalazioni nel decennio 2014 - 2024, dove si registra una flessione.



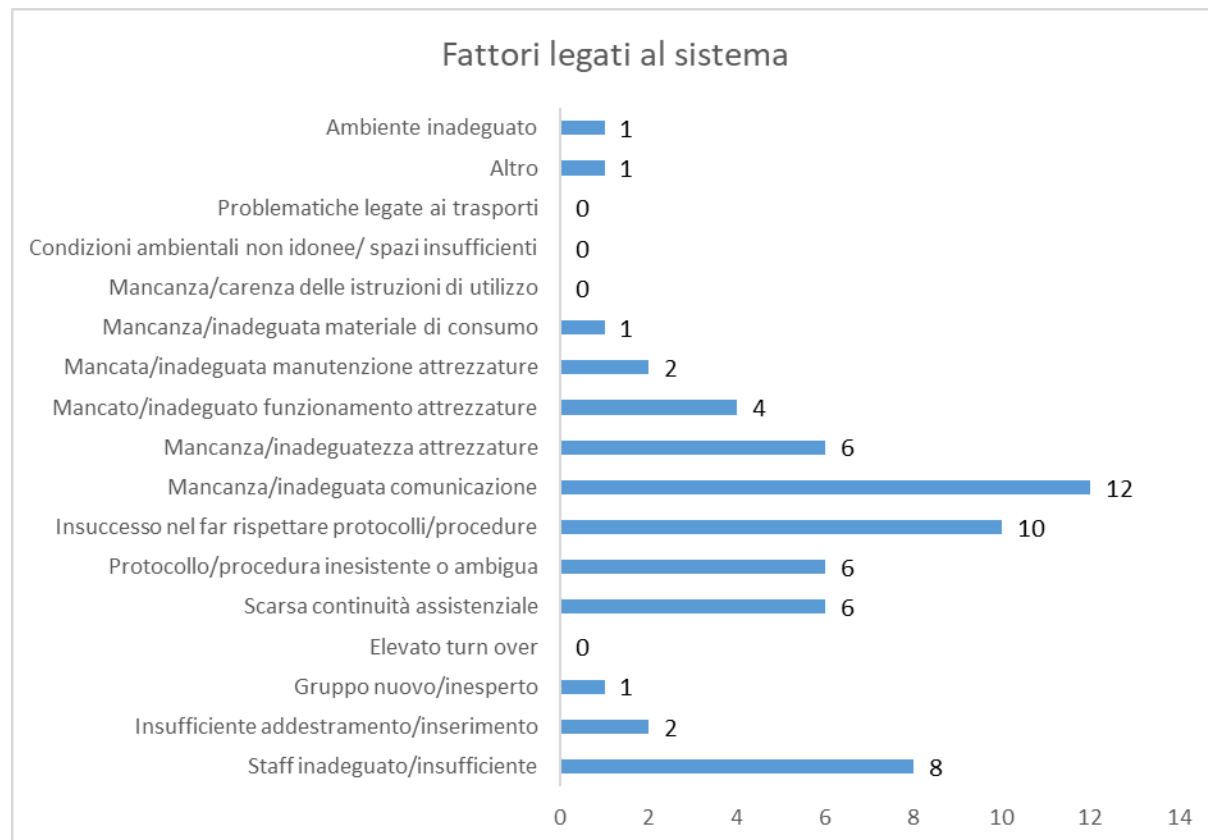
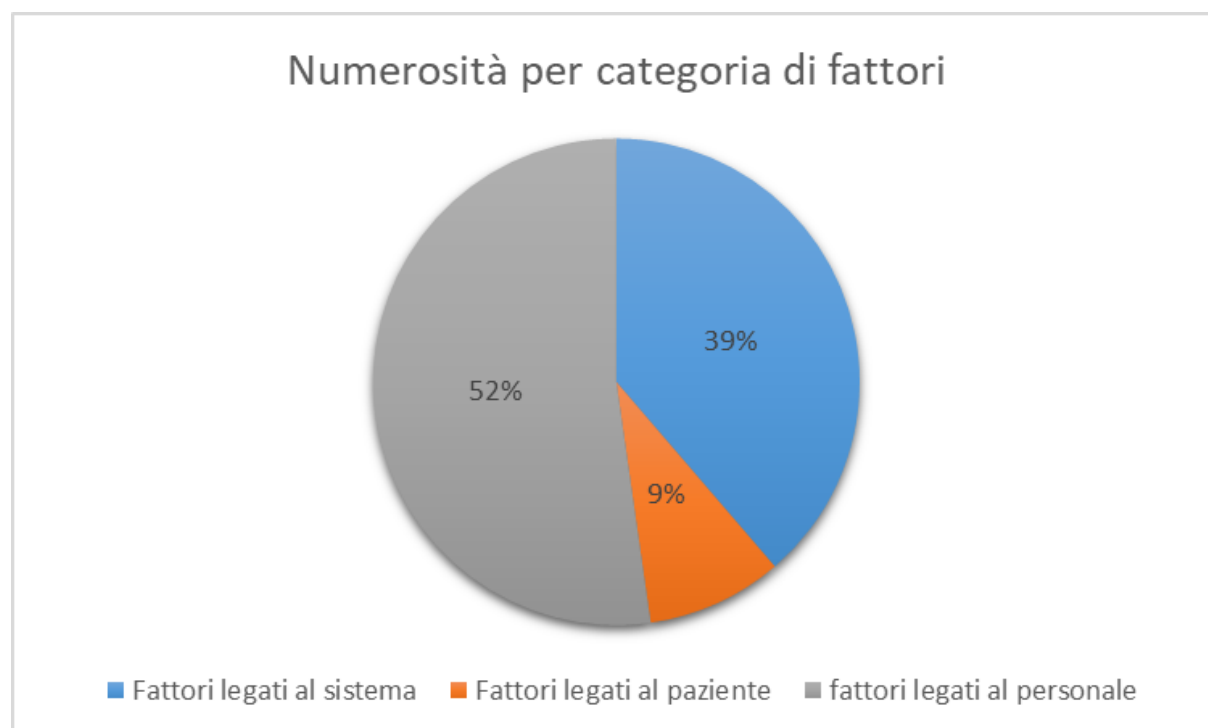
Si riportano, di seguito, la tabella con i criteri di classificazione e il grafico degli eventi classificati come da indicazione regionale.

