

RISK MANAGEMENT · SICUREZZA DEL PAZIENTE

Relazione annuale eventi avversi

Art. 2, comma 5 – Legge 8 marzo 2017, n. 24

ANNO DI RIFERIMENTO

2025

0

eventi avversi registrati nel corso
dell'anno 2025

Indice

Relazione sulle attività di gestione del rischio clinico e sugli eventi avversi registrati nell'anno 2025.

1	Introduzione
2	Storia e mission aziendale
3	Gestione del rischio clinico
4	Fattori di rischio
5	Identificazione, analisi e gestione del rischio 5.1 Sistemi di segnalazione (reporting) · 5.2 Strumenti per l'identificazione dei rischi
6	Azioni Scheda di segnalazione volontaria degli eventi
7	Audit
8	Registrazione degli eventi avversi

RIFERIMENTO NORMATIVO

Legge 8 marzo 2017, n. 24 – artt. 2 e 4:
pubblicazione annuale della relazione sulle attività
di Risk Management per la trasparenza dei dati.

STRUTTURA

Poliambulatorio San Paolo Servizi Sanitari s.r.l. –
sedi di Grassano (principale) e Ferrandina
(decentrata).

1

SEZIONE

Introduzione

L'erogazione di una prestazione terapeutica, diagnostica o preventiva non è mai un'operazione priva di rischi, per cui l'attività sanitaria è un'attività per sua natura rischiosa.

La pubblicazione di una Relazione Annuale sulle attività di Risk Management (Legge 24/2017, art. 2 e art. 4) è prevista per tutte le strutture, sia pubbliche che private, che erogano prestazioni sanitarie, per la trasparenza dei dati.

Per rischio clinico si intende «la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».

Il Poliambulatorio San Paolo Servizi Sanitari s.r.l. ed il Risk Manager hanno così provveduto ad adottare misure adeguate ed efficaci per quanto riguarda la prevenzione, la gestione e il monitoraggio del rischio clinico in Sanità.

2

SEZIONE

Storia e mission aziendale

Il Poliambulatorio San Paolo opera su due sedi ed effettua trattamenti riabilitativi ambulatoriali, con la possibilità di effettuare, in determinate situazioni e condizioni, trattamenti domiciliari anche nei paesi limitrofi.



Grassano

Sede principale · Via dei Caduti 25



Ferrandina

Sede decentrata

Il Centro è accreditato con la Regione Basilicata per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 ed ex art. 25, ed è convenzionato con i più importanti gruppi assicurativi privati, fondi e mutue integrative.

Presso il Poliambulatorio San Paolo opera un'équipe composta da professionisti altamente qualificati e specializzati, a completa disposizione dei pazienti, per fornire loro il massimo supporto medico sia durante le visite che nel corso delle cure di fisioterapia e rieducazione motoria. Competenza e passione per il lavoro costituiscono i punti di forza di un team coeso e professionale, in grado di studiare trattamenti riabilitativi e di cura specifici per ogni esigenza.

Per lo svolgimento delle varie attività, il Poliambulatorio si avvale di un team costituito da unità distinte tra loro:

Medici

Odontoiatri

Fisioterapisti

Neuro e psicomotricisti dell'età evolutiva

Logopedisti

Psicologi

Personale amministrativo

La struttura principale, conforme alla normativa vigente in materia di barriere architettoniche, è dotata di ampi spazi confortevoli e delle migliori attrezzature del settore: strumenti di diagnostica e di riabilitazione di ultima generazione che consentono di offrire prestazioni all'avanguardia nell'ambito di fisioterapia, idroterapia, riabilitazione complessa e odontoiatria. Tutti gli impianti tecnologici sono dotati della dichiarazione di conformità ai sensi del D.P.R. 462/01, rilasciata dalle ditte installatrici.

La nostra mission

Fornire al paziente le giuste risposte per il raggiungimento del suo benessere fisico e mentale attraverso prestazioni altamente qualificate, grazie al vincente mix di esperienza, professionalità e tecnologie.

La nostra visione

Attraverso un percorso di miglioramento continuo, rappresentare un punto di riferimento sul territorio per la riabilitazione complessa, le patologie psicopedagogiche dell'età evolutiva, l'idroterapia e le cure odontoiatriche di qualità.

3

SEZIONE

Gestione del rischio clinico

Partendo dalla considerazione che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana, diventa fondamentale riconoscere che anche il Sistema Sanità – costituito da un insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali, fortemente interconnessi, interattivi e finalizzati a un obiettivo comune – può sbagliare, specialmente in presenza di circostanze che possono favorire l'errore, come ad esempio stress, tecnologie poco conosciute, condizioni lavorative sfavorevoli.

