



## **Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla Sicurezza delle Cure e alle relative azioni di miglioramento**

**(ex art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n. 24)**

**ANNO 2025**

### **PREMESSA**

La legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", all'articolo 2 prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi, sulle loro cause e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è prevista, inoltre, la pubblicazione della medesima relazione sul sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi, ulteriormente, quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i rischi (i cosiddetti "quasi eventi"/*near miss*: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Si comprende, pertanto, che lo spirito che anima tali dettati normativi è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.

La relazione annuale deve, quindi, contenere le "conseguenti iniziative messe in atto" predisposte e attuate successivamente all'analisi delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di *near miss*, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

L'impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla "misurazione della sicurezza delle cure" e all'utilizzo delle fonti informative da cui attingere le informazioni.

Vi sono, infatti, ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione e il monitoraggio della sicurezza.

La questione centrale riguarda, di fatto, l'impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.



Non deve sfuggire, infatti, che la rilevazione degli eventi è embricata dal legislatore con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e, soprattutto, per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il ri-accadimento. Risulta, quindi, chiaro che la prospettiva evocata e che rappresenta l'elemento centrale è quella della prevenzione e del miglioramento.

## ELEMENTI DI CONTESTO

CMSR Veneto Medica s.r.l. e Sanimedica s.r.l. fanno parte del Gruppo GHC – Garofalo Health Care S.p.A. che opera attraverso una rete di strutture sanitarie distribuite in diverse regioni italiane. Le strutture del Gruppo sono caratterizzate da elevati volumi di attività e da una significativa complessità organizzativa, che richiedono modelli gestionali orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente.

**CMSR Veneto Medica s.r.l.**, attiva dal 1978 e sede ad Altavilla Vicentina (VI), è un centro di riferimento per la diagnostica per immagini e la cardiologia, integrato con il Servizio Sanitario Regionale. In un contesto di elevato afflusso di pazienti, CMSR eroga prestazioni diagnostiche accurate e tempestive grazie all'impiego di tecnologie avanzate, competenze specialistiche e processi organizzativi strutturati, con particolare attenzione alla sicurezza del paziente lungo l'intero percorso diagnostico.

### Area Cardiologica

L'Unità di Cardiologia del CMSR assicura una gestione completa e integrata del paziente cardiologico, favorendo la continuità assistenziale tra le strutture ambulatoriali e ospedaliere, pubbliche e private, del territorio.

Le prestazioni erogate comprendono:

- visite cardiologiche specialistiche;
- monitoraggi Holter cardiaci e pressori;
- ecocardiocolore Doppler;
- ecocolor doppler vascolari;
- Risonanza Magnetica cardiaca.
- Angio TC coronarica
- TC cuore
- Calcium score

### Area di Diagnostica per Immagini

Nel corso degli anni, significativi investimenti tecnologici hanno permesso a CMSR di dotarsi di apparecchiature di ultima generazione, garantendo standard diagnostici di alto livello e una notevole capacità operativa.

L'attuale dotazione tecnologica comprende:

- un impianto di Risonanza Magnetica ad alto campo (3 Tesla);
- due impianti di Risonanza Magnetica Total Body da 1,5 Tesla di cui uno con IA;
- una Risonanza Magnetica segmentaria da 0,25 Tesla;
- una TAC multistrato dual energy da 256 slice;
- un reparto di Radiologia Tradizionale;
- un Mammografo digitale con Tomosintesi;
- un servizio di Ecografia multidisciplinare



**Sanimedica s.r.l.**, fondata nel 1993, opera come poliambulatorio specialistico e centro di chirurgia ambulatoriale, offrendo un'ampia gamma di prestazioni mediche in un contesto ad alto volume di accessi. La struttura garantisce appropriatezza clinica, integrazione tra le diverse specialità e standard organizzativi orientati alla prevenzione del rischio clinico. La Divisione di Medicina del Lavoro, in integrazione con i servizi diagnostici e di laboratorio di CMSR, assicura la gestione completa della sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

Entrambe le società adottano il Codice Etico del Gruppo GHC e un modello organizzativo conforme al D.Lgs. 231/2001 e promuovono la Gestione del Rischio Clinico come strumento strategico per garantire la sicurezza del paziente e degli operatori, migliorare la qualità delle prestazioni e favorire il miglioramento continuo in tutti gli ambiti assistenziali.

## **ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE: IL GOVERNO CLINICO**

Il governo clinico (GC) è una "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale".

