



sanità

risorse umane

tecnologia

Panorama 2025 Never Events in Europa

Anna Guerrieri
Risk Manager Director, Relyens in Italia



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI

Panoramica dello studio

Relyens Europa

4
Paesi

 **Francia**  **Germania**  **Italia**  **Spagna**

10 319
sinistri gestiti
5 445 in Francia / 2 844 in Spagna
1 766 in Italia / 264 in Germania

339
eventi avversi
totalmente evitabili
(Never Events) rilevati in sale operatorie e unità operative complesse, pari al **3% dei sinistri registrati nel 2023**.

Relyens Italia

**Numero
di Never Events
denunciati
nel 2023**

3%

Never Events
47

97%

Other Events
1719



Never Events Relyens Europa



1 DIMENTICARE IL MATERIALE

35 % dei Never Events registrati ¹

Garza dimenticata perché il conteggio del materiale è stato effettuato dopo la sutura dell'incisione chirurgica.

Buona prassi

Assicurarsi che il conteggio del materiale sia completo prima di qualsiasi sutura, inserendo questa verifica come parte integrante della procedura.

*Prima conto. Poi chiudo.
Altrimenti potrebbe essere troppo tardi.*



2 USTIONE DI UN PAZIENTE

20 % dei Never Events registrati ¹

Ustione di terzo grado di un paziente sotto anestesia locale dopo l'applicazione di una borsa del ghiaccio sulla pelle.

Buona prassi

Controllare la temperatura e proteggere la pelle, tenendo conto della mancanza di sensibilità del paziente.

*Se la temperatura non è sicura per me,
non lo è neanche per lui.*



3 PROTESI / IMPIANTO NON ADEGUATO

17 % dei Never Events registrati ¹

Protesi dell'anca di dimensioni errate impiantata a causa di un errore nell'ordine di fornitura non rilevato prima dell'intervento.

Buona prassi

Controllare ogni protesi o impianto con un collega prima dell'anestesia. Senza una doppia verifica, l'intervento non ha inizio.

La protesi giusta è quella che abbiamo verificato insieme prima dell'anestesia.



4 ERRORE DI PROCEDURA

16 % dei Never Events registrati ¹

Intervento eseguito sul lato sbagliato per mancanza di coordinamento durante la preparazione.

Buona prassi

Durante la checklist, tutto il team si ferma, si concentra, partecipa, verifica.

*La checklist
è un lavoro di squadra per evitare errori.*



5 ERRORE NELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEDICINALE

10 % dei Never Events registrati ¹

Somministrazione di un farmaco sbagliato a causa della confusione tra due fiale simili.

Buona prassi

Dopo la preparazione, conservare la fiala vuota per consentire un doppio controllo prima della somministrazione.

Una puntura, due controlli, zero pericoli.



6 ERRORE NELL'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

2 % dei Never Events registrati ¹

Campione biologico mal identificato a causa dell'uso di etichette appartenenti a un altro paziente nella cartella clinica.

Buona prassi

Controllare l'identità del paziente e la richiesta di esame con un collega prima di inviarla al laboratorio.

*Evitiamo confusioni: nome verificato,
provetta convalidata, paziente rispettato.*



Reparti più colpiti e contesto di insorgenza - Relyens Europa

1

Chirurgia ortopedica

32 %

Errori nell'impianto o nella gestione dei materiali durante l'inserimento di protesi.

2

Ginecologia e ostetricia

20 %

Dimenticanza di garze o strumenti durante un parto cesareo o naturale.

3

Chirurgia viscerale

15 %

Errori di lato o di posizionamento in interventi addominali o digestivi.

4

Chirurgia plastica

5 %

Ustioni provocate da bisturi elettrici o altre apparecchiature.

5

Urologia

4 %

Errori procedurali o dimenticanza di strumenti durante interventi invasivi.

