



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Struttura Operativa competente: S.S. Qualità – Risk Management – Relazione con il Pubblico

Responsabile: dott. Luciano VERO

Recapiti a cui rivolgersi:

- ✓ personalmente: strada Tanaro 7/9 , VERDUNO (CN)
- ✓ telefonicamente: 0172/ 1408045 - 0172/1408047
- ✓ tramite mail: lvero@aslcn2.it

Verduno, 10/02/2023

SCHEMA RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI anno 2022

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

Fino a luglio 2020 nell'ASL CN2 esisteva un Presidio Ospedaliero suddiviso in due sedi: una ad Alba (Ospedale San Lazzaro) ed una a Bra (Ospedale Santo Spirito). Dopo tale data le sedi sono state unificate nel Presidio Ospedaliero di Verduno denominato "Ospedale Michele e Pietro Ferrero". A livello territoriale l'ASL è suddivisa in 2 Distretti cui fanno capo le Case della Comunità.

La struttura dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti è una Struttura Semplice in staff alla Direzione Generale: S.S. Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico.

Tra le principali attività svolte dalla Struttura vengono segnalate:

- Contestualizzazione e implementazione del Programma Regionale sul Rischio Clinico
- Valutazione proattiva e reattiva del rischio
- Contestualizzazione dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali
- Segnalazione e gestione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss
- Gestione del sistema Incident Reporting
- Gestione del sistema della segnalazione delle cadute, analisi, produzione di report e azioni di miglioramento
- Formazione degli operatori sanitari sulle tematiche riguardanti il rischio clinico
- Monitoraggio e verifica utilizzo Scheda Unica di Terapia
- Monitoraggio e verifica utilizzo Check-list OMS in sala operatoria
- Partecipazione al Gruppo Regionale Rischio Clinico e implementazione locale delle indicazioni
- Attività di facilitazione obiettivi Direzione Generale
- Supporto alle attività di autovalutazione della documentazione clinica
- Supporto nell'elaborazione e diffusione di procedure aziendali
- Partecipazione al Comitato Gestione Sinistri
- Attività per l'accreditamento istituzionale.

Normativa di riferimento:

- 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”*
- art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall’art. 2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 *“le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l’esercizio dei seguenti compiti: d-bis) Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria”*
- Circolare Regione Piemonte prot. n. 13352 del 16 giugno 2017 *“Legge 8 marzo 2017, n. 24. Prime indicazioni attuative”*.

EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue il *“Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”* del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III.

Le informazioni relative agli eventi sentinella sono registrate sul portale Sistema Piemonte (disponibile al link http://www.sistemapiemonte.it//cms/pa/servizi/835-simes-sistema-*informativo-monitoraggio-errori-in-sanità).

La Regione Piemonte con Determinazione n. 699 del 7.8.2014 ha previsto la compilazione della Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione) per la segnalazione delle azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi sentinella.

Nell’anno 2022 all’interno dell’ASL CN2 non sono stati segnalati al Servizio scrivente eventi sentinella.

SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

L’incident reporting è uno strumento per la raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera spontanea, relativo ad eventi indesiderati e/o quasi eventi.

A livello aziendale dal 2007 è stata elaborata e diffusa nei reparti una scheda di Incident reporting per la segnalazione spontanea degli eventi e dei near miss da parte degli operatori sanitari al Servizio Risk Management.

L’evento *“caduta della persona assistita all’interno della struttura ospedaliera”* ha invece una specifica

scheda di segnalazione recepita all'interno di una specifica procedura aziendale.

Relativamente all'anno 2022 sono pervenute al Servizio Risk Management 4 segnalazioni di near miss (quasi eventi).

NEAR MISS				
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
4	Dipartimento Materno Infantile	Mancata assistenza temporanea	Personale impegnato in più emergenza clinica	Potenziamento dei sistemi di chiamata in caso di necessità da parte delle donne assistite. Integrazione organico

Le 4 segnalazioni del Dipartimento Materno Infantile, si riferiscono ad eventi in cui gli operatori hanno riscontrato difficoltà assistenziali alle donne ricoverate specie per quanto riguarda la presenza costante in aree diverse (reparto, reparto covid, blocco parto) e il subentrare di un'emergenza clinica.

Le segnalazioni degli eventi avversi sono state 27, di cui 1 evento risulta una complicanza non prevenibile di procedura invasiva, 2 avulsioni dentali accidentali avvenute durante la manovra di intubazione oro-tracheale, 1 stravasato di chemioterapico.