Tab 1 Criteri di classificazione

| Esito (classe di danno) dell'evento | Livello di gravità |
|--|--------------------|
| Situazione pericolosa/danno potenziale, evento non occorso (es. personale insufficiente, pavimento pericolosamente sdruciolevole) | 1 |
| Situazione pericolosa/danno potenziale, evento occorso ma intercettato che avrebbe potuto causare gravi conseguenze, ma che per ragioni fortuite non le ha provocate (es. errore nella terapia farmacologica intercettato prima della somministrazione) | 2 |
| Nessun esito – evento in fase conclusiva – nessun danno occorso evento senza danno | 3 |
| Evento con esito minore –danni minori o danni emotivi che non richiedono trattamento | 4 |
| Evento con esito moderato – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori/trattamenti minori (es. monitoraggio della glicemia, cambio dosaggio nella somministrazione della terapia insulinica, bendaggi) | 5 |
| Evento con esito tra moderato e significativo – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/– indagini diagnostiche maggiori – intervento chirurgico | 6 |
| Evento con esito significativo pericolo di vita e/o disabilità permanente prolungamento della degenza oltre i sette giorni | 7 |
| Esito severo decesso | 8 |

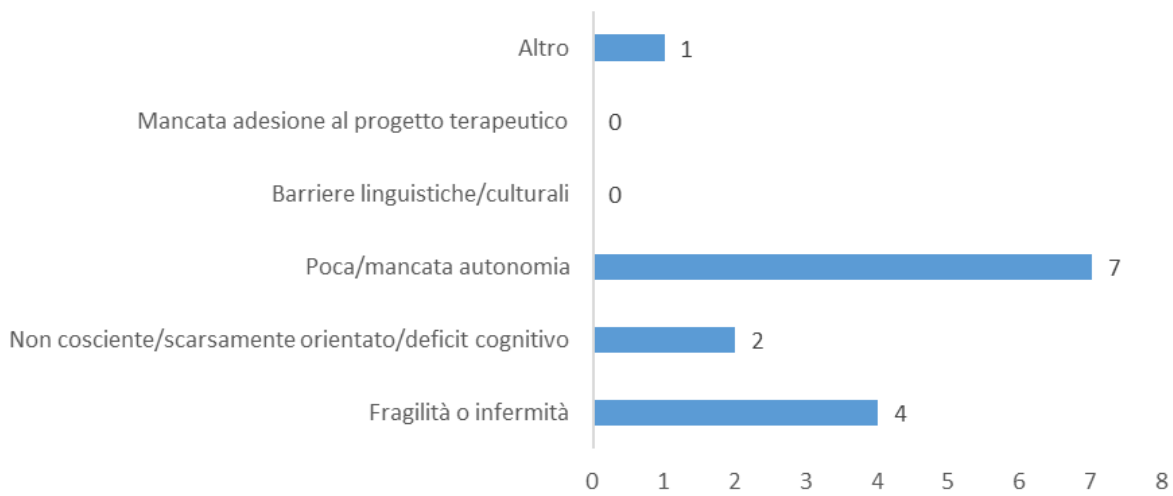


I grafici successivi danno evidenza delle segnalazioni e dei *near miss* evidenziati per categorie e per singoli fattori contribuenti¹.