L'efficacia del GC è condizionata dalla sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, per consentire ai professionisti di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

Obiettivi:

- d) Governare l'estrema complessità delle organizzazioni sanitarie, avendo come duplice obiettivo la promozione integrata della qualità assistenziale e l'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica
- e) Mettere a punto un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità, efficienza

Gli ambiti del governo clinico sono molteplici e la gestione del rischio clinico è uno degli aspetti fondamentali di tale governo.

L'applicazione di un modello di approccio integrato alla Gestione del Rischio è un aspetto che le nostre strutture perseguono già da diversi anni, come evidenziano le procedure e istruzioni predisposte e implementate:

- PRG\_GESTIONE DEL GOVERNO CLINICO
- PRG\_documento di indirizzo gestione rischio clinico
- PRG Gestione eventi avversi
- IO\_ Gestione registrazione eventi avversi e reazioni allergiche
- PRG\_CMSR\_Trattamento adeguato delle reazioni acute al mdc

In particolare, nelle procedure "Gestione del governo clinico", "Documento di indirizzo gestione rischio clinico" e "Gestione eventi avversi" vengono descritte chiaramente le linee guida definite per la gestione del processo di governo del rischio clinico.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio clinico si avvale in larga misura delle informazioni sui rischi, gli eventi avversi e le situazioni di pericolo rilevate attraverso varie fonti informative ormai storicamente consolidate:



- il sistema dell'Incident Reporting,
- i dati desumibili dalle attività di gestione del contenzioso,
- i contenuti dei reclami di natura tecnico-professionale.

In casi specifici viene prevista una analisi approfondita del caso mediante adeguati metodi (Audit clinici, Significant Event Audit, Root Cause Analysis) al fine di individuare le necessarie azioni correttive mirate ad evitarne il ri-accadimento.

La gestione di tali eventi avviene sempre in collaborazione con il personale dei servizi direttamente coinvolti e prevede, se del caso, il coinvolgimento diretto dei servizi, anche tecnici, potenzialmente deputati a risolvere particolari criticità. Le risultanze di tali attività sono verbalizzate e rese disponibili per gli operatori.

Le attività di individuazione/analisi e riduzione/controllo dei rischi a livello aziendale sono descritte dai documenti di valutazione, pianificazione e programmazione annuale ovvero:

- Analisi del contesto e delle esigenze delle parti interessate. Gestione dei rischi
- Riesame di direzione

Inoltre, nel corso dell'anno, è stata implementata una mappatura dei rischi di responsabilità civile in ambito sanitario redatta in attuazione di quanto previsto dagli articoli 5 e 17 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Legge Gelli-Bianco), finalizzata a:

- individuare, analizzare e valutare i principali rischi di responsabilità civile derivanti dall'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- supportare le politiche di prevenzione del rischio clinico e di miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure;
- fornire elementi informativi utili alla gestione assicurativa e alla prevenzione del contenzioso.

Tale Mappatura ha preso in esame l'elenco degli eventi sentinella applicabili per tipologia di attività ed individuato le misure di prevenzione adottate.

Nello specifico

- per la diagnostica per immagini

Evento Sentinella	Descrizione specifica per diagnostica per immagini
Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto	Errore nell'esecuzione o refertazione di un esame (es. scambio lato, tecnica errata, protocollo non corretto).
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Somministrazione errata di mezzo di contrasto o farmaci pre/post esame.
Morte o grave danno per caduta di paziente	Caduta durante spostamenti dal lettino TAC/RM o durante l'attesa in sala.
Violenza su paziente	Aggressione verbale o fisica da parte di operatori o altri utenti.
Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore	Aggressione da parte di pazienti o accompagnatori.
Morte causata da infezione correlata alle pratiche assistenziali	Contaminazione da superfici, apparecchiature o mezzi di contrasto.
Morte o grave danno conseguente a errato utilizzo di dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali	Uso improprio di apparecchi radiologici o guasti non segnalati. Accesso in sala RM di materiale ferromagnetico

<b>Evento Sentinella</b>	<b>Descrizione specifica per diagnostica per immagini</b>
Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici	Errato trasferimento o conservazione di campioni prelevati sotto guida radiologica.
Morte o grave danno causato da esposizione a radiazioni ionizzanti	Errore nei parametri di esposizione o mancato rispetto dei protocolli di radioprotezione.
Morte o grave danno correlati a pratiche anestesiolgiche	Complicanze durante sedazioni per RM o TAC con paziente non collaborante.
Morte o grave danno correlato ad errore/ritardo di diagnosi medica	Errore nella refertazione o nella comunicazione del referto critico.
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	Eventi imprevisi durante il percorso diagnostico non rientranti nelle categorie precedenti.