La tabella seguente riporta 6 eventi/errori commessi, ma intercettati grazie all'esistenza di specifiche barriere.

EVENTI EVITATI MEDIANTE BARRIERE IMPOSTATE				
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	BARRIERA CHE HA INTERCETTATO L'ERRORE
1	Servizio sanitario / Dipartimento di Area Medica	Prescrizione	Errore di lettura farmaci a nome simile	Secondo controllo
1	Servizio sanitario / Dipartimento di Area Medica	Preparazione	Errore di lettura farmaci a nome simile	Secondo controllo
1	Dipartimento Area Diagnostica	Assegnazione	Omonimia	Secondo controllo
2	Blocco operatorio	Segnatura del lato	Inesatta lettura documentazione	Secondo controllo / utilizzo della check-list intra-operatoria
1	Blocco operatorio	Non conformità nel numero di garze confezionate	Fornitura da ditta esterna non conforme	Conteggio delle garze

La tabella seguente riporta i rimanenti 17 eventi indesiderati pervenuti attraverso il sistema di segnalazione spontanea attivo a livello aziendale.

EVENTI AVVERSI SEGNALATI					
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	DANNO	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	Dipartimento di Salute Mentale	Aggressione verso operatori	Condizioni patologiche/ Stress	Infortunio operatore	Variazioni strutturali e tecnologiche
2	DEA	Aggressione verso operatori	Condizioni patologiche/ Stress	Danno verso l'operatore / interruzioni del servizio	Variazioni strutturali / Corso di formazione
1	Area ambulatoriale	Aggressione verso operatori	Condizioni patologiche/ Stress	Danno verso l'operatore / interruzioni del servizio	Variazioni organizzative / Corso di formazione
1	Dipartimento di Area Medica	Mal conservazione del pezzo anatomico	Inadeguata conoscenza / esperienza	Nessun danno apparente / Monitoraggio della paziente	Formazione specifica del personale neo inserito
1	Blocco operatorio	Cedimento del reggibraccio	Mancata verifica preventiva dell'apparecchiatura / elevato turnover	Iperestensione dell'arto	Controllo in doppio delle attrezzature
1	Dipartimento di Area Medica	Cedimento del lettino / barella	Attrezzatura inadeguata	Evento occorso che non ha portato danni	Rivalutazione delle attrezzature
1	Area ambulatoriale	Cedimento del lettino / barella	Attrezzatura inadeguata	Evento occorso che non ha portato danni	Rivalutazione delle attrezzature
1	DEA	Sparizione di denaro, di una paziente, tenuto in custodia	Non noto	Danno economico	Richiesta cassaforte
1	DEA	Scorretta identificazione del paziente	Condizioni patologiche / Inadeguata comunicazione	Evento occorso che non ha portato danni	Revisione della modulistica / Utilizzo braccialetto identificativo
1	Dipartimento Materno Infantile	Allontanamento di paziente	Condizioni patologiche/ Ambiente inadeguato	Evento occorso che non ha portato danni	Revisione convenzione e procedura per personale di assistenza
1	Blocco operatorio	Impianto di stelo oltre la data di conservazione	Fatica e stress / Mancata supervisione	Evento occorso che non ha portato danni	Cambiamento organizzativo

1	Servizio sanitario / Dipartimento di Area Medica	Prescrizione	Errore di lettura farmaci a nome simile	Evento occorso che non ha portato danni	Inserito ulteriore controllo / Richiesto inserimento allert informatico
2	Dipartimento Area Chirurgica / DEA	Restituzione emocomponenti oltre i termini previsti	Non corretta applicazione di procedura / Inadeguata comunicazione	Spreco di risorsa terapeutica già limitata	Revisione procedura
1	Dipartimento di Area Medica	Errato ritiro di emocomponente	Inadeguata conoscenza di procedura / Personale inesperto	Evento occorso che non ha portato danni	Variazioni strutturali e tecnologiche /
1	Dipartimento di Area Diagnostica	Errore diagnostico	Anamnesi incompleta per omissione della paziente	Infezione	Espressione sui referti di eventuali dubbi di imaging

Al fine di incentivare sempre più l'utilizzo di questa metodica, durante i corsi di formazione, le riunioni aziendali, ... ogni anno si fa una sensibilizzazione degli operatori alla segnalazione degli eventi avversi e dei near miss.

Le schede di rilevazione cadute delle persone assistite pervenute nell'anno 2022 sono 196.