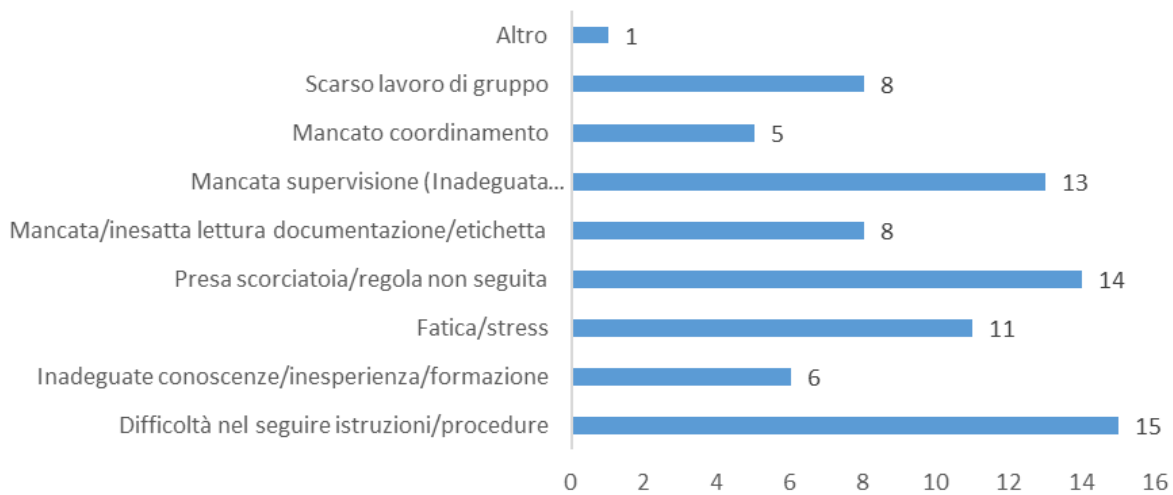


¹ La scheda di nuova introduzione prevede la possibilità di scegliere più di un fattore contribuyente

Fattori collegati al paziente



Fattori legati al personale



Le cause principali che hanno determinato *near miss*/eventi avversi sono riconducibili a:

- problemi di comunicazione;
- deviazioni dall'applicazione delle procedure aziendali.

Cadute

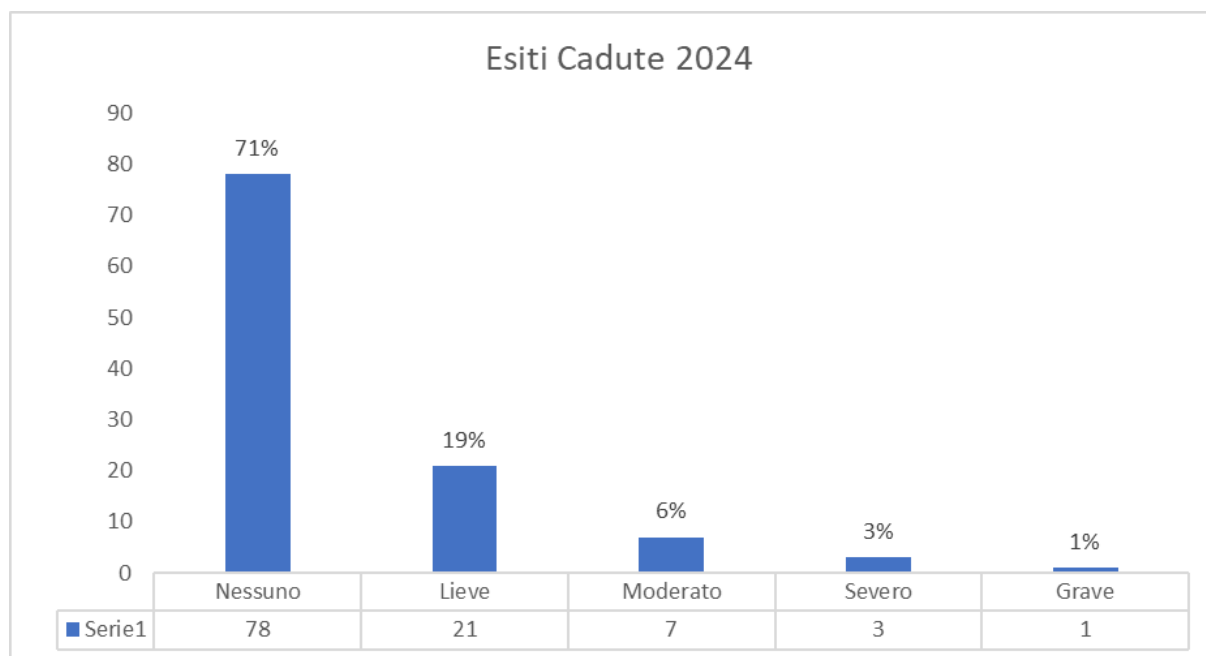
Sono riportati di seguito i dati relativi alle cadute verificatesi nel corso del triennio 2022-2024 analizzati in relazione alle giornate di degenza.²

