

## 1.0 Introduzione

La recente normativa sulla sicurezza delle cure sanitarie sottolinea la priorità verso la prevenzione dell'errore sanitario, con l'espressione di principio che la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla gestione del rischio commesso all'erogazione di prestazioni cliniche e l'utilizzo appropriate delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. La normativa stabilisce anche l'obbligo per le aziende sanitarie di predisporre una relazione consuntiva, sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

E' attivo nella nostra struttura una Procedura di gestione dell'evento avverso per la raccolta delle segnalazioni di errore/evento avverso da parte degli operatori.

L'incident reporting (modulistica per raccogliere informazioni) consente di disporre di una raccolta dati che fornisce la base di analisi per la predisposizione e l'implementazione di azioni correttive e di miglioramento che prevengano il verificarsi in futuro dell'evento avverso o dell'errore. Per questa ragione i sistemi di reporting sono metodi di gestione del rischio clinico che si fondano su un approccio reattivo, ossia uno studio a posteriori dell'evento avverso per ricostruirne le cause ed i fattori contribuenti.

L'avvio di un sistema di segnalazione dell'errore è fondamentale per impostare una strategia di gestione del rischio sanitario in quanto consente di delineare, a livello qualitativo, il profilo di rischio in azienda (numerosità degli eventi avversi, tipologia e fattori determinanti); coinvolge tutti gli operatori sanitari contribuendo allo sviluppo di una cultura organizzativa sensibile alla prevenzione dell'errore; focalizza l'attenzione anche su eventi che non hanno prodotto un danno ma che evidenziano criticità; permette la standardizzazione degli eventi in categorie e item che possono essere sottoposti ad analisi statistica.

Il fattore critico di successo di questo sistema è rappresentato dalla diffusione in struttura di una cultura di collaborazione: l'incident reporting deve avere una base confidenziale, non punitiva e volontaria.

Un limite intrinseco dei sistemi di reporting and learning, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della sensibilità del segnalatore. Le

segnalazioni non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi. I dati raccolti sono da leggere con una certa cautela e con una prospettiva Relazione annuale sugli eventi avversi.

La politica della collaborazione favorisce la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema di incident reporting e la capacità di apprendimento dell'organizzazione.

Attraverso il sistema di incident reporting ogni operatore sanitario e non sanitario può segnalare un errore, un evento avverso o un near miss, ovvero un accadimento che aveva la potenzialità di arrecare un danno che non si è prodotto per un caso fortuito o perché sono entrate in funzione le barriere specificatamente predisposte.

## 2.0 Gli eventi avversi verificatisi nel 2019

Nel 2019 non si sono registrati eventi avversi o near miss all'interno della struttura,

Anno 2019	
Eventi avversi	Near Miss
0	0