La tabella seguente riporta la distribuzione dell'evento caduta all'interno delle strutture.

Tra le 196 segnalazioni di cadute dei pazienti, 9 cadute hanno portato a traumi maggiori che, in base alle Linee di Indirizzo regionali, non sono da considerare eventi sentinella.

STRUTTURE	N. CADUTE SEGNALATE (TOT: 196)
Medicina Interna	52
CAVS	34
Medicina Interna COVID	28
SPDC	22
Chirurgia Generale	9
Urologia	8
Ortopedia e Traumatologia	7
Cardiologia	7
CTP	7
Medicina e Chirurgia d'Urgenza	5
Strutture ad accesso diurno	5
Nefrologia	4
Neurologia	3
DEA / Pronto Soccorso	3
Hospice	1
Blocco operatorio	1

La seguente tabella sintetizza le procedure e le istruzioni operative che sono state redatte e distribuite in Azienda al fine di scongiurare il verificarsi di eventi avversi.

TITOLO	BREVE DESCRIZIONE
GESTIONE IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA'	Definisce le regole per assicurare la corretta identificazione e tracciabilità di utenti, campioni biologici, documenti di registrazioni di risultati.
GESTIONE INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE	Esplicita le modalità operative per l'inserimento di personale sanitario (escluso il comparto) e amministrativo.
TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO	Procedura relativa al trasporto del materiale biologico.
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE A LIVELLO DELL' APPARATO RESPIRATORIO	Documento inerente la prevenzione delle infezioni ospedaliere a livello dell'apparato respiratorio.
PROCEDURA GENERALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Procedura per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee da pressione.
GESTIONE DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSERIMENTO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO AFFERENTE ALLA DIPSA	Percorso di accoglienza e inserimento all'interno dell'organizzazione sanitaria del professionista sanitario neoassunto afferente alla DiPSa.
PIANO DI RISPOSTA ALLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE	Descrive i criteri per l'individuazione del paziente a rischio, i criteri di allarme al sistema di emergenza intraospedaliera, le modalità di primo trattamento e di intervento del rianimatore.
CONSENSO INFORMATO	Procedura per indirizzare gli operatori nell'acquisizione del consenso informato.
PROCEDURA GENERALE INERENTE LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE IN AMBIENTE OSPEDALIERO	Procedura per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni da Clostridium Difficile (CD) considerato il maggior responsabile di diarrea in ospedale.
TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO URGENTE	Procedura per il trasferimento in ambulanza di pazienti verso altri presidi di altre ASL/ASO.
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	Indicazioni per il controllo delle infezioni del sito chirurgico attraverso l'adozione di misure atte alla corretta gestione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico (fare pre-operatoria, intra-operatoria, post-operatoria).
RACCOMANDAZIONI PER LE MISURE DI ISOLAMENTO IN OSPEDALE	Misure per prevenire e interrompere la trasmissione di microrganismi patogeni da soggetto colonizzato o infetto ad un altro sano.
PROCEDURA PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DEL MRSA	Indicazioni per limitare la diffusione delle infezioni ospedaliere / nosocomiali da Stafilococco Aureo Resistente alla Meticillina.
GESTIONE FARMACI	Descrive le modalità di approvvigionamento immagazzinamento, custodia, conservazione, gestione delle scadenze, prescrizione, preparazione e somministrazione.
GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI E PSICOTROPI	Descrive le modalità di approvvigionamento, stoccaggio, conservazione, carico/scarico e distribuzione diretta di farmaci stupefacenti.
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI	Documento per definisce e uniforma la gestione degli accessi venosi per ridurre l'incidenza delle infezioni e dei più importanti effetti collaterali.
PROCEDURA PER L'IGIENE DELLE MANI E L'UTILIZZO DEI GUANTI NELL'ASSISTENZA SANITARIA	Descrive i comportamenti del personale sanitario relativamente al lavaggio delle mani e all'uso dei prodotti per l'igiene al fine di ridurre l'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza e ridurre il rischio di contaminazione dell'operatore.