Contesto di insorgenza

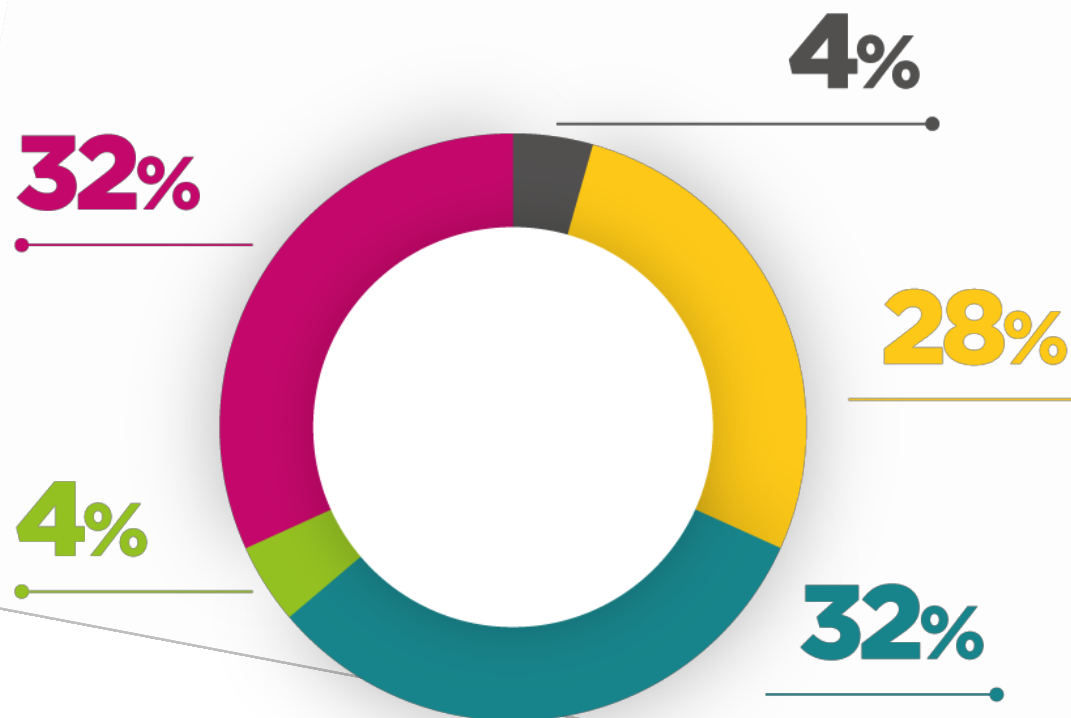
Contrariamente alle aspettative, la maggior parte dei Never Events (84%) si verifica durante procedure programmate, mentre solo il 16% avviene in contesti d'emergenza.



Focus sui dati italiani

Tipologia di Never Events

- Errore di lato
- Materiale/corpo estraneo ritenuto dopo la procedura
- Errori da impianto protesico
- Ustioni del paziente
- Errore terapeutico



Focus sui dati italiani

Una fotografia
dei dati italiani

66%

dei pazienti sono donne

60%

dei casi tra 19 e 65 anni

77%

degli eventi si verificano
in sala operatoria

25%

degli eventi causano
invalidità permanente grave

30%

degli eventi hanno
esito mortale

ERRORI DA IMPIANTO PROTESICO

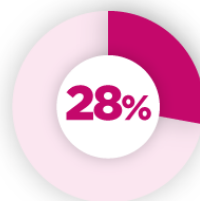


Impianto o protesi
non conforme al piano chirurgico,
rilevato dopo l'intervento.

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

- Tracciare tutto il percorso pre-operatorio.
- Programmare correttamente liste e materiali.
- Verificare modello, misura e sterilità della protesi.
- Comparare immagini diagnostiche e dispositivo scelto.
- Confrontare i pareri degli operatori prima dell'impianto.
- Registrare ogni dispositivo impiantato.
- Rispettare i protocolli di vigilanza.

CORPO ESTRANEO NON RIMOSSO

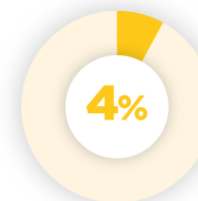


Materiale estraneo lasciato
nel paziente dopo una procedura
chirurgica o medica.

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

- Contare garze e strumenti prima e dopo l'intervento.
- Utilizzare una scheda di conteggio dedicata.
- Garantire tempi adeguati alla verifica dei materiali.
- Promuovere formazione e simulazioni pratiche.
- Favorire comunicazione e collaborazione in sala operatoria.
- Usare materiale radiopaco per un controllo sicuro.

USTIONE DEL PAZIENTE



Ustioni del paziente
durante una procedura
terapeutica.

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

- Usare accessi vascolari sicuri per la somministrazione di farmaci vescicanti.
- Rispettare le corrette procedure di preparazione e infusione.
- Monitorare la cute durante e dopo il trattamento.
- Informare il paziente su segni e sintomi di rischio.
- Evitare il contatto diretto con fonti di calore.
- Controllare la temperatura e i tempi di applicazione.
- Posizionare correttamente l'elettrodo e verificare il buon funzionamento dell'apparecchiatura.



Focus sui dati italiani

Una fotografia
dei dati italiani

66%
dei pazienti sono donne

60%
dei casi tra 19 e 65 anni

77%
degli eventi si verificano
in sala operatoria

25%
degli eventi causano
invalidità permanente grave

30%
degli eventi hanno
esito mortale

ERRORI DI LATO E/O DI PROCEDURA

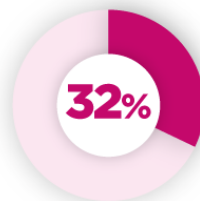


Errato intervento chirurgico,
errata procedura o errore
nella marcatura del sito chirurgico.

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

- Tracciare il percorso pre-operatorio e la documentazione.
- Attivare procedure per la marcatura del sito chirurgico.
- Affidare la marcatura al chirurgo responsabile.
- Usare la checklist pre-operatoria di sicurezza.
- Verificare la corretta compilazione della checklist.
- Preparare e posizionare correttamente il paziente.
- Favorire comunicazione e coordinamento in équipe.

