



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Sede Legale: Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel: +39 0172 -1401111

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)

sito aziendale: [www.aslcn2.it](http://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](mailto:lvero@aslcn2.it)

Verduno, 31/01/2025

## **SCHEMA RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI anno 2024**

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

La Legge 24/2017, all'art. 2 comma 5, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, comprensiva delle cause che li hanno prodotti e delle conseguenti iniziative messe in atto per ridurre i rischi, la quale deve essere pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.

### ***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”*.

### ***Contesto aziendale di riferimento***

L'ASL CN2 è dotata di un Presidio Ospedaliero situato a Verduno denominato “Ospedale Michele e Pietro Ferrero”. A livello territoriale l'ASL è suddivisa in 2 Distretti cui fanno capo 5 Case della Comunità (Alba, Bra, Santo Stefano Belbo, Cortemilia e Canale).



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



# A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Sede Legale: Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel: +39 0172 -1401111

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)

sito aziendale: [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Scopo dell'Azienda è quello di assicurare ai propri assistiti il massimo livello qualitativo possibile di servizi e prestazioni, attraverso interventi sicuri, tempestivi, efficaci ed appropriati, nonché adeguati ai bisogni delle persone, nel rispetto della loro dignità ed autonomia, passando da un modello di cura ad un modello di presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità. L'Azienda organizza la rete dell'assistenza in attuazione della normativa nazionale e regionale di riferimento e secondo modalità che permettano di perseguire, con particolare riguardo all'area della cronicità, la continuità delle cure attraverso l'integrazione con tutte le risorse della rete sanitaria e socio-sanitaria in una logica di efficienza e di efficacia. L'Azienda intende proporsi come attrattiva di nuove competenze e professionalità, anche in relazione alle potenzialità offerte dal nuovo Ospedale unico e dalle tecnologie d'avanguardia in esso presenti. Strettamente correlata a tale finalità è l'ulteriore finalità di svolgere un significativo ruolo nella ricerca e nella formazione, attraverso apposite collaborazioni con le istituzioni universitarie, e quella di essere riconosciuta come centro di riferimento regionale per patologie specifiche.

La Legge n. 24 del 08.03.2017 dispone che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) definendone i compiti e le competenze del coordinamento delle attività di gestione del rischio clinico (all'art. 16 comma 2). Inoltre la Regione Piemonte con D.G.R. n. 14-8500 del 31.3.2008 ha approvato le "Indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per la gestione del rischio clinico e l'attivazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico e prime linee di indirizzo su tematiche di particolare interesse"; a seguito del suddetto provvedimento, le Aziende Sanitarie Regionali sono state richiamate ad istituire l'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC) secondo le indicazioni riportate e a trasmettere il relativo atto alla Regione.

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, definite dall'Atto Aziendale, 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.

Presso l'ASL è altresì attiva l'Unità Prevenzione Rischio Infettivo che definisce la strategia aziendale di lotta contro le Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) e la stewardship antibiotica.



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

## SEGNALAZIONI EVENTI

Le segnalazioni di eventi, o sistemi di reporting degli eventi avversi, rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell’imparare dall’errore”. Le segnalazioni hanno lo scopo di avviare un’attenta analisi delle cause che hanno generato gli eventi avversi o gli eventi evitati, con l’obiettivo finale di introdurre nel sistema adeguate misure correttive e prevenire il ripetersi dei problemi o il ripresentarsi delle condizioni di rischio.

Definizione di Evento Avverso: Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli Eventi Avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un Evento Avverso attribuibile ad errore è “un Evento Avverso prevenibile”.

Definizione di Quasi Evento/Near Miss: Evento avverso che non si verifica per un’azione concertata e tempestiva di cause favorevoli che ne impediscono l’evoluzione, ossia il manifestarsi come evento avverso.

Definizione di Evento Sentinella: Evento Avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e l’implementazione delle adeguate misure correttive.

Segnalazione di Evento Avverso o di Quasi Evento/Near Miss.

L’operatore coinvolto o che sia venuto a conoscenza di un evento avverso o di un near miss compila in ogni sua parte la “Scheda di segnalazione spontanea degli eventi” e la trasmette alla struttura Risk Management.

Le schede vengono analizzate e, sulla base dei risultati, vengono pianificate specifiche azioni di miglioramento volte a ridurre l’incidenza degli eventi.

Eventi avversi più significativi vengono analizzati con tecniche e metodologie più specifiche (es. SEA), al fine di identificare apposite azioni di miglioramento.

Di seguito si riportano i dati degli eventi segnalati nel 2024.

### 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](http://www.sistemapiemonte.it//cms/pa/servizi/835-simes-sistema-*informativo-monitoraggio-errori-in-sanità)).