Tasso di cadute per 1000 gg di degenza

| | 2022 | 2023 | 2024 |
|-------------------------------|------|------|------|
| n. cadute | 117 | 140 | 96 |
| cadute per 1000 gg di degenza | 1.1 | 1.2 | 0.80 |

Il tasso di cadute in relazione al numero di ricoveri³ che risulta essere 0,69%, il calcolo è stato avviato a partire dal 2024; dal calcolo sono escluse le cadute dei visitatori e degli accessi ambulatoriali.

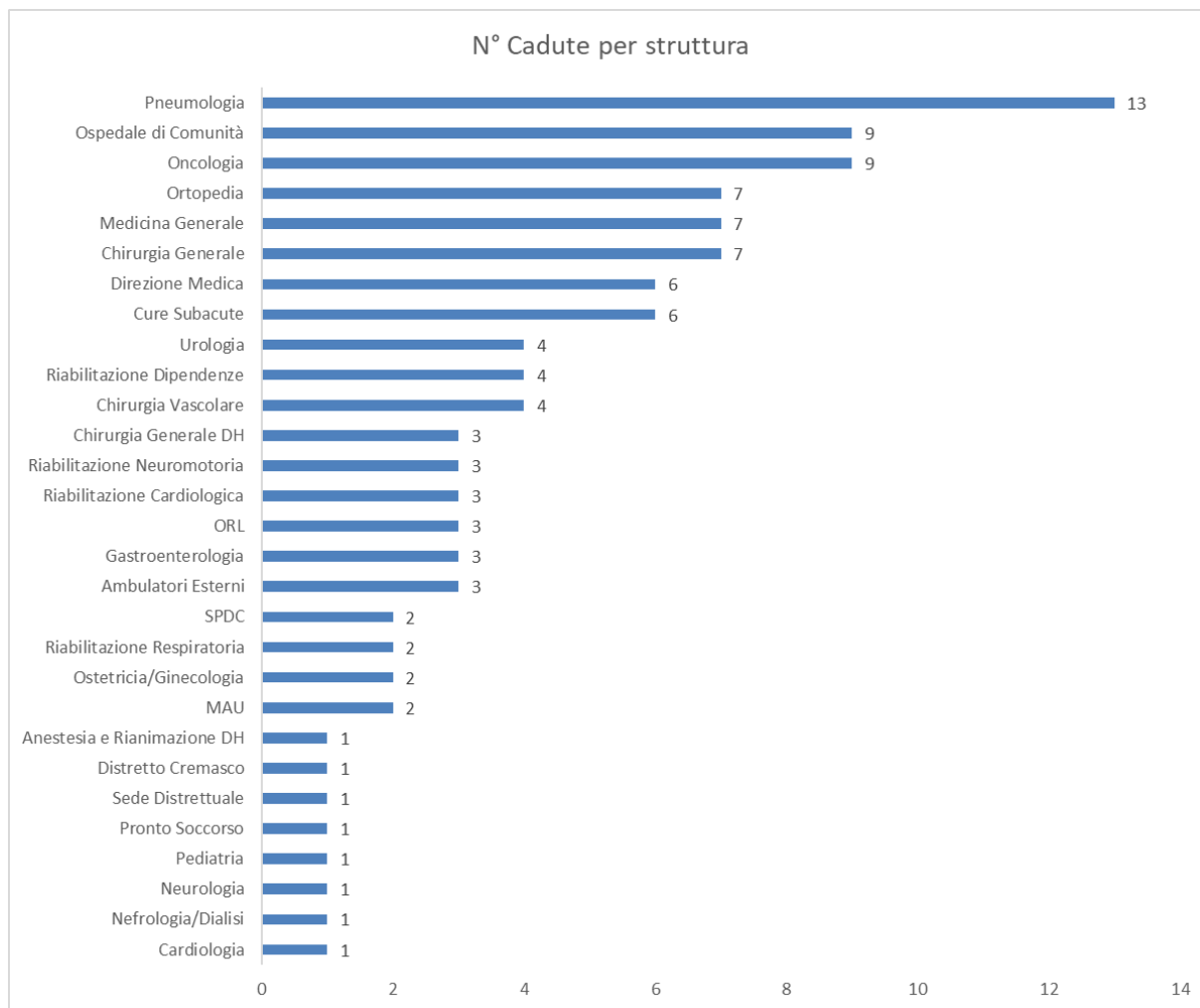
I grafici successivi danno evidenza degli esiti delle cadute e il n. di cadute per struttura relativi al 2024 nei diversi setting di cura.



Si evidenzia che nel 89% dei casi le cadute non hanno determinato conseguenze meritevoli di approfondimento (71% nessun esito, 19% esiti lievi). I casi più gravi sono stati oggetto di analisi.

² I dati sono aggiornati al 31-01-2025

³ I dati sono aggiornati al 31-01-2025



Eventi sentinella

Nel corso del 2024 si sono verificati 4 eventi sentinella.

Nel dettaglio:

- un grave danno da caduta;
- un caso di atti di violenza nei confronti di operatori del PS;
- una morte conseguente a infezioni correlate all'assistenza;
- una morte correlata a ritardo diagnostico.

Gli eventi sono stati inseriti nel portale e trattati nei tempi previsti; in particolare si segnala che il caso con ID14749 si è concluso con esito favorevole dopo intervento chirurgico di riduzione della frattura mentre per il caso con ID 15194 la prognosi peggiore è stata di 5 giornate.

| Lista eventi sentinella | | | | | |
|-------------------------|---|-----------------|-------------|-----------|---------------------|
| | Tipologia Evento | Identif. Evento | Data Evento | Regione | Struttura Sanitaria |
| ○ | MORTE CAUSATA O CONCAUSATA DA INFEZIONE CORRELATA ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI OSPEDALIERE | 15707 | 20/08/2024 | LOMBARDIA | ASST DI CREMA |
| ○ | MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA VIOLENZA VERSO O NEI CONFRONTI DI OPERATORE | 15194 | 24/06/2024 | LOMBARDIA | ASST DI CREMA |
| ○ | MORTE O GRAVE DANNO CORRELATO AD ERRORE E/O RITARDO DI DIAGNOSI MEDICA | 14824 | 20/02/2024 | LOMBARDIA | ASST DI CREMA |
| ○ | MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE | 14749 | 12/01/2024 | LOMBARDIA | ASST DI CREMA |

Nel corso del 2024 si sono verificati tre casi di mortalità perinatale rientranti nel campo di applicazione del modello organizzativo per la sorveglianza attiva della mortalità perinatale: due morti antepartum (ID 213 e 401) e un nato vivo e deceduto a due ore dalla nascita (ID 372).

I casi sono stati discussi nel corso di specifici S.E.A. (*significant event audit*) con l'equipe che ha gestito il caso e i referenti aziendali per la mortalità perinatale.

Il caso con ID.213 è stato analizzato dal gruppo regionale con conferma delle conclusioni cliniche e indicazioni per migliorare la stesura dei referti di anatomia patologica.

Aggressioni

Gli episodi di aggressione nei confronti degli operatori segnalati nel 2024 sono stati 28 (71 % in PS) di cui solo 8 sono sfociati in segnalazione di infortunio; la maggioranza dei casi è riferibile ad aggressioni di tipo verbale.

Interventi

Tutte le segnalazioni sono state monitorate e valutate; in particolare gli eventi sentinella sono stati oggetto di *root cause analysis* per l'individuazione della causa radice e la programmazione delle azioni di miglioramento.

I casi di mortalità perinatale sono stati oggetto di *significant event audit* come previsto dal modello organizzativo regionale di sorveglianza di mortalità perinatale.

I near miss in relazione alla potenziale gravità sono stati:

- trattati come eventi sentinella;
- analizzati con gli attori per individuare azioni correttive;
- discussi con le funzioni competenti per l'attuazione degli interventi necessari.

Si riportano a titolo esemplificativo e non esaustivo alcuni interventi di miglioramento:

- modifiche organizzative;
- aggiornamento procedure;
- modifiche logistico-strutturali;
- attività di *risk assessment* finalizzato;
- osservazioni sul campo;
- programmazione attività formative.