Per il poliambulatorio – sala chirurgica extraospedaliera:

<b>Evento Sentinella</b>	<b>Descrizione specifica per poliambulatorio con sala chirurgica extraospedaliera</b>
Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato	Esecuzione di intervento o procedura su un paziente diverso da quello previsto.
Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	Intervento eseguito su lato o parte del corpo sbagliata.
Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto	Esecuzione di una procedura non indicata o diversa da quella programmata.
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	Retenzione accidentale di garze, strumenti o materiali chirurgici nel sito operatorio.
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Errore nella somministrazione di anestetici, analgesici o altri farmaci perioperatori.
Morte o grave danno per caduta di paziente	Caduta durante trasferimento o risveglio post-operatorio.
Violenza su paziente	Aggressione verbale o fisica da parte di personale o altri utenti.
Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore	Aggressione a personale sanitario da parte di pazienti o accompagnatori.
Morte o grave danno conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Ritardo o errore durante il trasferimento del paziente da o verso la sala operatoria.
Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	Evento avverso grave non previsto correlato a complicanze intraoperatorie.
Morte causata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere	Infezioni post-chirurgiche o correlate a dispositivi invasivi.
Morte o grave danno conseguente a errato utilizzo di dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali	Errore nell'uso di apparecchi elettromedicali o guasto non rilevato.



Evento Sentinella	Descrizione specifica per poliambulatorio con sala chirurgica extraospedaliera
Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione	Smarrimento o deterioramento di campioni prelevati in sala o ambulatorio chirurgico.
Morte o grave danno correlati a pratiche anestesiológicas	Evento avverso grave correlato a errori in anestesia o sedazione.
Morte o grave danno correlato ad errore/ritardo di diagnosi medica	Errore diagnostico pre o post-intervento che compromette il trattamento del paziente.

A seguire sono state individuate per ciascun evento possibile le misure messe in atto per la mitigazione della probabilità.

Per scelta della Direzione sanitaria vengono tracciati e registrati anche tutti gli eventi accaduti ai pazienti all'interno del perimetro della struttura (anche in parcheggio), anche indipendenti dalla prestazione effettuata (es. malore del paziente in sala attesa o fuori) e tutte le situazioni cliniche di allarme riscontrate durante l'attività (es.: aritmie gravi o patologie in corso di elettrocardiogramma o vista cardiologica).

Successivamente vengono analizzati e catalogati come eventi avversi legati alla prestazione o meno; in ogni caso vengono tutti trattati.

Nella documentazione raccolta e conservata relativa all'evento oltre al modulo protocollato di "segnalazione evento avverso / incident reporting" ci sono le evidenze della gestione del medico anestesista, sempre interpellato come da procedure.

Vengono monitorate le complicanze a seguito di esami, nonché reazioni allergiche a seguito di somministrazione di mezzo di contrasto e tutta la documentazione relativa alla gestione di ogni evento accaduto viene catalogata e archiviata.

Le procedure prevedono la compilazione di due moduli distinti a seconda che si tratti di evento avverso o reazione al mezzo di contrasto.

Come riscontro alla valutazione del rischio relativo agli eventi sentinella quest'anno la Direzione sanitaria ha rimodulato la classificazione degli eventi distinguendo in particolare tra:

- **Evento:** evento occorso indipendentemente dalla procedura, imputabile per lo più allo stato del paziente, anche non durante la prestazione ambulatoriale (ad es. malore del paziente in sala d'attesa).
- **Evento avverso (EA)** evento inatteso, non intenzionale e indesiderato, che si verifica durante o a seguito di una prestazione e che comporta un danno attribuibile, anche parzialmente, al percorso diagnostico, organizzativo o assistenziale e non alla patologia di base.
- **Near miss (EE):** evento che non ha causato danno.
- **Evento sentinella (ES):** evento classificato come tale in base alle indicazioni del Ministero.