Per ogni evento sentinella, viene condotta un’indagine approfondita per valutare cause e fattori contribuenti, vengono individuate ed attuate le azioni correttive necessarie e misurati gli esiti nel tempo.

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.

La tabella seguente riassume gli eventi sentinella segnalati all'interno dell'ASL CN2 nell'anno 2024.

ID Evento	Categoria evento	Piano di azione
642	Morte neonatale	Non sono state accertate cause o fattori contribuenti che hanno favorito il determinarsi dell'evento sentinella. Eseguita comunque la variazione di un codice colore / tempo per la gestione delle urgenze
663	Caduta di paziente	Non sono state accertate cause o fattori contribuenti che hanno favorito il determinarsi dell'evento sentinella.
668	Strumento o altro materiale chirurgico ritenuto	Miglioramento della comunicazione interna
691	Caduta di paziente	ANNULLATO
710	Somministrazione errata di farmaco	1. Revisione organizzativa 2. Inserito controllo tra prescritto ed erogato 3. Verifica in presenza del paziente

## **EVENTO AVVERSO E NEAR MISS**

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

Relativamente all'anno 2024 sono pervenute al Servizio Risk Management 10 segnalazioni di near miss (quasi eventi).

NEAR MISS				
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	Dipartimento Area Medica	Scorretta identificazione del paziente	Mancata applicazione procedura	Formazione specifica
1	Dipartimento Area Chirurgica	Mancata lettura di referto	Mancata lettura di referto	Miglioramento nell'area comunicazione
2	Dipartimento Area Chirurgica	Errata fornitura di farmaco in blocco operatorio	Errore di identificazione	Riorganizzazione del magazzino del blocco operatorio
1	Dipartimento Area Chirurgica	Errore di terapia	Errore di identificazione	Miglioramento nell'area comunicazione
1	Blocco operatorio	Mancanza di un carrello	Difetto di comunicazione	Riorganizzazione logistica del carrello
2	Dipartimento Area Materno Infantile	Riduzione dell'assistenza	Sovraccarico di lavoro	Focus specifico per miglior coordinamento d'equipe
1	Dipartimento Emergenza Urgenza	Errato ritiro di emocomponente	Mancata applicazione procedura	Formazione specifica
1	Dipartimento Emergenza Urgenza	Scorretta identificazione del paziente	Stress – Inadeguata comunicazione	Azioni di empowerment del paziente sulla sicurezza diagnostica

Le segnalazioni degli eventi avversi sono state 26, di cui 1 evento risulta una complicanza non prevenibile di procedura invasiva.

La tabella seguente riporta 25 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
5	Blocco operatorio	Avulsione dentale		Lesione al paziente	
1	Blocco operatorio	Rottura materiale durante intervento	Verosimile difetto del materiale	Evento occorso che non ha portato danni	Segnalazione del dispositivo
1	Blocco operatorio	Rinvio intervento chirurgico	Attrezzatura inadeguata o mancate	Danno per rinvio dell'intervento	Rivalutazione del magazzino interno

1	Blocco operatorio	Errore chirurgico	Errore chirurgico	Evento occorso che non ha portato danni	Impostato esame preoperatorio di routine
1	Blocco operatorio	Rottura materiale durante intervento	Mancato materiale di scorta	Evento occorso che non ha portato danni	Sollecitata fornitura di materiale di scorta
1	Dipartimento di Area Chirurgica - Blocco operatorio	Errore chirurgico	Mancato doppio controllo per mancanza di figura professionale specifica	Possibile danno al paziente, da quantificare	Ridefinizione dei ruoli e dei compiti professionali
2	Dipartimento di Area Chirurgica	Errata identificazione sito chirurgico	Mancata applicazione di procedura	Evento occorso che non ha portato danni	Re-impostato blocco all'ingresso in sala per sito non segnato
1	Dipartimento di Area Chirurgica	Errata identificazione del paziente	Mancata applicazione di procedura	Evento occorso che non ha portato danni	Evento intercettato per blocco in sala operatoria
1	Dipartimento di Area Chirurgica	Errore terapeutico	Terapia incompleta	Evento occorso che non ha portato danni	Variazione sulla scheda di terapia
1	Dipartimento di Area Chirurgica	Errata identificazione del paziente	Mancata applicazione di procedura	Evento occorso che non ha portato danni	Variazione organizzativa e variazione su applicativo o informatico
1	Dipartimento di Area Chirurgica	Errata somministrazione del pasto	Mancata comunicazione	Evento occorso che non ha portato danni	Miglioramento nell'area comunicazione
1	Dipartimento di Area Chirurgica	Mancata esecuzione esame preoperatorio	Mancata/inadeguata comunicazione	Ritardo nell'intervento chirurgico	Elenco dettagliato delle patologie che necessita di consulenza specialistica
1	Dipartimento di Area Medica	Errore di identificazione	Mancata identificazione attiva	Evento occorso che non ha portato danni	Sollecito a applicazione della procedura
1	Dipartimento di Area Medica	Errore terapeutico	Errata lettura di documentazione	Evento occorso che non ha portato danni	Variazione su applicativo informatico
1	Dipartimento di Area Medica	Errore terapeutico	Prescrizione non completa	Danno lieve al paziente	Variazione su documentazione sanitaria