ERRORE TERAPEUTICO

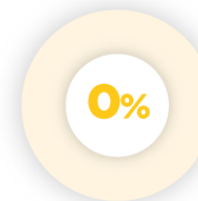


Errore nella somministrazione
di un farmaco che provoca gravi
conseguenze sul paziente.

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

- Gestire in sicurezza le soluzioni di potassio.
- Applicare procedure per prescrizione e somministrazione.
- Separare e identificare farmaci simili.
- Standardizzare la scrittura delle prescrizioni.
- Definire protocolli per la profilassi antibiotica.
- Attuare la riconciliazione farmacologica.
- Garantire alternative sicure per via enterale.

SCAMBIO DI IDENTITÀ DEI PAZIENTI



Errata identificazione
del paziente in qualsiasi
procedura assistenziale.

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

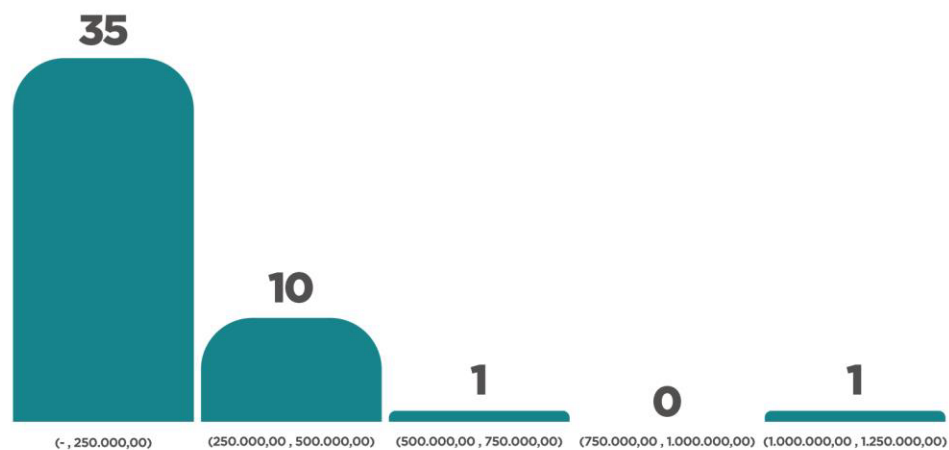
- Identificare attivamente i pazienti collaboranti.
- Applicare l'identificazione passiva per i non collaboranti.
- Usare la checklist per confermare l'identità.
- Adottare procedure sicure nei processi trasfusionali.
- Utilizzare tecnologie per l'identificazione sicura.
- Promuovere formazione continua sulle buone pratiche.
- Verificare l'applicazione delle procedure in ogni fase.



Focus sui dati italiani

L'impatto economico

Never Events - Distribution of Indemnity Costs



Costo medio dei risarcimenti per tipologia di Never Events



Le raccomandazioni Relyens: verso una prevenzione costante e sistemica

In linea con il Global Patient Safety Action Plan 2021-2030, Relyens promuove un modello di prevenzione dei Never Events fondato su:

1. Centralità della persona, tutelando pazienti e professionisti.
2. Collaborazione tra équipe, per favorire comunicazione e coordinamento.
3. Approccio sistemico, che integra organizzazione, tecnologia e competenze.
4. Apprendimento continuo, per migliorare conoscenze e pratiche.
5. Cultura condivisa della sicurezza, come base della qualità delle cure.

Per ridurre l'incidenza dei Never Events è fondamentale analizzare le cause degli errori e agire sulle condizioni che li rendono possibili:

pianificazione inadeguata, scarsa comunicazione, mancanza di coordinamento o procedure non applicate.

Garantire ai professionisti sanitari ambienti di lavoro favorevoli, strumenti adeguati e tempi appropriati significa creare le condizioni per una pratica sicura e di qualità.

1

Condividere una definizione comune

riconoscere la realtà dei Never Events e coinvolgere attivamente tutte le équipe sanitarie.

2

Implementare barriere efficaci

applicare checklist e protocolli in ogni fase critica del percorso clinico.

3

Chiarire ruoli e comunicazione

assicurare chiarezza e coordinamento tra tutti gli operatori, con particolare attenzione alla sala operatoria.

4

Segnalare l'evento

informare i pazienti e sostenere gli operatori coinvolti nella gestione dell'evento.

5

Fornire un feedback sistematico

adattare le pratiche cliniche e promuovere la formazione continua del personale.

6

Verificare che le azioni correttive producano un cambiamento reale

monitorare, misurare, correggere i risultati e ripetere la procedura.



**Per scaricare
lo studio completo**



In Relyens, siamo molto più che assicuratori, siamo Risk Manager.
Gestire, prevenire e assicurare i rischi è il nostro impegno per proteggere al meglio
gli attori della sanità e della gestione del territorio in Europa. Al loro fianco,
agiamo e innoviamo per garantire cure e servizi sempre più sicuri, per tutti.

**Anticipare oggi
per proteggere domani.**

Sede legale
18, rue Édouard Rochet
69372 Lyon Cedex 08 - Francia

relyens.eu
in 



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI