



RELAZIONE EVENTO AVVERSO 2025

Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 08 marzo 2017
Ai sensi dell'art. 4 comma 3 della legge 08 marzo 2017



INTRODUZIONE

Così come affermato dal Manuale del Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari” la sicurezza dei pazienti è uno “dei fattori determinanti per la qualità delle cure” e costituisce elemento qualificante del SSN oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

Come indicato nella normativa per l’Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie private accreditate (rif. DCA 124/2012), la gestione degli eventi avversi è un requisito meritorio tra quelli di classe “C” per l’accreditamento istituzionale, sia in termini di gestione che di formazione del personale interessato.

La struttura ha, quindi, sin dal 2012 intrapreso un percorso di gestione degli eventi avversi basato sulla segnalazione di ogni tipologia di evento (evento sentinella, evento avverso, near miss event) e sulla analisi dello stesso da parte del Team di Risk Management interno.

Tale sistema, come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria, risentono del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza; per tanto l’azienda si è impegnata a sviluppare corsi di formazione sulla gestione degli eventi avversi per tutto il personale a cadenza periodica.

È ormai noto in letteratura (rif. Proporzione di Heinrich) che la segnalazione sia lo strumento principale per identificare le situazioni potenzialmente pericolose e consenta alla struttura di attivare quelle misure preventive che riescano statisticamente a ridurre danni a pazienti ed incidenza degli eventi avversi nella normale gestione delle attività.

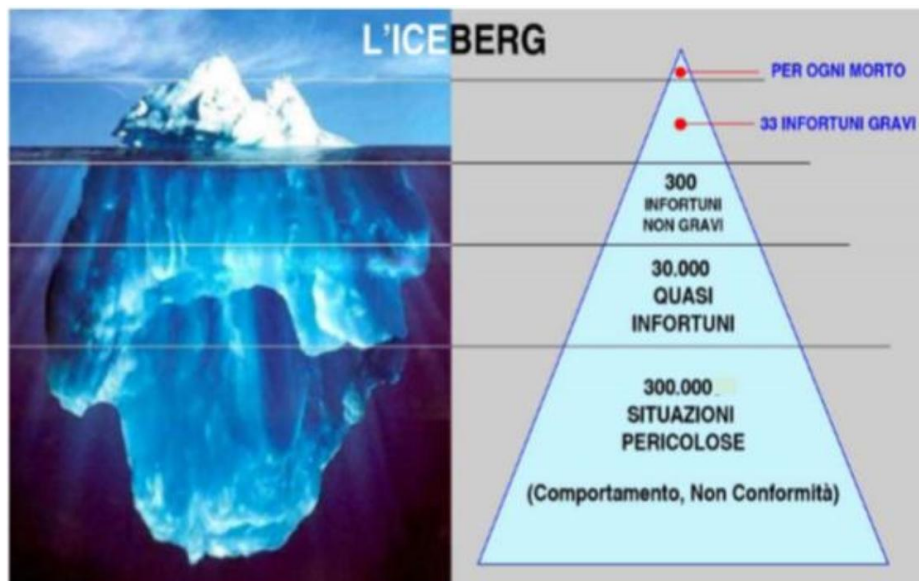


Figura 1 - Metafora dell'Iceberg

Con la presente relazione, nello spirito di quanto previsto dall'art. 2 comma 5 della legge n° 24 dell'08 marzo 2017, intendono rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati nel corso dell'ultimo anno, segnalati con i tradizionali sistemi di incident reporting

1. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto deciso dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito delle quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2012 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato l'evento. Al fine di perseguire un corretto monitoraggio dei processi, l'azienda attua un sistema di segnalazione e gestione degli eventi sentinella identico a quello degli eventi avversi, come dettagliato nel seguente diagramma di flusso:

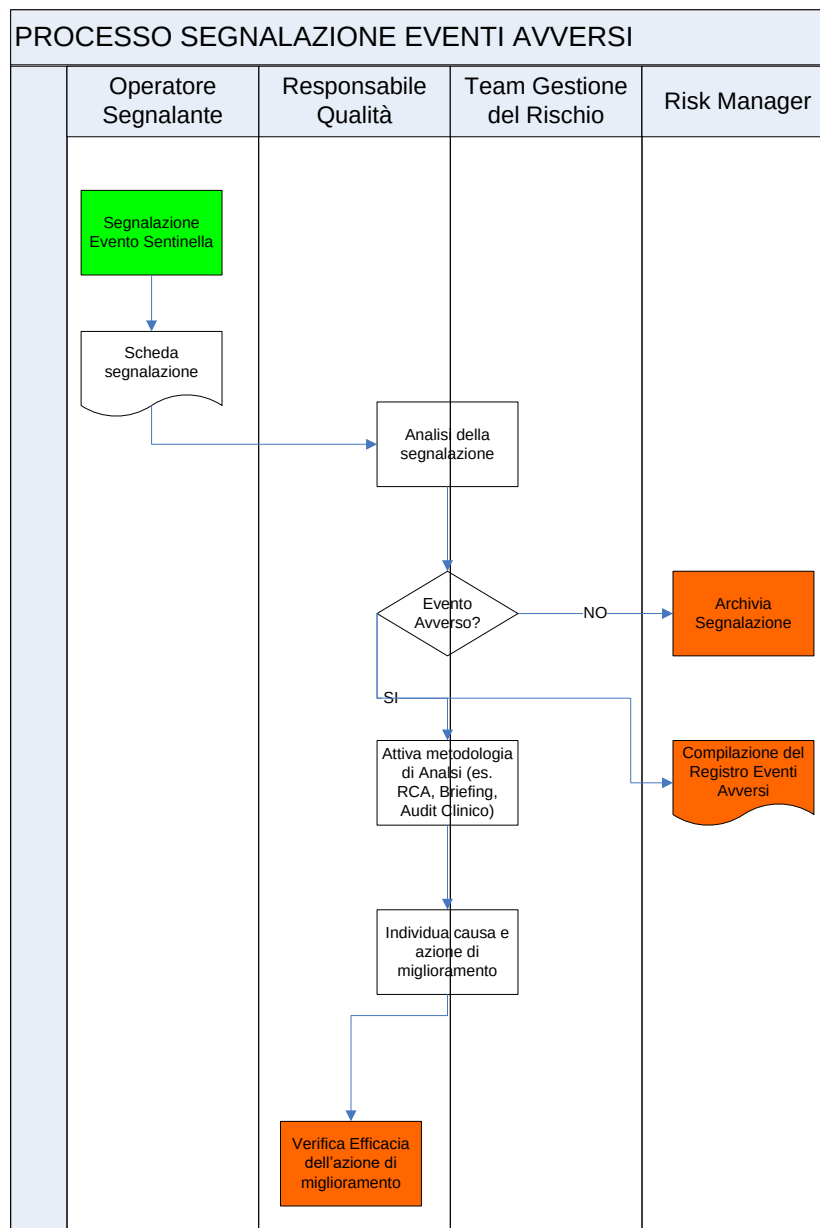


Figura 2 - Diagramma di flusso Gestione Eventi Avversi

Le cause che hanno determinato l'evento, in relazione a quanto previsto dal Protocollo ministeriale, sono approfondite mediante tecniche di analisi del rischio, quali l'audit o la root cause analysis (riservata ad eventi particolarmente complessi), in linea, tra l'altro, con i corsi di formazione svolti in azienda.



Evento sentinella	N° casi
Morte o grave danno per caduta di paziente	0
Atti di violenza a danno di operatore	0
Morte o grave danno al paziente in seguito a trattamento sanitario programmato	0
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	0
Errata procedura su paziente corretto	0

Peraltro, occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato una serie di regolamenti e procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte, tra l'altro, a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

Tutti i regolamenti, le procedure, la modulistica allegate, sono rese disponibili a tutto il personale mediante il Responsabile Qualità e con l'ausilio dell'Elenco dei documenti attualmente in vigore in azienda.

Relativamente all'anno 2025 non sono stati segnalati eventi avversi nella struttura; sebbene tale dato rientri in una casistica di auspicabilità, è opportuno evidenziare che ulteriori livelli di sensibilizzazione del personale saranno condotti nel corso del 2026 per incentivare le segnalazioni ed aumentare la significatività di tale informazione

2 Incident Reporting

L'incident reporting è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e volontaria, degli eventi indesiderati e dei near miss event.

Per facilitare la segnalazione, nella nostra azienda è stato predisposto un modulo cartaceo accessibile a tutti gli operatori.



Di seguito si riporta il modulo di segnalazione:

Registrata al n. _____ del _____	
Dati relativi all'Operatore (che segnala l'evento)	
Nome e Cognome _____	☐ Medico ☐ Personale Sanitario ☐ Operatore In Accettazione ☐ Altro _____
Dati relativi al Paziente	
Cognome e Nome _____	
Data di nascita _____	Codice Fiscale _____
Circostanze dell'evento Data _____ ora _____ in cui si è verificato	
Luogo in cui si è verificato (es. reparto X, bagno, ecc.) _____	
Area _____	
Descrizione dell'evento (che cosa è successo?) _____	
Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)	
☐ Ritardo procedura diagnostica ☐ Ritardo procedura terapeutica ☐ Ritardo presc./sommo. farmaco ☐ Ritardo prestazione assistenziale	☐ Mancata procedura diagnostica ☐ Mancata procedura terapeutica ☐ Mancata presc./sommo. farmaco ☐ Mancata prestazione assistenziale
☐ Infezione ☐ Malf./malpos. di dispositivi	☐ Aggressione tra pazienti ☐ Caduta ☐ Reazione da farmaci ☐ Altro _____
Cause che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)	
Fatt. legati al Paziente ☐ Condizioni generali precarie/fragilità ☐ Non cosciente/scarsamente orientato ☐ Poca/mancata autonomia ☐ Barriere culturali	Fatt. legati al Sistema ☐ Gruppo nuovo/inesperto ☐ Elevato turn - over ☐ Scarsa continuità assistenziale ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure ☐ Mancato coordinamento ☐ Mancata/inadeguata comunicazione ☐ Mancanza/inadeguatezza attrezzature ☐ Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature ☐ Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo ☐ Ambiente inadeguato ☐ Mancata verifica apparecchiature ☐ Insufficiente addestramento
Fatt. legati al Personale ☐ Difficoltà nel seguire procedure ☐ Inadeguate conoscenze/inesperienza ☐ Fatica/stress ☐ Mancata/inesatta documentazione ☐ Mancata supervisione ☐ Scarso lavoro di gruppo	Altri fattori (specificare) _____
Fattori che possono aver ridotto la gravità dell'evento	
☐ Individuazione precoce ☐ Buona assistenza ☐ Buona pianificazione	☐ Caso ☐ Altro _____
Provvedimenti adottati: _____	
Esito dell'evento: _____	

Come si poteva prevenire l'evento? (es. verifica attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio allarme, ecc.)		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento non occorso (es. personale insufficiente/ pavimento sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute	= Livello 1
	Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento occorso, ma intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/ farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	= Livello 2
Evento effettivo	NESSUN ESITO: Evento in fase conclusiva/ nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)	= Livello 3
	ESITO MINORE: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	= Livello 4
	ESITO MODERATO: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine)/ trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)	= Livello 5
	ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/ cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	= Livello 6
	ESITO SIGNIFICATIVO: Ammissione in ospedale o prolungamento delle degenze/ condizioni che permangono alla dimissione	= Livello 7
	ESITO SEVERO: Disabilità permanente/ contributo al decesso	= Livello 8
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi		= NO = SI
Sono stati intrapresi accorgimenti dalla DSA a seguito dell'intervento per evitare il riaccadimento o ridurre la possibilità? = NO = SI Se sì Quali?		
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?		
☐ Indagini di laboratorio ☐ Indagini radiologiche ☐ ECG ☐ Altre indagini	☐ Visita medica ☐ Consulenza specialistica ☐ Medicazioni ☐ Intervento chirurgico	☐ Ricovero ordinario ☐ Altro _____
Struttura sanitaria che ha operato il primo soccorso o ha accertato la lesione o la morbidità provocata dall'evento avverso:		
L'evento ha generato impatti su altre persone o sull'organizzazione? Se sì Quali?		= NO = SI
L'evento è documentato?		= SI = NO
L'evento ha generato un'azione risarcitoria?		= SI = NO

2. Risarcimenti Erogati Ultimo Quinquennio

La Legge 08/03/2017 n. 24 prevede che le strutture sanitarie pubblichino sui propri siti internet, una statistica riguardante i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, con riferimento esplicito ai risarcimenti erogati per sinistri, escludendo de facto pagamenti connessi a smarrimento di oggetti personali, danni a cose, etc.

ANNO	Importi Risarciti
2025	- €
2024	- €
2023	- €
2022	- €
2021	- €

CASTELLAMMARE DI STABIA (NA), 08/01/2026

Tale documento è stato approvato dal Legale Rappresentante e Direttore tecnico in sede di riesame della direzione.