

## **1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei "near misses".

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'equipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consultiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2020 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2020, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

**Detta relazione consultiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, è pubblicata sul sito internet aziendale.**

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2020**

CASA DI CURA VILLA SALARIA				
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti <sup>1</sup>	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near miss	N 0 (0 %)	/	/	Cartelle Cliniche e registri di reparto (100%)
Eventi avversi	N 0 (0 %)	/	/	Cartelle Cliniche e registri di reparto (100%)
Eventi Sentinella	N 0 (0 %)	/	/	Cartelle Cliniche e registri di reparto (100%)

Definizione Eventi<sup>2</sup>:

- **Evento Avverso (EA):** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.
- **Evento evitato (Near Miss - NM o Close Call - CC):** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Evento Sentinella (ES):** 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. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna
  - a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito;
  - b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili nell'ambito della struttura:

- Procedura in paziente sbagliato
- Errata procedura su paziente corretto
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- Violenza su paziente
- Atti di violenza a danno di operatore
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Da quanto si evince dalle tabelle riepilogative degli eventi avversi/sentinella, nel corso del 2020 non si sono verificati eventi sentinella, né eventi avversi né near miss.

<sup>1</sup> \* fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.

<sup>2</sup> Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016.

Nella tabella seguente si riportano il numero di sinistri e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio relativi al rischio clinico.

I dati riportati nella tabella 2 sono pubblicati ai sensi dell'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 nel sito internet aziendale.

**Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**

<b>Anno</b>	<b>N. Sinistri</b>	<b>Risarcimenti erogati</b>
<b>2016</b>	4	1
<b>2017</b>	15	1
<b>2018</b>	17	1
<b>2019</b>	19	1
<b>2020</b>	10	2
<b>Totale</b>	<b>65</b>	<b>6</b>