2	Dipartimenti di Salute Mentale	Allontanamento di paziente	Agito improvviso del paziente	Evento occorso che non ha portato danni	Richiesta variazione strutturale
1	Dipartimento Area Materno Infantile	Ritardo diagnostico	Anamnesi non completa	Evento occorso che non ha portato danni	Inserimento di routine di esame diagnostico
1	Area ambulatoriale	Lesione cutanea	Errore nella mobilitazione	Lesione cutanea	Presa in cario della paziente
1	Area amministrativa	Errata consegna di cartella clinica a paziente	Mancata formazione	Evento occorso che non ha portato danni	Formazione al personale neoassunto

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 2024 sono state 242.

La tabella seguente riporta la distribuzione dell'evento caduta, in numeri assoluti, all'interno delle strutture.

STRUTTURE	N. CADUTE SEGNALATE (TOT: 242)
Medicina Interna / Area Medica Multidisciplinare	99
CAVS Canale	33
Ortopedia e Traumatologia	15
Hospice	15
SPDC	15
CAVS Verduno	14
Chirurgia Generale	13
Neurologia	10
DEA /Pronto Soccorso	8
Urologia	8
Nefrologia	3
Cardiologia - Utic	3
Medicina di Emergenza e Urgenza	1
Ginecologia	1
Pediatria	1
CTP	1
Ciclo Diurno	1
Radiologia	1

## AGGRESSIONI E VIOLENZA SU OPERATORI

A partire dal 2024 la Regione Piemonte ha implementato per le aziende sanitarie, il caricamento su applicativo SIMES degli eventi di aggressione e violenza da parte degli utenti a danno degli operatori.

L'ASL CN2 ha una specifica procedura interna per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori, con specifico modulo e percorso di segnalazione.

Gli episodi di violenza segnalati per il 2024 sono stati in tutto 51, tutti riportati su applicativo informatico.

## PROCEDURE AZIENDALI

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
PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
GESTIONE INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE
TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE A LIVELLO DELL' APPARATO RESPIRATORIO
PROCEDURA GENERALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE
GESTIONE DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSERIMENTO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO AFFERENTE ALLA DIPSA
PIANO DI RISPOSTA ALLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE
CONSENSO INFORMATO
PROCEDURA GENERALE INERENTE LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE IN AMBIENTE OSPEDALIERO
TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO URGENTE
PROCEDURA PER L'ACCOMPAGNAMENTO URGENTE DEI PAZIENTI IN AMBULANZA CON ACCOMPAGNAMENTO INFERMIERISTICO
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO
RACCOMANDAZIONI PER LE MISURE DI ISOLAMENTO IN OSPEDALE
PROCEDURA PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DEL MRSA
GESTIONE FARMACI
GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI E PSICOTROPI
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI
PROCEDURA PER L'IGIENE DELLE MANI E L'UTILIZZO DEI GUANTI NELL'ASSISTENZA SANITARIA
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE INERENTE IL CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA E AD INTERMITTENZA
STERILIZZAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI RIUTILIZZABILI
ISTRUZIONE OPERATIVA DI SANIFICAZIONE E SANITIZZAZIONE DEI MATERASSI ANTIDECUBITO
GESTIONE DEI CARRELLI DI EMERGENZA
PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA
PROFILASSI DEI TROMBOEMBOLISMI
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA
LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI PER L'ELABORAZIONE DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA
CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN OSPEDALE



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Sede Legale: Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel: +39 0172 -1401111

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)

sito aziendale: [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

TITOLO
PROCEDURA PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA: CHECKLIST
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DELLE PERSONE ASSISTITE
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO IN SALA OPERATORIA
PREPARAZIONE E POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA
SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI NEL PRESIDIO OSPEDALIERO
TRASPORTO DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI
GESTIONE SPANDIMENTI ACCIDENTALI DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI
SORVEGLIANZA DEI GERMI SENTINELLA
GESTIONE DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO
PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI E DENOSUMAB
GESTIONE PERIOPERATORIA DELLA TERAPIA ANTIAGGRGANTE ANTICOAGULANTE
GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE TAO/TOACS CON SOVRADDOSAGGIO E/O SANGUINAMENTO
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELL'ASPERGILLOSI NOSOCOMIALE
L'EMOTRASFUSIONE
GESTIONE DELL'EMERGENZA PRESSO LE SEDI EXTRA-OSPEDALIERE

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*