

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO															
Tipologia	INCIDENT REPORTING														
Letteratura/ Normativa di riferimento	DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico).														
Descrizione dello strumento flusso informativo	L’<i>incident reporting</i> è un sistema di segnalazione spontaneo e volontario, che consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare, sia eventi avversi che i cosiddetti <i>near miss</i>, definiti “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un danno. Lo scopo principale di questo sistema è quello di apprendere dall’esperienza, di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre, magari prevenire, il ripetersi degli eventi. Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” di colui che segnala. In definitiva, l’<i>incident reporting</i> è da intendersi, da un lato come uno strumento di apprendimento continuo utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall’altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi. La raccolta delle segnalazioni avviene tramite apposita “<i>Scheda di segnalazione spontanea degli eventi</i>”. Una copia della scheda è inviata al Risk Manager in Direzione Sanitaria. Tutti gli eventi segnalati vengono analizzati al momento dell’accadimento dal Risk Manager, che intervistando il personale coinvolto, cerca di capire il percorso o le debolezze del sistema che hanno portato all’evento o al “quasi evento”. Se l’esito dell’evento risulta rilevante si procede con Audit multidisciplinare e revisione del caso con compilazione di FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis): sequenza degli eventi, criticità riscontrate e proposte di miglioramento. Il flusso informativo verso la Regione e il Ministero della Salute si realizza tramite la reportistica annuale nei tempi e nelle modalità stabilite dal Centro del Rischio Clinico della regione Emilia-Romagna.														
RISULTATI E INTERVENTI 2025															
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nel 2025 sono stati segnalati 22 eventi, numero maggiore rispetto agli anni precedenti: questo è di per sé un dato positivo, in quanto denota una maggiore attenzione dell’operatore nei confronti della sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali del paziente e del sistema organizzativo della struttura. INCIDENT REPORTING 2020- 2025 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Eventi segnalati</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	Anno	Eventi segnalati	2020	4	2021	7	2022	6	2023	13	2024	14	2025	22
Anno	Eventi segnalati														
2020	4														
2021	7														
2022	6														
2023	13														
2024	14														
2025	22														

Nello specifico le 22 schede di segnalazione si possono dividere per tipologia dell'evento:

	2025	2024
Tipologia evento:		
Problema gestione del farmaco	2	3
Problema procedura diagnostica	1	2
Problema prestazione assistenziale	3	
Problema procedura anestesiológica	4	
Problema procedura chirurgica	1	
Identificazione paziente/lato/sede	5	4
Infezione correlata all'assistenza	2	
Evento collegato alla somministrazione di sangue	1	
Evento correlato alla gestione della documentazione sanitaria	3	2
Problema gestione apparecchiature		1
Violenza verso paziente (no verso operatore sanitario)		2
Totale	22	14

Permangono nel 2025 gli errori di identificazione del paziente: il maggior numero di segnalazioni riguarda gli esami di laboratorio, con scambio di etichette sulle provette. Errori sempre intercettati che non hanno portato a conseguenze. Sono aumentate le segnalazioni riguardo a procedure anestesiológicas, grazie una maggior consapevolezza da parte dei medici anestesisti, con i quali si sono organizzati audit e tavoli di confronto volti al miglioramento continuo.

Nella tabella sottostante gli esiti degli eventi segnati, confronto tra 2024 e 2025:

	2025	2024
Esito:		
<u>Near miss</u> (evento potenziale, non occorso)	9 (40,9%)	7 (50%)
<u>Nessun esito</u> (fase conclusiva, nessun danno)	6 (27,3%)	
<u>Minore</u> (nessun danno o minore che non richiede trattamenti)	3 (13,6%)	5 (35,7%)
<u>Moderato</u> (osservazioni, visite extra, indagini diagnostiche minori)	3 (13,6%)	2 (14,3%)
<u>Tra moderato e significativo</u> (indagini diagnostiche ulteriori, trasferimento altra U.O. senza prolungamento degenza)	1 (4,6%)	

Analizzando i dati degli esiti degli eventi, si nota che nel 2025 sono aumentate le segnalazioni con nessun danno. Si denota un cambiamento nell'operatore che segnala, che ha capito lo scopo della segnalazione, volta più al miglioramento e non necessariamente all'entità del danno.

Interventi/azioni di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Obiettivo di un sistema di <i>incident reporting</i> è la conseguente attivazione di possibili interventi di miglioramento. Gran parte delle segnalazioni effettuate riportano specifiche azioni correttive che sono state intraprese nell'ambito dell'U.O. segnalante. Di seguito si sintetizzano in macrocategorie le azioni di miglioramento attivate grazie all'analisi delle segnalazioni: <table border="1" data-bbox="454 360 1385 763"> <thead> <tr> <th data-bbox="454 360 1214 398">Azioni di miglioramento:</th><th data-bbox="1214 360 1385 398">2025</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="454 398 1214 468">Audit multidisciplinari / Discussioni U.O.</td><td data-bbox="1214 398 1385 468">10</td></tr> <tr> <td data-bbox="454 468 1214 539">Revisione, implementazione procedura aziendale</td><td data-bbox="1214 468 1385 539">8</td></tr> <tr> <td data-bbox="454 539 1214 611">Formazione, addestramento del personale alle procedure</td><td data-bbox="1214 539 1385 611">8</td></tr> <tr> <td data-bbox="454 611 1214 683">Sostituzione, riparazione attrezzature</td><td data-bbox="1214 611 1385 683">1</td></tr> <tr> <td data-bbox="454 683 1214 763">Riorganizzazione di processo</td><td data-bbox="1214 683 1385 763">1</td></tr> </tbody> </table>	Azioni di miglioramento:	2025	Audit multidisciplinari / Discussioni U.O.	10	Revisione, implementazione procedura aziendale	8	Formazione, addestramento del personale alle procedure	8	Sostituzione, riparazione attrezzature	1	Riorganizzazione di processo	1
Azioni di miglioramento:	2025												
Audit multidisciplinari / Discussioni U.O.	10												
Revisione, implementazione procedura aziendale	8												
Formazione, addestramento del personale alle procedure	8												
Sostituzione, riparazione attrezzature	1												
Riorganizzazione di processo	1												
Prospettive future	Facendo un confronto con gli anni precedenti, le azioni di miglioramento sono aumentate, dato che va correlato anche all'aumento delle segnalazioni. L'orientamento per il 2026 - nell'ambito del sistema di segnalazione – è di promuovere la cultura delle segnalazioni al verificarsi degli errori, ottimizzare l'analisi e il monitoraggio delle azioni a lungo termine finalizzati ad evitare il ri-accadimento degli eventi e al miglioramento dei processi.												