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

TITOLO	BREVE DESCRIZIONE
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE INERENTE IL CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA E AD INTERMITTENZA	Documento per uniformare le conoscenze e il comportamento degli operatori sanitari nella gestione del catetere vescicale al fine di ridurre l'incidenza delle infezioni e delle complicanze.
STERILIZZAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI RIUTILIZZABILI	Descrive la preparazione dei dispositivi da sottoporre a sterilizzazione, le attività degli operatori coinvolti nel processo di sterilizzazione e i comportamenti per la salvaguardia della sterilità dei dispositivi.
ISTRUZIONE OPERATIVA DI SANIFICAZIONE E SANITIZZAZIONE DEI MATERASSI ANTIDECUBITO	Indicazioni per la sanificazione e sanitizzazione del materasso e coprimaterasso antidecubito.
GESTIONE DEI CARRELLI DI EMERGENZA	Modalità operative per la gestione del materiale contenuto nel carrello di emergenza.
PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA	Procedura sull'antibiotico profilassi perioperatoria al fine di ridurre l'incidenza di infezioni del sito chirurgico.
CORRETTO UTILIZZO DI EPARINE E FONDAPARINUX NELL' AMBITO DI PROFILASSI E TRATTAMENTO DEI TROMBOEMBOLISMI	Utilizzo di eparina nell'ambito di profilassi e trattamento del tromboembolismo.
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita.
LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI PER L'ELABORAZIONE DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA	Linee di indirizzo aziendali per l'elaborazione della Scheda Unica di Terapia.
CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN OSPEDALE	Indicazioni sulle misure di prevenzione e controllo della legionella messe in atto a livello aziendale.
PROCEDURA PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA: CHECKLIST	Descrive le azioni per l'applicazione della check-list di Sala Operatoria, al fine di garantire la sicurezza del paziente.
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DELLE PERSONE ASSISTITE	Procedura che disciplina la conservazione di protesi ed effetti personali al fine di prevenirne lo smarrimento.
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO IN SALA OPERATORIA	Documento che descrive le attività per la valutazione, prevenzione e gestione del rischio emorragico in sala operatoria.
PREPARAZIONE E POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Procedura con lo scopo di definire modalità e responsabilità relative al corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio per assicurare la migliore esposizione chirurgica possibile e le condizioni posturali ottimali per prevenire eventuali danni.
SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI NEL PRESIDIO OSPEDALIERO	Fornisce indicazioni per l'attuazione della sorveglianza e controllo della trasmissione della <i>Klebsiella pneumoniae</i> produttrice di carbapenemasi nelle strutture sanitarie.
TRASPORTO DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI	Procedura che definisce le modalità di trasporto in sicurezza di farmaci chemioterapici antiblastici
GESTIONE SPANDIMENTI ACCIDENTALI DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI	Procedura per uniformare il comportamento da attuare in caso di spandimenti accidentali di farmaci antiblastici in modo da ridurre al minimo il rischio di contaminazione ambientale e personale.
SORVEGLIANZA DEI GERMI SENTINELLA	Documento che definisce come identificare e segnalare in modo tempestivo un paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi sentinella.
GESTIONE DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO	Uniformare la gestione delle soluzioni concentrate di potassio (approvvigionamento, conservazione, prescrizione, preparazione, somministrazione).



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

TITOLO	BREVE DESCRIZIONE
PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI E DENOSUMAB	Documento che definisce le gestione del paziente che deve iniziare o che è già in terapia con bifosfonati o denosumanb.
GESTIONE PERIOPERATORIA DELLA TERAPIA ANTIAGGRGANTE ANTICOAGULANTE	Linee di indirizzo per la gestione di pazienti in terapia antiaggregante e/o anticoagulante che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico o procedure invasive.
GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE TAO/TOACS CON SOVRADDOSAGGIO E/O SANGUINAMENTO	Linee di indirizzo per la gestione del paziente in terapia anticoagulante con sovraddosaggio e/o sanguinamento.
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELL'ASPERGILLOSI NOSOCOMIALE	Indicazioni preventive al fine di ridurre la produzione di polvere proveniente da opere di costruzione o ristrutturazione.
L'EMOTRASFUSIONE	Procedura con lo scopo di implementare le conoscenze teorico e pratiche su cosa fare prima, durante e dopo la trasfusione, il materiale da utilizzare, la preparazione e sorveglianza del paziente trasfuso.
GESTIONE DELL'EMERGENZA PRESSO LE SEDI EXTRA-OSPEDALIERE	Descrive i criteri per la tenuta del materiale necessario in caso di emergenza, i criteri di allarme e un algoritmo decisionale per il soccorso in caso di emergenza.

IL RESPONSABILE
S.S. QUALITA' – RISK MANAGEMENT –
RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Luciano VERO

*Il presente documento è sottoscritto con firma
digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005*

LV/eg