Se l'errore umano non può essere eliminato completamente, è allora fondamentale favorire le condizioni lavorative ideali, ponendo in atto un insieme di azioni che riducano la possibilità di sbagliare, e quindi di attuare delle difese in grado di arginare le conseguenze di un errore che si è già verificato.

Il problema degli eventi avversi in Sanità deve quindi essere affrontato sempre su due livelli fondamentali: uno focalizzato sul comportamento umano, inteso come possibile fonte di errore, e l'altro sulle condizioni nelle quali accade l'errore.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra *errore attivo* ed *errore latente*:

Errore attivo

È per lo più ben identificabile in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso. È spesso riconducibile a un'azione sbagliata commessa da un operatore o a un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione.

Errore latente

Consiste per lo più in insufficienze organizzativo-gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

È fondamentale allora realizzare sistemi che rendano difficile, da parte delle persone, commettere errori, e di conseguenza costruire un ambiente operativo, sia dal punto di vista strutturale che logistico, adeguato ed efficiente: con determinati tipi di orari e servizi, con protocolli e procedure operative, con linee guida gestionali, con la disponibilità di tecnologie e con l'organizzazione dei processi lavorativi.

4

SEZIONE

Fattori di rischio

In sanità esistono due tipologie di rischio: un *rischio di impresa*, intrinseco alle tecnologie e ai meccanismi di produzione dell'organizzazione sanitaria, e un *rischio puro*, che dipende dal concatenarsi di situazioni che favoriscono l'insorgenza di un evento avverso e che non è prevedibile né quantificabile.

In ambito sanitario sono molteplici i fattori che concorrono a definire il «grado di rischio» del sistema; possono essere schematicamente raggruppati nelle seguenti classi:

A

Fattori strutturali – tecnologici

- caratteristiche del fabbricato sanitario e dell'impiantistica (progettazione e manutenzione)
- sicurezza e logistica degli ambienti
- apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo)

B

Fattori organizzativo-gestionali e condizioni di lavoro

- struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro)
- politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento del personale, carico di lavoro
- sistema di comunicazione organizzativa
- coinvolgimento degli stakeholder
- aspetti ergonomici (postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore)
- politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di segnalazione degli errori

C

Fattori umani (individuali e del team)

- personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche, abilità psicomotorie) e competenza professionale
- dinamiche interpersonali, di gruppo e conseguente livello di cooperazione

D

Caratteristiche dell'utenza

- epidemiologia e aspetti socio-culturali (aspetti demografici, etnia, ambiente socioeconomico, istruzione, capacità di gestione delle situazioni, complessità e compresenza di patologie acute e croniche)
- rete sociale

E

Fattori esterni

- normative e obblighi di legge
- vincoli finanziari
- contesto socio-economico-culturale
- influenze dell'opinione pubblica e dei media, delle associazioni professionali e di pubblica tutela
- assicurazioni

5

SEZIONE

Identificazione, analisi e gestione del rischio

Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio sviluppati nel corso degli ultimi decenni. La finalità dei metodi di analisi è individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e individuare e progettare le idonee barriere protettive.

Si possono seguire fondamentalmente due diversi approcci:

Approccio proattivo

L'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando i punti di criticità.

Approccio reattivo

L'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti, con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o contribuito al verificarsi dell'evento.

● 5.1 Sistemi di segnalazione (reporting)

Un sistema di segnalazione (*reporting*) è un sistema per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi o di quasi eventi; ha lo scopo di fornire informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause, per poter apprendere e intervenire con le appropriate misure preventive.

Il sistema può essere:

A · Aperto

Raccoglie qualunque tipo di dato relativo a eventi avversi o quasi eventi.

B · Predefinito

Raccoglie dati relativi a una lista definita di eventi (eventi sentinella) o a un'area specifica (ad esempio, farmaci).

La segnalazione può avvenire tramite formato prefissato o testo libero, inviata per e-mail, telefono, invio elettronico o via web, mettendo in atto le opportune forme di tutela della riservatezza.

Nei sistemi di segnalazione deve essere specificata la figura che segnala: in alcuni sistemi il reporting è fatto dalla direzione aziendale, in altri dagli operatori. Alcuni sistemi permettono anche a familiari, pazienti e cittadini di riportare gli eventi.

I sistemi di segnalazione si distinguono in:

Sistemi «learning» – di apprendimento

Sistemi volontari, adatti a garantire un continuo miglioramento della qualità delle cure: le segnalazioni vengono elaborate, analizzate e infine utilizzate per ridisegnare e migliorare i processi sanitari.

Sistemi «accountability» – di responsabilizzazione

Si basano sul principio della responsabilità, sono obbligatori e spesso si limitano a una lista di eventi predefinita (ad esempio gli eventi sentinella). La maggior parte utilizza meccanismi disincentivanti quali citazioni, multe, sanzioni.

● 5.2 Strumenti per l'identificazione dei rischi

Briefing sulla sicurezza

Riunione per la sicurezza

Strumento semplice e facile da usare per assicurare un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. Consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente è vista come una priorità. Consiste in un breve confronto – una discussione colloquiale, ma strutturata – sui potenziali rischi per il paziente presenti nell'unità operativa.

Incident reporting

Segnalazione spontanea

È uno degli strumenti più frequentemente indicati: consiste in una segnalazione spontanea degli eventi che consente di segnalare, anche in forma anonima, l'errore e le circostanze in cui si è verificato.

Segue un'accurata analisi della scheda di segnalazione, dalla quale si ricavano i dati che permettono di capire le cause dell'errore, in modo da mettere in atto le azioni correttive o preventive che possono evitarne il ripetersi.

Focus group

Gruppi di discussione

Possono essere effettuati con singole figure professionali, con l'intera équipe e con i pazienti. La discussione deve essere condotta da un moderatore preparato. Il gruppo è formato dal personale del Centro.

Safety walkaround

Giri per la sicurezza

Consistono in «visite» che i referenti della sicurezza, in accordo con la direzione, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni.

Un importante valore aggiunto deriva dal fatto che le informazioni raccolte spesso contengono già la soluzione nella descrizione dell'evento, e possono quindi portare all'introduzione di una modifica immediata che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza. I referenti identificano le priorità fra gli eventi e l'équipe clinico-assistenziale sviluppa soluzioni condivise con tutto lo staff.

La raccolta deve essere effettuata in forma anonima e i problemi emergenti vengono successivamente inseriti in un database che registra le segnalazioni e le conseguenti azioni correttive. Sono previsti brevi incontri, all'interno delle unità operative, fra gli esperti e un piccolo gruppo o singoli operatori, per raccogliere e stimolare le segnalazioni del personale su situazioni di danno o di rischio. Il sistema stimola il personale a osservare comportamenti e pratiche con occhio critico e a riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.

Questa modalità consente di identificare i rischi e i cambiamenti necessari nel contesto specifico, senza richiedere personale, strutture o infrastrutture aggiuntive.

6

SEZIONE
Azioni

La procedura aziendale deve prevedere le modalità di segnalazione degli eventi avversi, indicando la tipologia di eventi da segnalare, chi segnala, e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (*cosa, chi, a chi, come* segnalare).

Deve essere garantita periodicamente durante l'anno, e ogni volta che sia ritenuto necessario, una verifica dell'intero processo, con un sopralluogo della struttura effettuato dal Risk Manager mediante almeno uno degli strumenti di identificazione del rischio clinico. Gli esiti dell'indagine vengono discussi con tutti i dipendenti e, insieme alle eventuali azioni preventive, riportati in apposito verbale di riunione.

● **La procedura di segnalazione**

Cosa

la tipologia di eventi da segnalare

Chi

la figura che effettua la segnalazione

A chi

il destinatario della segnalazione

Come

le modalità e gli strumenti da utilizzare

● **Verifica periodica del processo**

1

Sopralluogo

effettuato dal Risk Manager con almeno uno degli strumenti di identificazione del rischio clinico



2

Condivisione

gli esiti dell'indagine sono discussi con tutti i dipendenti



3

Verbale

esiti e azioni preventive riportati in apposito verbale di riunione

La **scheda di segnalazione volontaria** riportata nella pagina seguente è lo strumento adottato dal Poliambulatorio per la raccolta delle segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi.

Scheda di segnalazione volontaria degli eventi

MODULO

La presente scheda non ha l'intento di ricercare il responsabile, ma di identificare i problemi – anche quelli che non hanno arrecato danno ma che avrebbero potuto farlo – e le cause ad essi connesse, favorendo così la possibilità di intraprendere azioni che prevengano o riducano la probabilità che eventi analoghi si ripetano.

EVENTO AVVERSO

Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile a errore è «un evento avverso prevenibile».

QUASI EVENTO / NEAR MISS

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso, che non si verifica per caso fortuito, perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Tipologia evento	☐ Evento avverso ☐ Quasi evento
Qualifica del segnalatore	☐ Medico ☐ Infermiere ☐ Fisioterapista ☐ Altro _____
Circostanze dell'evento	Luogo dell'evento: _____ Data dell'evento: _____ Giorno: ☐ Festivo ☐ Feriale Turno: ☐ Mattino ☐ Pomeriggio ☐ Notte
Descrizione dell'evento	
POSSIBILI CAUSE E FATTORI CHE HANNO CONTRIBUITO AL VERIFICARSI DELL'EVENTO <i>(è possibile più di una risposta)</i>	
☐ Cause e fattori legati alla comunicazione ☐ Cause e fattori ambientali ☐ Cause e fattori legati ai farmaci ☐ Altri fattori <i>(specificare)</i> : _____ ☐ Cause e fattori umani ☐ Cause e fattori legati a dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali ☐ Cause e fattori legati a linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere	
Suggerimenti per prevenire il ripetersi dell'evento	

7

SEZIONE
Audit

Il termine «audit» deriva dal verbo latino *audio* e indica l'ascolto attivo. Utilizzare questa metodologia significa favorire una migliore conoscenza, da parte degli operatori sanitari, delle attività cliniche e gestionali. L'audit è un processo di revisione strutturata tra pari che ha come obiettivo individuare le opportunità di miglioramento e introdurle nella pratica professionale.

Esistono diverse tipologie di audit:

Economico-gestionale

Valuta l'appropriatezza e l'efficienza della pianificazione e della gestione delle risorse.

Organizzativo

Valuta i processi organizzativi di supporto all'attività sanitaria.

Clinico

Riesame e valutazione del processo assistenziale.

Di sistema

Può interessare l'intera organizzazione (ASL, ospedale, distretto, dipartimento) o sue parti fondamentali; si richiama sempre a un modello o standard di riferimento (es. accreditamento).

Esterno

Verifica effettuata da persone esterne al contesto rispetto a standard o norme precodificate (es. ISO 9000) o a specifici indicatori.

Interno

Effettuato nell'ambito di una singola struttura: il singolo o il gruppo sottopone il proprio lavoro alla revisione di esperti interni. Spesso usato per eventi avversi emersi tramite incident reporting.

Multiprofessionale

Detto anche «clinical audit», è il più utilizzato: l'esame di un processo assistenziale chiama in causa diverse figure professionali.

Di processo

Focalizzato sull'appropriatezza degli interventi clinico-assistenziali; lo standard è la buona pratica clinica definita da linee guida o procedure.

Di esito

Misura l'effetto dell'attività assistenziale sulla salute del paziente, tramite indicatori quali mortalità, autonomia del paziente, qualità percepita.

«L'audit è una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuate ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.»

— Glossario del Ministero della Salute

L'audit consiste in una serie di incontri in cui l'équipe, possibilmente multidisciplinare e multiprofessionale, analizza un caso clinico o un percorso assistenziale, identificando gli scostamenti rispetto a standard prefissati o, se non disponibili, al parere di esperti interni ed esterni all'équipe.

L'audit consente di

- ✓ garantire che i pazienti ricevano la miglior cura possibile
- ✓ migliorare la pratica clinica
- ✓ migliorare il lavoro multidisciplinare
- ✓ favorire l'ottimizzazione delle risorse disponibili
- ✓ essere un'opportunità di formazione e aggiornamento

Per la sicurezza dei pazienti consente di

- ✓ identificare i rischi correlati all'attività clinica e all'organizzazione
- ✓ identificare errori e quasi eventi
- ✓ identificare le cause, i fattori contribuenti e concomitanti di eventi avversi
- ✓ identificare gli ambiti di miglioramento

8

SEZIONE

Registrazione degli eventi avversi

0

EVENTI AVVERSI
ANNO 2025

Nessun evento avverso registrato

Nel corso dell'anno 2025 non si sono verificati eventi avversi presso le sedi del Poliambulatorio San Paolo.

Grassano (MT), 03/03/2026



Poliambulatorio San Paolo
Servizi Sanitari s.r.l.
Via dei Caduti 25
75014 Grassano (MT)

Contatti
Tel. +39 0835 060045
sanpaolo@centrosanpaolo.it
www.centrosanpaolo.it