**EVENTI 2025**

tipo evento	eventi	EE	EA	ES	totale	principali fattori causali	misure di prevenzione	azioni di miglioramento
Sincope/malore durante preparazione pre esame			6		6	Ansia , agitazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Istruzioni operative specifiche per diagnostiche</li> <li>➤ Personale formato</li> <li>➤ IO_gestione emergenza</li> </ul>	
Complicanza post esame			4		4		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consensi informati</li> <li>➤ IO_gestione emergenza</li> </ul>	
Stravaso di MDC			4		4	Fragilità venosa Età paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IO_ Gestione catetere venoso periferico</li> <li>➤ Modulo segnalazione stravaso per il Medico curante con Linee Guida</li> </ul>	
Reazioni allergiche			18		18		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PRG esame RM TAC con mezzo di contrasto</li> <li>➤ PRG_CMSR_Trattamento adeguato delle reazioni acute al mdc</li> <li>➤ IO_ Gestione registrazione eventi avversi e reazioni allergiche</li> </ul>	
Caduta			1		1		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IO_Prevenzione cadute</li> </ul>	
Riscontro di patologia critica durante l'esame	5				5		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IO_gestione referti urgenti</li> <li>➤ IO_CMSR-LAB_segnalazione valori panico</li> <li>➤ IO_gestione emergenza</li> </ul>	
Errata procedura diagnostica		2		2	2	operatori	PROCEDURE/ISTRUZIONI/PROTOCOLLI	check list controllo lateralità
Errori diagnostici		19			19	operatori	PROCEDURE/ISTRUZIONI/PROTOCOLLI	
altro	6				6	Stato paziente		
<b>TOTALE</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>63</b>			

**Gli eventi EE sono 21, di seguito descritti:**
**Errata procedura diagnostica (2)**

- Errore di lateralità in RX anca
- Errore distretto anatomico RM

Questi eventi, pur senza conseguenze, rientrano nella categoria degli eventi sentinella “errata procedura diagnostico – terapeutica su paziente corretto”

**Errori diagnostici (19)**

Comprendono sia refusi formali sia errori più significativi, accomunati dalla necessità di correzione del referto. Tutti i casi hanno richiesto un intervento correttivo e una comunicazione di ritorno al paziente e non hanno avuto nessuna conseguenza clinica.

**Gli eventi EA sono 29, di seguito descritti:**

**Sincope/malore durante preparazione pre esame (6):**

- Crisi epilettica legata al paziente prima di esecuzione RM cerebrale
- Sincope durante il posizionamento holter
- 2 pre sincope durante posizionamento holter
- Dolore precordiale durante esecuzione ecg
- Malessere durante la preparazione rm

**Complicanza post esame (4):**

- Dolore toracico post RM
- Reazione vagale post posizionamento accesso venoso per RM
- Dolore retrosternale dopo angio tac
- Crisi lipotimica post visita urologica

**Stravaso di MDC (4)**

- 2 stravasi in tac
- 2 stravasi in RM

**Reazioni allergiche (18):**

N	Manifestazione clinica	diagnostica	MDC	Gravità
1	LIEVE PRURITO IN SEDE DI INEIZIONE	RM	GADOBENATO DIMEGLUMINA	LIEVE
2	PONFO	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
3	PONFO	TAC	IOEXOLO	LIEVE
4	PONFI	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
5	PONFI	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
6	PONFI E RUSH	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
7	PONFI	RM	ACIDO GADOTERICO	LIEVE
8	ERITEMA	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
9	PONFI	TAC	IOEXOLO	LIEVE
10	IIPOTENSIONE ARROSSAMENTO	TAC	IOEXOLO	LIEVE
11	PONFI PRURITO	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
12	PONFI	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
13	PONFI	TAC	IOEXOLO	LIEVE
14	PONFI	RM	ACIDO GADOTERICO	LIEVE
15	RASH CUTANEO REAZIONE MEDIO GRAVE	TAC	IOMEPROLO	MEDIA - GRAVE
16	EDEMA OCULARE	TAC	GADOTERIDOLO	MEDIA
17	PONFI	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE
18	RASH CUTANEO	RM	GADOTERIDOLO	LIEVE

**Caduta (1)**

- Scivolamento in antibagno

**Gli eventi non rientranti tra gli EE ed EA ma che sono stati gestiti vengono classificati come "eventi" (11), di seguito descritti:**

**Riscontro di patologia critica durante l'esame (5)**

- Necrosi del setto cardiaco durante esame cardiologico



- Infarto in atto durante visita cardiologica
- Tachicardia durante visita cardiologica
- Risccontro fissurazione aorta addominale in ecografia
- Risccontro sangue periepatico durante ecografia

**Altri eventi**

- 2 Malore di parente in sala attesa
- Dolore toracico in paziente in sala attesa
- Crisi ipertensiva in sala attesa
- Crisi ipotensiva in sala attesa
- Malore in sala attesa

**RECLAMI/SUGGERIMENTI DI INTERESSE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO**

Le strutture CMSR/Sanimedica effettuano il monitoraggio della soddisfazione dell'utenza attraverso la somministrazione di questionari volti a indagare sulla qualità percepita dagli utenti e la gestione dei reclami attraverso un Ufficio URP dedicato. La Direzione all'interno del Riesame di Direzione, riporta l'elaborazione dei questionari raccolti e l'analisi degli eventuali reclami presenti nell'anno con l'indicazione degli eventuali provvedimenti adottati.

Nel corso del 2025 sono state registrate complessivamente 96 segnalazioni. Rispetto all'anno 2024, nel quale erano state registrate 56 segnalazioni, nel 2025 è stato affinato il metodo di registrazione e classificazione delle segnalazioni URP.

L'aggiornamento del sistema di rilevazione è stato finalizzato a rappresentare in modo più puntuale le diverse tipologie di richieste, rispondendo alle esigenze di valutazione delle attività svolte e consentendo l'individuazione di azioni di miglioramento mirate e coerenti con le aree di maggiore impatto. Tale approccio favorisce un utilizzo più efficace delle segnalazioni come strumento di monitoraggio della qualità e di supporto ai processi decisionali, in relazione ai bisogni espressi dall'utenza.

L'incremento del numero complessivo di segnalazioni registrate nel 2025 (96 segnalazioni) è pertanto da interpretarsi anche alla luce del miglioramento del sistema di raccolta e categorizzazione delle segnalazioni. Si precisa inoltre che le segnalazioni o richieste gestite direttamente di persona nel corso dell'attività non sono state registrate, salvo i casi relativi a errori specifici o richieste di integrazione del referto.

Di tutte le segnalazioni pervenute sono stati identificati 19 "errori nel referto" che sono stati considerati come "incident" e di conseguenza classificati (vedi tabella pagina 7)

**RICHIESTE DI RISARCIMENTO**

Nel caso di richiesta di risarcimento danni che perviene alle Aziende, la Direzione valuta la richiesta pervenuta, effettuando una prima analisi della relativa documentazione sanitaria al fine di valutare l'accaduto. Viene richiesta, se necessario, agli operatori sanitari coinvolti la redazione di una relazione clinica dettagliata che viene poi trasmessa all'Ufficio Legale insieme ad una eventuale integrazione della Direzione Sanitaria.

La richiesta di risarcimento viene quindi inviata all'Ufficio Legale ed ai sanitari coinvolti.



**SINISTRI CMSR**

Anno	N° sinistri	Liquidati	Importi liquidati
2025	0	0	0
2024	0	0	0
2023	0	0	0
2022	0	0	0
2021	2	2	€ 9.500,00
2020	0	0	0

**SINISTRI SANIMEDICA**

Anno	N° sinistri	Liquidati	Importi liquidati
2025	0	0	0
2024	1	1	€ 3.200,00
2023	1	1	€ 7.000,00
2022	2	2	€ 47.333,96
2021	1	1	€ 30.000,00
2020	0	0	0

**Descrizione dello strumento/flusso informativo**

Coerentemente a quanto sancito dalla normativa regionale di riferimento, la Gestione del Rischio rappresenta lo strumento con il quale le Aziende Sanitarie prevengono le conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, integrando le funzioni di analisi dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore con quelle di riparazione e risarcimento

Il gruppo GHC ha adottato il sistema di "autogestione dei sinistri".

L'analisi della sinistrosità consente di arricchire, con una visione più articolata degli eventi avversi e delle criticità aziendali, la mappatura dei rischi a livello aziendale.

**CONCLUSIONI**

La relazione, coerentemente al principio ispiratore della norma, restituisce in modo trasparente l'impegno costante dell'organizzazione nel monitoraggio dei rischi, nell'attuazione delle azioni di miglioramento necessarie, nella prevenzione degli eventi avversi e nella tempestiva gestione degli stessi anche attraverso la riduzione ed il controllo delle loro eventuali conseguenze negative, sia nei confronti degli assistiti che dei loro familiari e degli operatori tutti.

Altavilla Vicentina, 16 gennaio 2025

Elaborato da	Condiviso con	Approvata da
Direttrice sanitaria (Milena Calderone) 	Direttore Amministrativo (Diego Bonifaci) 	Amministratore Delegato (Gabriele Nube) 
Responsabile Gestione Qualità (Lucia Acerbi) 		