



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione annuale 2018

A cura della Struttura Complessa Risk Management
Direttore dott.ssa Vincenza Palermo



Eventi Evitati,
Eventi Avversi,
Eventi Sentinella 2018

relazione ai sensi art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24

S.C. Risk Management ASLTO4 – Direttore Medico Legale - Dott.ssa Vincenza Palermo
Via Aldisio, 2 – 10015 Ivrea (To)

Sistema di Incident Reporting - allestito su piattaforma Survey Monkey, accessibile attraverso Intranet al link:
<http://intranetms.asl.ivrea.to.it/intranet/S-C--Risk-/Eventi-sen/index.htm>

Gestione piattaforme Incident Reporting ed elaborazioni dati: dr.ssa Alessandra Luciano



*«La fallibilità è una caratteristica dell'essere umano.
Noi non possiamo cambiare l'essere umano,
ma possiamo cambiare le condizioni
in cui gli esseri umani lavorano».*

James Reason, 2003



Sommario

Introduzione.....	4
Il Sistema integrato di Incident Reporting ASLTO4	6
1- Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella	8
2 - Monitoraggio Cadute accidentali.....	15
3 - Azioni di miglioramento	18



Introduzione

La relazione è redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 24 dell'8 marzo 2017 e fornisce i dati relativi al monitoraggio degli eventi evitati/avversi e sentinella segnalati dagli operatori delle strutture di degenza, degli ambulatori dei distretti, RSA e Hospice della ASLTO4, alla S.C. Risk Management da 1 gennaio a 31 dicembre 2018.

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", meglio nota come Legge Gelli-Bianco, ha disposto che le strutture sanitarie, pubbliche e private, pubblichino sul sito internet i dati di monitoraggio sugli eventi avversi che si sono verificati all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Come stabilito dal Ministero della Salute (vd. pubblicazione "La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – Glossario" Luglio, 2006) si definisce **evento avverso** un evento inatteso correlato al processo assistenziale e 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". Si indica come **evento evitato (Near miss)** l'errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Si indica come **evento sentinella** un 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 opportune: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "principio dell'imparare dall'errore". In tale ambito il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità e pertanto gli eventi sentinella, ai sensi del DM 11 dicembre 2009 che ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), sono segnalati attraverso il predetto sistema. Secondo quanto previsto dal Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella dell'Osservatorio Nazionale degli eventi sentinella (luglio 2009), il Ministero della Salute ha elaborato l'elenco degli Eventi Sentinella come di seguito elencati:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita



9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

La presente relazione presenta tutti i dati relativi alla diversa tipologia di eventi, segnalati spontaneamente dagli operatori dell'Azienda alla S.C. Risk Management, riferendoli all'elenco dei 16 tipi di Eventi Sentinella stilato dal Ministero della Salute, identificando il tipo di evento in relazione all'essere o meno avvenuto (evento evitato/evento avverso) e, in caso di evento avverso, in relazione alla gravità dell'esito occorso in seguito all'accadimento (evento avverso/evento sentinella). Al fine di acquisire una visione globale del fenomeno aziendale è stato predisposto il monitoraggio del fenomeno sia nelle strutture ospedaliere sia a livello territoriale nelle strutture Ambulatoriali/Consultori/Studi dei MMG e PLS.

Occorre specificare che in questa relazione sono presentati separatamente dal monitoraggio eventi evitati/avversi, i dati relativi alle cadute accidentali, in quanto il monitoraggio delle cadute accidentali nella ASLTO4 è previsto attraverso la somministrazione di un modulo "on line" specificamente dedicato a questo tipo di evento che gli operatori sanitari compilano ogni volta che si verifica una caduta accidentale. Questo speciale monitoraggio delle cadute accidentali (parallelo a quello degli eventi evitati/avversi) consente di individuare le diverse variabili qualitative correlate all'evento caduta, utili a identificare opportune azioni di prevenzione di questo specifico fattore di rischio. A tal fine la S.C. Risk management già dal 2012, ha coordinato un gruppo di lavoro che ha definito successivamente il Management per la prevenzione e la gestione della cadute accidentali in ambito ospedaliero, RSA-Hospice/CAVS; l'evento caduta si ricorda che costituisce una specifica categoria di evento avverso/sentinella inserito nei 16 tipi di eventi indicati nell'elenco del Ministero della Salute (n. 9 - Morte o grave danno per caduta di paziente).

I dati riportati nella presente relazione sono di tipo aggregato e fotografano la realtà complessiva delle Strutture sanitarie dei PP.OO. di Ciriè, Chivasso, Ivrea e delle Strutture ambulatoriali e consultori dei cinque Distretti territoriali della ASLTO4. Sono qui presentati i dati quantitativi inerenti il numero di eventi evitati/avversi segnalati dagli operatori sanitari nell'anno 2018, con specifico focus sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2018. Per quanto concerne le cadute accidentali sono presentati anche i dati relativi agli esiti occorsi (con esito e senza esito) in seguito alla caduta.



Il Sistema integrato di Incident Reporting ASLTO4

Dal 1° gennaio 2018 la ASLTO4 ha messo a disposizione degli operatori sanitari un sistema di Incident reporting (Segnalazione eventi), accessibile “on line”, attraverso cui segnalare gli eventi evitati, gli eventi avversi e le cadute accidentali. Gli eventi sentinella sono invece segnalati dagli operatori sanitari al Risk Management attraverso la modulistica aziendale appositamente predisposta.

Il sistema di Incident reporting on line è accessibile per gli operatori sanitari attraverso un link tramite intranet: un primo modulo di segnalazione è dedicato al monitoraggio degli eventi evitati/avversi, e consente di segnalare gli eventi evitati e gli eventi avversi attraverso un percorso interattivo che guida l'operatore nella segnalazione; un secondo modulo è dedicato alla segnalazione delle cadute accidentali, consiste in un percorso interattivo che consente di segnalare la caduta accidentale e di classificarla come evento avverso/evento sentinella a seconda dell'esito occorso in seguito alla caduta. In caso di evento sentinella la segnalazione specifica viene attuata dall'operatore sanitario anche attraverso l'apposita procedura aziendale, delibera n.167 del 25.2.2014 del Direttore Generale, elaborata per la gestione del processo di accadimento degli eventi sentinella neel'ASLTO4.



La segnalazione degli **eventi evitati - avversi** da parte degli operatori sanitari è un tipo di segnalazione spontanea e non obbligatoria, a cui gli operatori sono invitati ad aderire, per promuovere nell'ASLTO4 una cultura *no-blame* (non colpevolizzante) e di prevenzione del rischio. Questo tipo di segnalazione anonima e spontanea è utile a raccogliere dati indicativi per individuare le *aree potenzialmente a rischio* e predisporre adeguate azioni di miglioramento. Poiché le segnalazioni di eventi evitati o avversi non sono obbligatorie per gli operatori, i dati relativi al numero di segnalazioni di eventi evitati o eventi avversi che pervengono all'Ufficio Risk management - attraverso il sistema on line di *Incident reporting* - non rappresentano un indicatore specifico di rischio, ma un indicatore del grado di sensibilità degli operatori ad una cultura della sicurezza e la loro propensione alla segnalazione. Ne consegue che un numero elevato di segnalazioni di eventi evitati o avversi non è uno specifico indicatore di maggiore esposizione delle persone assistite a rischi clinici. Altrettanto un numero esiguo di segnalazioni da parte degli operatori non è indicatore di un basso livello di esposizione delle persone assistite a rischi di incidenti. Al contrario, un basso numero di segnalazioni potrebbe rappresentare un insufficiente livello di percezione del rischio da parte degli operatori, mentre un alto numero di segnalazioni rappresenta, invece, un alto livello di attenzione degli operatori sanitari nei confronti dell'identificazione e prevenzione dei possibili rischi connessi con le prestazioni cliniche e assistenziali, consentendo all'Azienda di attivare azioni di miglioramento. E' dunque evidente che le segnalazioni spontanee e anonime degli operatori sono indice di una più spiccata sensibilità e di una più radicata cultura *no-blame* nei confronti dell'errore in sanità. Altrettanto occorre considerare che il tipo di segnalazioni che sono effettuate in modo più consistente di altre (relative a specifiche categorie di eventi) sono indicatori del grado di percezione del rischio da parte degli operatori, e non l'indicatore di un rischio effettivo, il quale potrebbe anche non essere segnalato dagli operatori solo perché non adeguatamente percepito come tale.

La segnalazione di **Eventi Sentinella** da parte degli operatori avviene attraverso specifica modulistica aziendale cartacea (Format aziendale Prime Specifiche Evento sentinella, previsto dalla specifica procedura aziendale); la S.C. Risk Management dopo attenta valutazione dell'evento segnalato lo comunica, qualora si tratti di evento

sentinella, alla piattaforma del Sistema Informativo Sanitario per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, (SIMES) secondo quanto previsto dal Protocollo per il Monitoraggi degli Eventi Sentinella 2009, dal Ministero della Salute.

La segnalazione di **caduta accidentale** (che rappresenta una specifica categoria dell'elenco di Eventi Sentinella proposta dal Ministero della Salute) è invece prevista nella ASLTO4 come attività di monitoraggio dal 2011, ed è effettuata con precisione e costanza da parte degli operatori ogni qualvolta si verifici una caduta accidentale di persone assistite, familiari, ospiti in occasione di degenza, di prestazioni sanitarie presso ambulatori o di residenza presso RSA e Hospice. La segnalazione costituisce un importante strumento di analisi e monitoraggio dell'evento caduta accidentale, utile ad individuare specifici fattori di rischio e ad elaborare le conseguenti azioni di miglioramento.

In questa relazione saranno dunque presentati i risultati del:

- 1- **Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella** costituito da:
 - a- dati quanti-qualitativi relativi alle segnalazioni spontanee effettuate nel 2018 dagli operatori sanitari inerenti eventi evitati o avversi, di cui sono stati testimoni o che sono occorsi in occasione di prestazioni assistenziali, sia nelle strutture di degenza sia nelle strutture territoriali della ASLTO4;
 - b- dati quantitativi relativi al numero di segnalazioni pervenute alla S.C. Risk Management di **eventi sentinella** occorsi nel 2018, raccolti attraverso specifica modulistica aziendale cartacea (Format aziendale *Prime Specifiche Evento sentinella*, previsto dalla specifica procedura aziendale) e dal Risk Management successivamente segnalati attraverso il *Sistema Informativo Sanitario per il Monitoraggio degli Errori in Sanità*, previsto dal *Protocollo per il Monitoraggi degli Eventi Sentinella 2009*, del Ministero della Salute.

- 2- **Monitoraggio cadute accidentali** - dati quanti-qualitativi relativi alle segnalazioni da parte delle Strutture di degenza, ambulatoriali e da RSA e Hospice, inerenti l'evento caduta accidentale e specifici esiti, pervenute alla S.C. Risk Management nel 2018.

1- Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella

Il grafico fornisce il report del numero di segnalazioni spontanee relative ad Eventi evitati/Eventi avversi e numero segnalazione obbligatoria di Eventi sentinella che sono giunte a alla S.C. Risk Management a partire da 1-01-2018 a 31-12-2018.

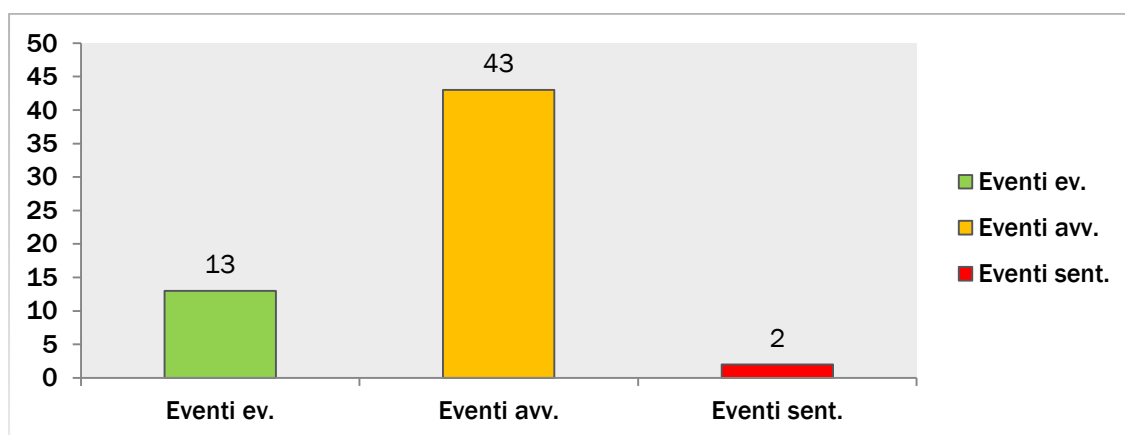


Grafico 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS, RSA e Hospice della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web.

1.1 Eventi evitati

TOTALE SEGNALAZIONI EVENTI EVITATI 2018 - PP.OO. ASLTO4 - N.13	N.	Sedi
Evitata procedura in paziente sbagliato	1	DEA/MED
Evitata errata procedura su paziente corretto	3	RIAN NEURO ORL
Evitata trasfusione che avrebbe potuto essere causa di incompatibilità ABO	1	ONCO
Evitato errore in terapia farmacologica	3	NEURO ORL
Evitati eventi correlati al travaglio o parto	1	OST
Evitati eventi che avrebbero potuto causare morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr. non correlata a malattia congenita	1	SALA PARTO
Evitata possibile caduta di paziente	1	AMBU
Evitata violenza verbale o fisica a danno di paziente	1	SPDC
Evitato danno imprevisto a seguito di intervento chirurgico	1	CHIR

1.2 Eventi avversi

TOTALE SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI 2018 - PP.OO. ASLTO4 - N. 63					
Tipologia evento	N. Segn.	Eventi senza esiti	Eventi con esiti non gravi	Eventi con esiti	Sedi
Procedura in paziente sbagliato	1		1		AMBULATORIO
Errata procedura su paziente corretto	3		2		NEUROLOGIA
Errore in terapia farmacologica	10	4	6	2	MED/NEURO/ORTO/ORL/SPDC
Caduta accidentale neonato	1	1	1		OSTETRICIA
Eventi che avrebbero potuto causare morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr. non correlata a malattia congenita	1			1	SALA PARTO
Violenza verbale fisica a danno operatore (<i>di cui un caso di discriminazione di genere</i>).	25	16	9		DEA / SPDC/PED/ MED/ RSA C.P./ AMBU/ CARC/CURE D.
Smarrimento di campione istologico	1		1		ORL – ANAT. PATOLOGICA
Puntura di ago lasciato in biancheria	1		1		RSA

1.3 Eventi sentinella

TOTALE SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA 2018 – PP.OO. ASLTO4 – N. 2			
Tipologia evento	Numero eventi	Conseguenze	Sedi
Suicidio di paziente in ospedale	2	Morte	RIAB-POSTACU / SPDC

1.4 - Incidenza di accadimento eventi (evitati-avversi-sentinella) verificatisi nel 2018, suddivisi secondo l'elenco delle categorie di eventi sentinella stilato dal Ministero della Salute, ma dettagliati rispetto alle caratteristiche segnalate dagli operatori.

EVENTI EVITATI, EVENTI AVVERSI ED EVENTI SENTINELLA SEGNALATI NEL 2018

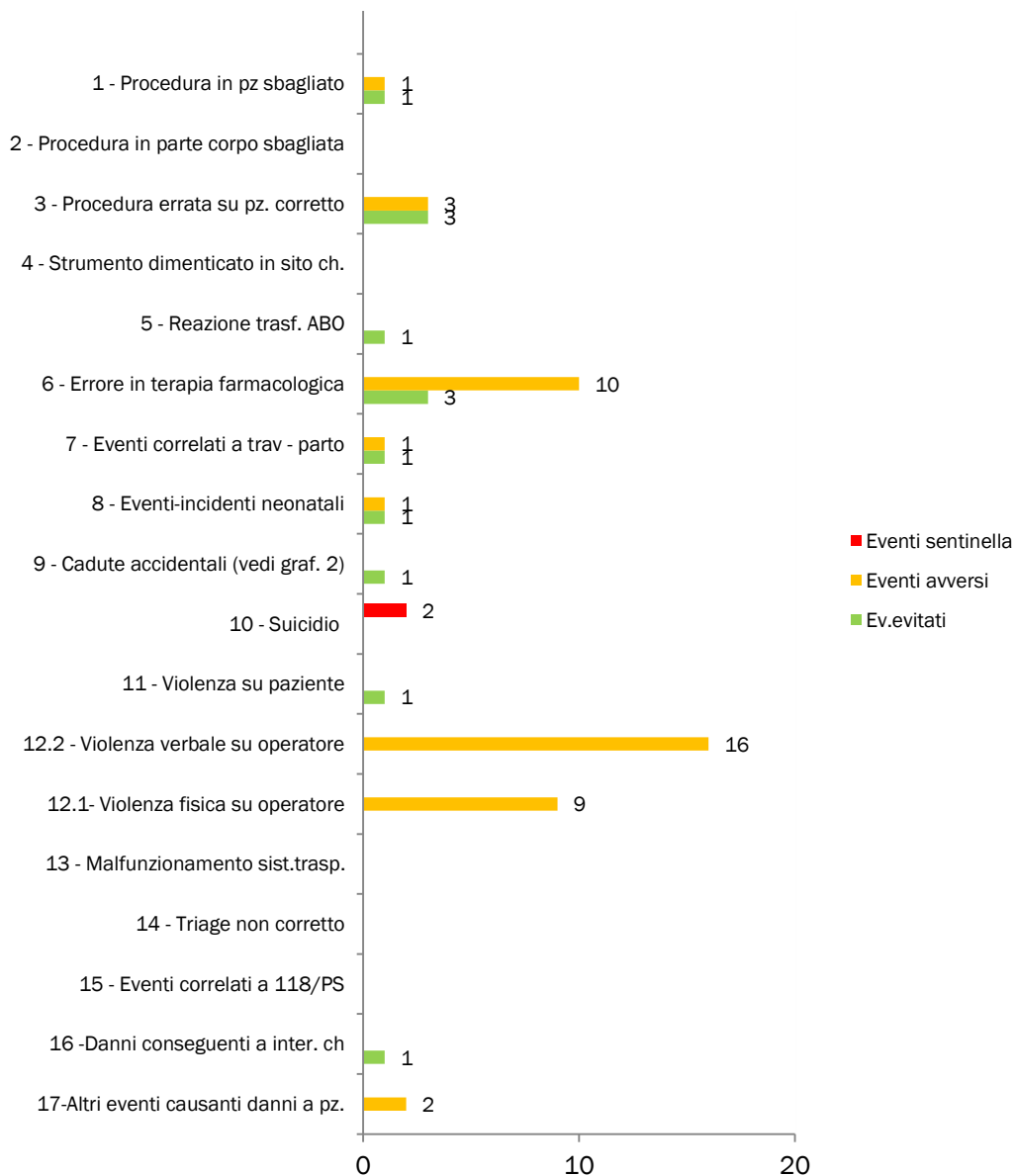


Grafico 2 – Quadro riassuntivo del numero di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2018 presso i PP.OO. /RSA/ Hospice e ambulatori territoriali della ASLTO4. I dati sono aggregati secondo la categorizzazione degli Eventi Avversi/Sentinella prevista dal Ministero della Salute.

1.5 Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi

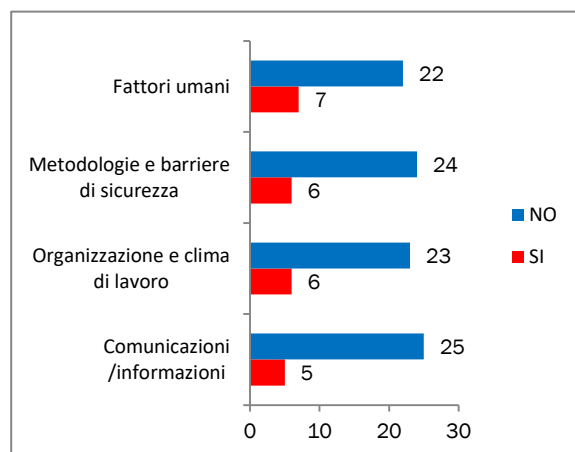
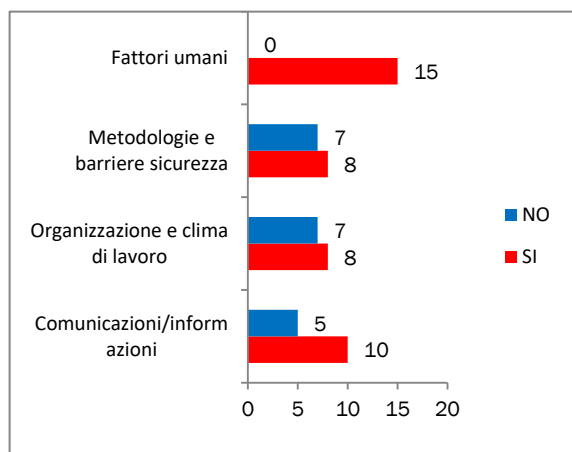
Al fine di poter fruire di dati aggregati significativi sulle principali cause che sono identificabili rispetto agli specifici eventi si sono suddivise le categorie di eventi evitati e avversi segnalati, in tre macro-tipologie (escludendo l'evento suicidio e tentato suicidio in ospedale che è considerato dallo specifico monitoraggio degli Eventi Sentinella):

- A- Procedura in paziente sbagliato/procedura sbagliata su paziente corretto ed Errori in terapia farmacologica/
- B- Violenza su operatore (verbale e fisica)
- C- Reazione trasfusionale in ABO/errori correlati a travaglio-parto/eventi neonatali/danni conseguenti ad interventi chirurgici.

Il sistema di *Incident reporting* prevede infatti anche specifiche domande sulle cause che l'operatore ritiene possano essere correlate all'evento (sia nel caso di evento evitato, sia nel caso di evento avverso e sentinella), organizzate in quattro macro-categorie : 1-cause inerenti processi di comunicazione e passaggio di informazioni; 2- cause inerenti a clima e organizzazione del lavoro; 3-cause inerenti metodologie errate o attribuibili al funzionamento di dispositivi e barriere di sicurezza; 4-cause inerenti a fattori umani.

Di seguito le percentuali di risposta che gli operatori hanno individuato relativamente agli eventi segnalati (qui accorpati in tre macro-categorie: A-errori in procedure e errori in terapia; B- episodi di violenza su operatore; C- errori di procedure chirurgiche-ostetriche.

Il sistema chiede al segnalante di indicare se sono state identificate cause dell'evento attribuibile a: fattori umani, metodologie e barriere di sicurezza, organizzazione e clima di lavoro, comunicazione e informazioni e consente di barrare le caselle NO e SI. In caso di risposta positiva il sistema propone un approfondimento per l'identificazione delle cause riferite alla categoria individuata. Di seguito la percentuale delle risposte fornite dagli operatori.

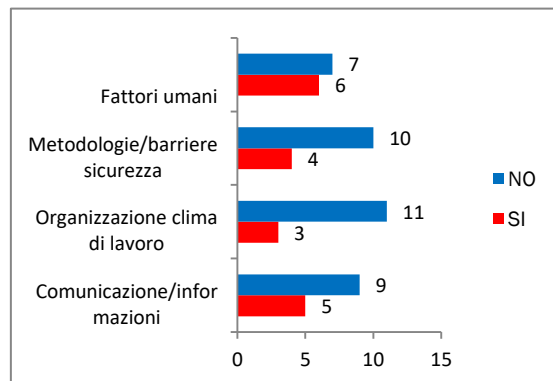


A - Cause di eventi (evitati e avversi) conseguenti a errori cognitivi in processi assistenziali e ad errori in terapia farmacologica.

Le risposte degli operatori hanno identificato in modo prevalente una correlazione dell'evento con cause dovute soprattutto a fattori umani: distrazioni, errori di valutazione, inferenze, non applicazione corretta di procedure e cause attribuibili a processi di comunicazione e passaggio di informazioni; in misura minore sono state identificate cause inerenti la non efficacia (o non presenza) di adeguate barriere di sicurezza e l'applicazione di metodologie e protocolli, nonché una non adeguata organizzazione del lavoro e condizioni dovute a clima aziendale.

B - Cause di eventi (evitati e avversi) che hanno determinato episodi di violenza verbale e fisica su operatore.

Per quanto concerne gli episodi di violenza su operatore, i segnalanti hanno identificato solo in minima parte cause attribuibili a fattori umani, metodologie o barriere di sicurezza, organizzazione e clima lavorativo, processi di comunicazione e informazione. Infatti la maggioranza degli episodi di violenza verbale inviati dagli operatori coinvolge pazienti psichiatrici, portatori di disabilità cognitive e/o sotto l'effetto di abuso di sostanze.

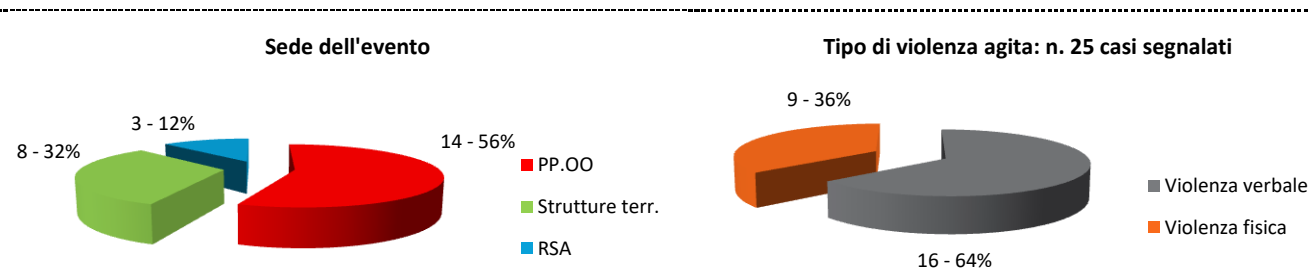


C – Cause di eventi (evitati e avversi) conseguenti ad errori di violazione di procedure in chirurgia/ostetricia.

Chi ha segnalato questo tipo di eventi sono soprattutto medici. Come si può riscontrare dall'andamento del grafico, rispetto alle risposte date alle domande se si fossero identificate cause relative ai fattori indicati nel grafico, è meno percepita in questo tipo di eventi la correlazione dei fattori specifici (umani, relative a barriere, organizzazione e clima lavorativo, comunicazioni ed informazioni), con l'accadimento dell'evento. A differenza delle segnalazioni che giungono da esercenti professioni sanitarie, quelle che sono compilate da medici e personale dirigenziale, tendono ad offrire meno informazioni e ad essere redatte con minor attenzione a fornire le risposte alle domande che il questionario del modulo *on line* porge.

1.6 Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore

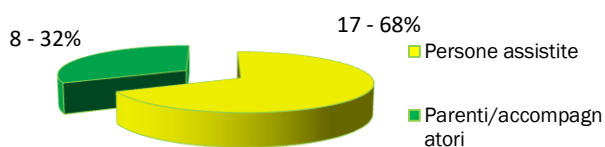
Il sistema di segnalazione Eventi evitati/avversi prevede un percorso specifico di segnalazione dell'evento Violenza verbale e fisica su operatore. Nel 2018 gli operatori hanno segnalato 25 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore.



1 Il 56% delle segnalazioni di violenza verbale o fisica a danno di operatori è giunto dai PP.OO. (7 segnalazioni da DEA, 5 segnalazioni da SPDC, 1 da Pediatria e 1 da Medicina); il 12% di episodi sono stati segnalati da strutture RSA e il restante 32% da strutture territoriali (ambulatori, consultori, continuità assistenziale).

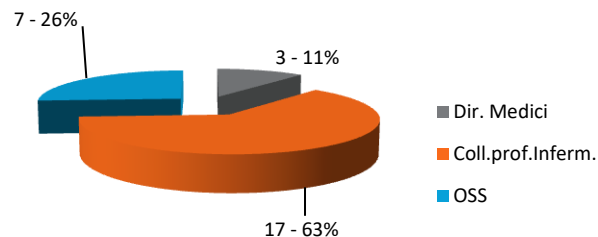
2 I tipi di violenza agiti verso operatori sanitari sono per il 64% dei casi di tipo verbale, nel restante 41% delle situazioni le segnalazioni hanno denunciato il ricorso alla violenza fisica, in un solo caso con utilizzo di oggetti (stampelle). In tutti i casi, tranne uno verificatosi presso la Casa Circondariale, gli episodi di violenza fisica sono stati agiti da pazienti psichiatrici e/o portatori di disabilità cognitive, e/o sotto l'effetto di abuso di alcool e sostanze stupefacenti.

Chi sono gli aggressori



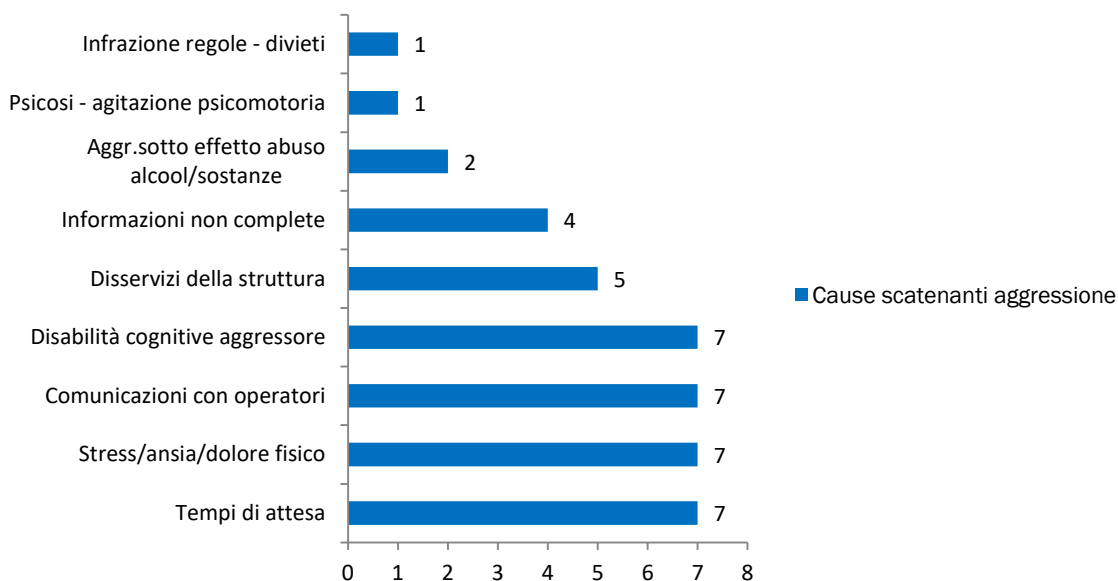
3 I soggetti che hanno agito atti di violenza verbale o fisica contro operatori sanitari sono persone assistite nel 68% dei casi, il restante 32% degli aggressori è rappresentato da parenti o accompagnatori di persone assistite.

Chi sono gli aggrediti



4 Le categorie degli operatori sanitari aggrediti sono nella maggioranza dei casi Infermieri e OSS (89%) e solo nell' 11% dei casi le aggressioni verbali o fisiche sono state rivolte contro il personale medico. Il dato è da valutare considerando che Infermieri ed OSS sono categorie di operatori più esposte al contatto prolungato con l'utenza.

Cause scatenanti aggressione



5 – Uno specifico item della scheda di monitoraggio sugli episodi di violenza verbale e fisica subiti dagli operatori, chiedeva ai professionisti di indicare le presunte cause scatenanti la violenza. Le risposte degli operatori hanno evidenziato che solo in un caso (verificatisi in RSA) le aggressioni si sono verificate per infrazioni a codici di civile convivenza, dunque con evidente responsabilità dell'aggressore insofferente a norme di buona educazione e a regole di condotta in ambito ospedaliero o sanitario.

In tutti gli altri casi l'escalation dell' aggressione verbale e fisica si è verificata in soggetti portatori di disabilità cognitive, o in persone assistite/accompagnatori sottoposte a forti emozioni di stress e/o percezione di dolore fisico; a causa di tempi di attesa e in conseguenza di comunicazioni non consone con gli operatori, di informazioni non complete/non corrette/non adeguate e disservizi delle strutture sanitarie.

1.7 - Eventi evitati/avversi/sentinella nella ASLTO4: ESITI

Il numero totale delle segnalazioni giunte è di n. 58 eventi, di cui 2 con esito fatale (eventi sentinella- suicidio). E' di interesse rilevare che i restanti 58 eventi (suddivisi in n. 22 Eventi evitati e n. 36 Eventi avversi) condividono le identiche cause (vedi grafico 2, p.9) che in alcuni casi sono state intercettate prima che l'evento potesse verificarsi e in altri casi, invece, hanno determinato l'evento specifico.

Per quanto concerne gli esiti degli eventi avversi e sentinella questi possono essere schematizzati secondo le percentuali espresse dal grafico qui sotto:

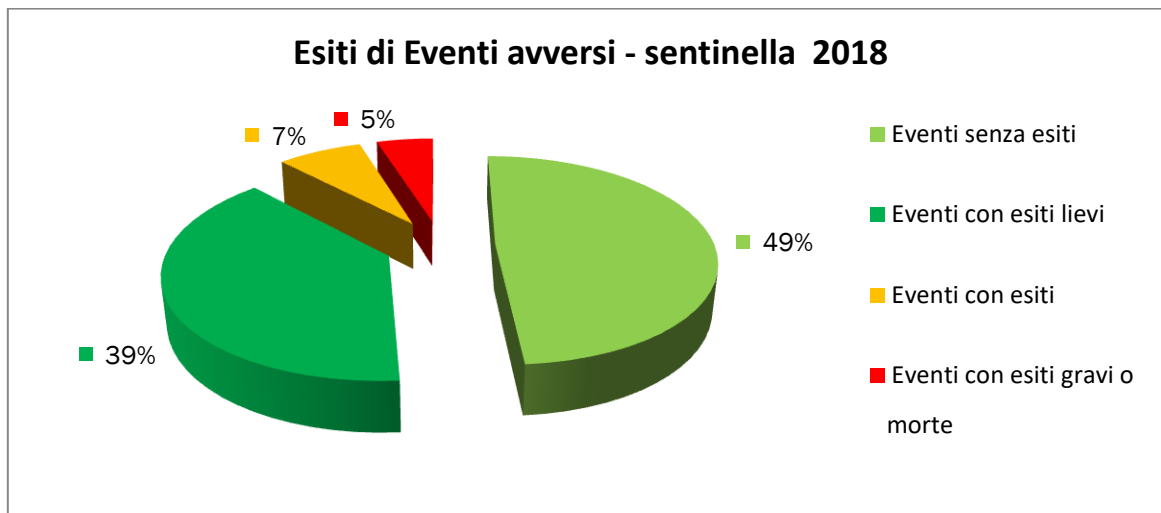


Grafico n. 3 – Esiti di Eventi avversi ed Eventi Sentinella.

Per quanto concerne le categorie specifiche di eventi avversi segnalati ne rende conto il grafico seguente:

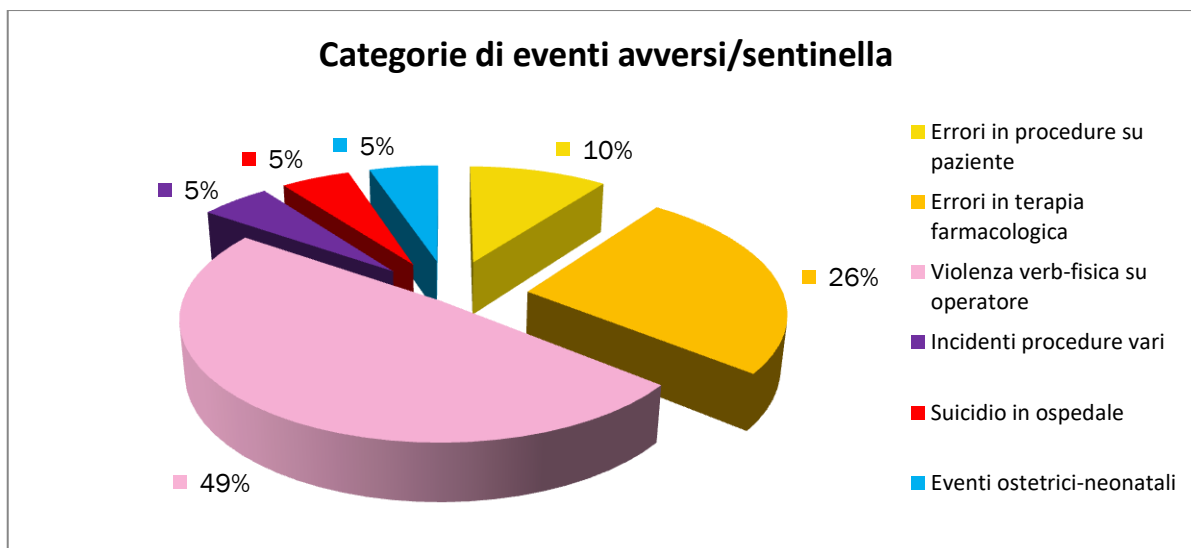


Grafico n. 4 – Categorie di Eventi avversi ed Eventi Sentinella segnalati dagli operatori

2 - Monitoraggio Cadute accidentali

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2018 CADUTE ACCIDENTALI PP.OO/ AMBULATORI/RSA ASLTO4				
Sedi dell'evento	Totale segnalazioni cadute accidentali	Numero cadute senza conseguenze	Numero cadute con conseguenze	
			Non gravi	Fratture
PP.OO. Ciriè-Lanzo-Chivasso-Ivrea-Cuornè.	344	232	93	19
Ambulatori - Ospedalieri Distretti territoriali.	18	7	8	3
RSA	74	57	6	1
Totale	436	296	107	23

Tabella 1 – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2018 a 31-12-2018

Il monitoraggio delle cadute accidentali si fonda su un sistema di segnalazione on line che è suddiviso in tre piattaforme:

- segnalazioni di cadute accidentali che si verificano nei PP.OO. della ASLTO4, con item specifici sia relativi alle Strutture di degenza, sia alle condizioni strutturali e ai fattori correlati alla patologia e alle terapie cui è sottoposto il paziente. Il questionario ha anche specifici item dedicati all'assunzione di farmaci del paziente che ha subito una caduta accidentale, finalizzato a studiare la correlazione tra l'assunzione di specifiche categorie di farmaci e l'incremento della possibilità di caduta accidentale e dei suoi esiti. I dati di questa specifica indagine epidemiologica saranno elaborati in uno specifico programma di indagine;
- segnalazioni di cadute accidentali che si verificano in RSA e Hospice (vedi item sopradescritti);
- segnalazioni di cadute accidentali che si verificano in accesso a Ambulatori/ Consultori e studi di MMG e PLS del territorio della ASLTO4 (vedi item sopradescritti).

La tabella n. 1 sopra presenta i dati aggregati relativi al numero di segnalazioni ricevute relative all'evento caduta accidentale, in relazione alla sede di accadimento e agli esiti occorsi in seguito all'evento caduta.

Tasso di incidenza cadute

Il tasso di incidenza cadute è il rapporto tra il numero di cadute segnalate in relazione al numero delle giornate di degenza ed i valori standard previsti dalla letteratura internazionale di riferimento, che risultano essere compresi nel range tra l'1,4-17,9%, non si evincono nei singoli Presidi e per singole Aree Aziendali indici che superano lo standard di riferimento attestandosi al limite inferiore su tutti i Presidi. Infatti il Tasso di incidenza cadute, stimato in relazione al numero di giornate di degenza, della ASLTO4 per i PP.OO è espresso nella tabella sotto riportata:

PP.OO ASLTO4 TASSO DI INCIDENZA CADUTE: 1,32				
P.O. Ivrea	P.O. Chivasso	P.O. Ciriè	P.O. Lanzo	P.O. Cuornè
1,12	1,32	1,31	1,45	1,64

Tabella 2 – Tasso di incidenza Cadute accidentali nella ASLTO4 nel 2018

2.1 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – RSA/HOSPICE del territorio ASLTO4

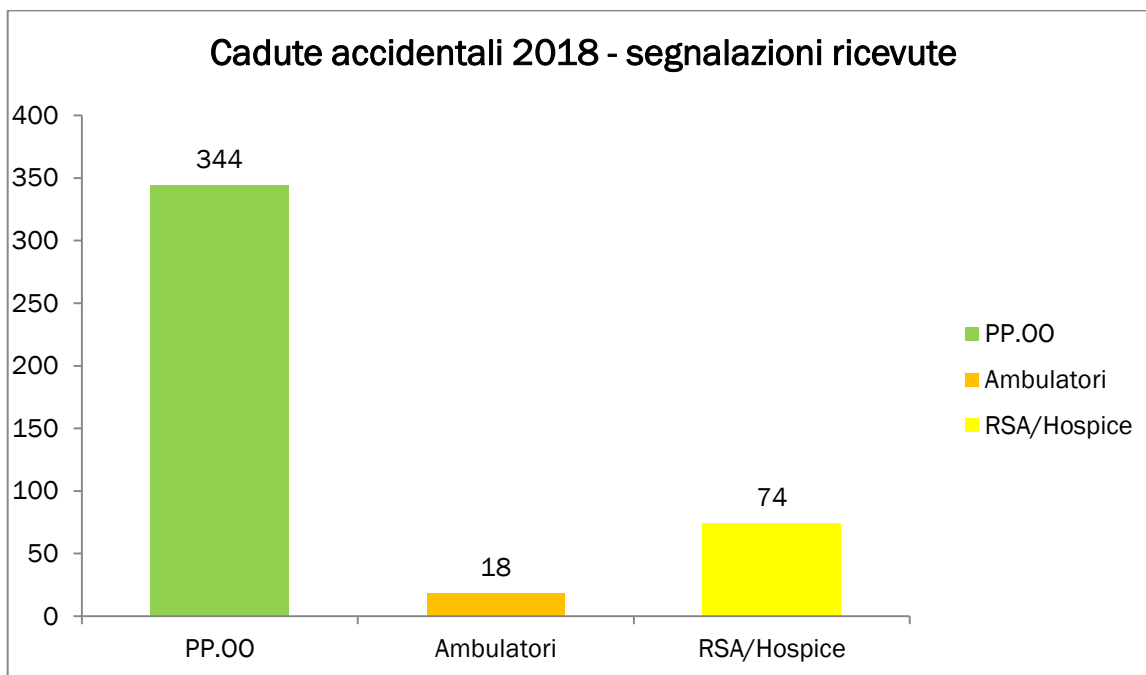


Grafico n. 5 – Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4

2.2 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale

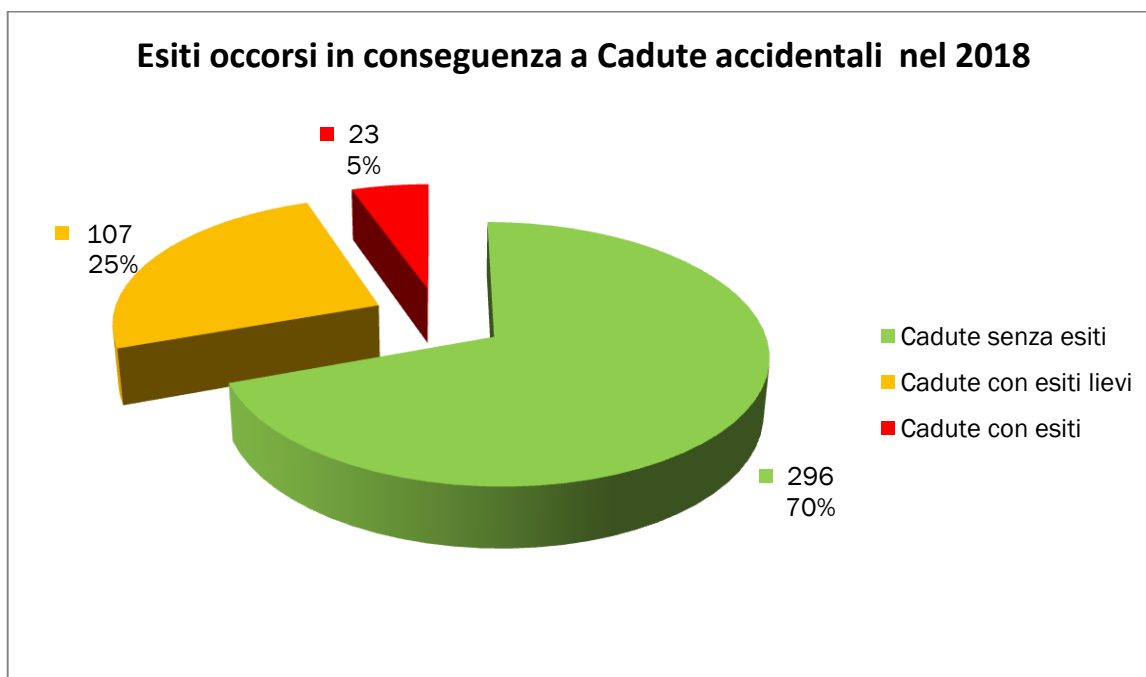


Grafico n. 6 – Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018

2.3 – Totale delle segnalazioni di caduta accidentale pervenute negli anni 2015-2018

Il sistema di segnalazione delle cadute accidentali (regolamentato da apposita delibera aziendale) registra ormai stabilmente una adesione capillare degli operatori alla segnalazione. Nel grafico qui sotto sono riportati i dati quantitativi relativi al numero di segnalazioni di cadute accidentali pervenute al nostro ufficio dal 2015, anno in cui è stata implementata la piattaforma *on line di Incident reporting* presso la ASLTO4, a giugno 2019.

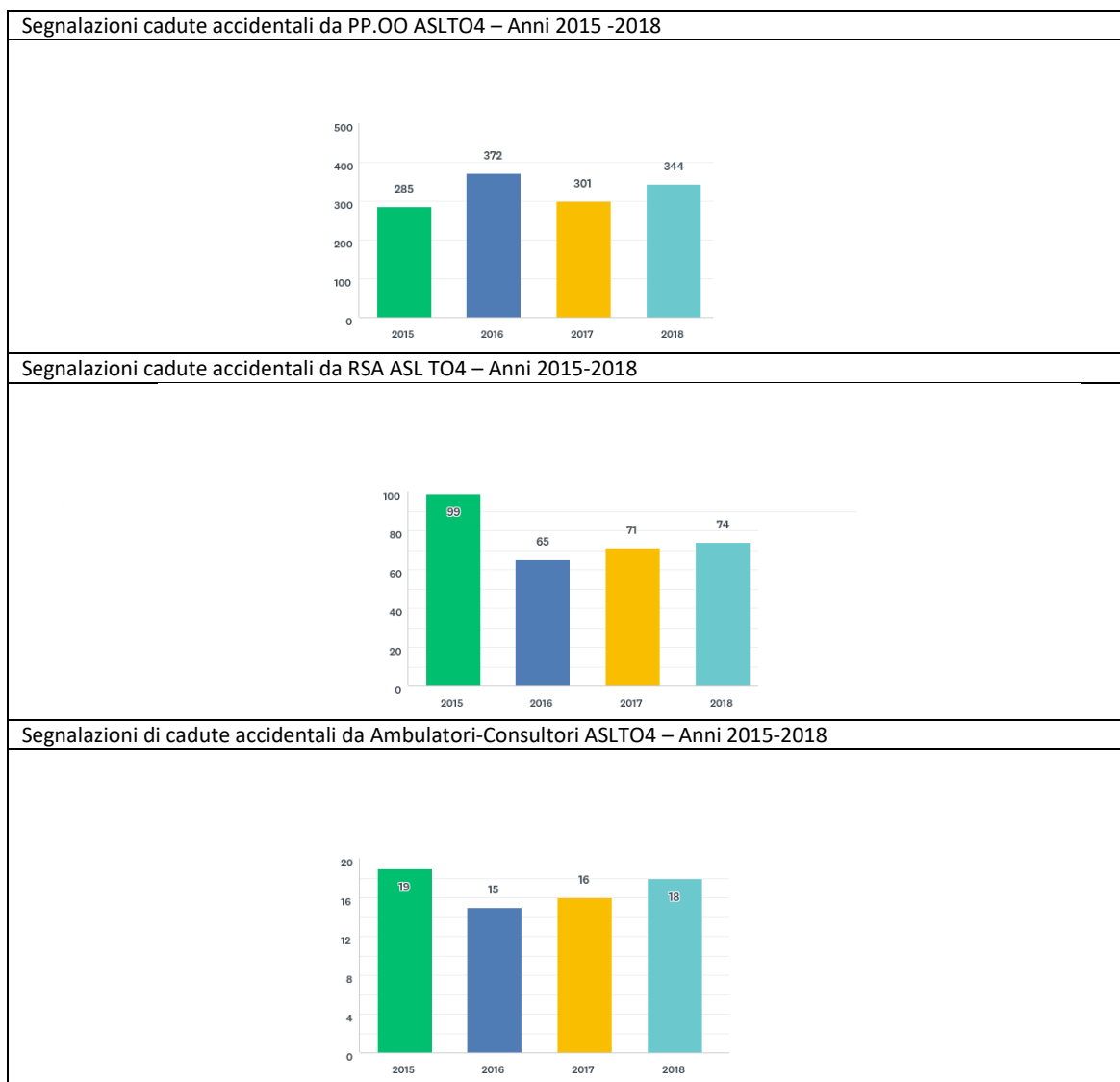


Grafico n. 7 – Numero di segnalazioni di cadute accidentali pervenute alla S.C. Risk Management da 2015 a 2018, da PP.OO., RSA e Hospice, Ambulatori e Consultori della ASLTO4.

3- Azioni di miglioramento

3.1 - Azioni proattive

In applicazione della Legge n. 24 dell'8 Marzo 2017 (cd Legge Gelli-Bianco), che prevede la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute ed ha come obiettivo la prevenzione del danno al paziente per la sicurezza delle cure, la S.C. Risk Management ha predisposto in collaborazione con la Sham (Mutua assicurativa delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte), un'efficace azione proattiva per la gestione del rischio.

Infatti, i programmi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari rappresentano un investimento necessario per la promozione dell'appropriatezza e dell'assistenza offerta ai cittadini nonché per garantire la sostenibilità del servizio sanitario nazionale.

Conoscere, identificare, saper affrontare e prevenire i rischi, diviene pertanto un imperativo, che gli operatori e il sistema sanitario nel suo complesso devono perseguire in ogni momento della loro attività.

Il primo passo per realizzare la mappatura dei rischi presenti all'interno di un'organizzazione consiste nella raccolta e l'analisi di informazioni quantificabili.

Nell'ASL TO4 questo percorso è stato avviato con la partnership del Gruppo Sham (Assicurazione delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte) che ha messo a disposizione oltre alle professionalità giuste per poterlo sperimentare, uno specifico strumento di analisi, informatizzato, denominato Cartorisk. Tale strumento, dopo essere stato spiegato, nell'ambito di uno specifico percorso formativo accreditato con 32 ECM dal Ministero della Salute, è stato applicato su 5 processi aziendali selezionati tra quelli maggiormente a rischio, di seguito esplicitati:

- Percorso della persona assistita in Pronto Soccorso
- Identificazione della persona assistita
- Percorso della persona assistita in Ostetricia
- Percorso della persona assistita in Chirurgia
- Percorso del farmaco

Il processo riguardante il Percorso della persona assistita in Pronto Soccorso, è stato analizzato nei 5 Presidi Ospedalieri aziendali comprendendo anche i Pronto Soccorsi di I livello di Lanzo e Ciriè, mentre i restanti sono stati analizzati nei Presidi Ospedalieri maggiori (Chivasso, Ciriè ed Ivrea). Ogni gruppo di analisi, 17 in tutto, è costituito da 8 a 12 professionisti/operatori, al fine di coglierne le diverse specificità relativamente al ruolo/funzione e successivamente identificare a livello multidisciplinare le priorità di intervento con l'identificazione dell'indice di priorità dei rischi (IPR). Al termine dell'analisi è stato possibile valutare preventivamente n. 804 rischi latenti (ovvero potenziali) presenti nel sistema ed a programmare n. 115 azioni di miglioramento. E' stato elaborato un cronoprogramma per scaglionare nel tempo gli interventi di miglioramento partendo inizialmente da quelli potenzialmente più gravi e via via per arrivare a quelli più lievi. La parte del percorso, che riguarda l'applicazione operativa di Cartorisk e la formazione sul campo, è stata accreditata con uno specifico progetto formativo con 32 crediti ECM.



3.2 - Azioni reattive

Per quanto concerne invece le azioni reattive agli eventi avversi sono state espletate le seguenti azioni di miglioramento, che danno seguito alle attività già intraprese negli anni precedenti:

Eventi evitati/avversi/sentinella

- **Azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute accidentali**

Azioni di miglioramento

Strumenti elaborati:

– **sistema di monitoraggio** - L'ASLTO4 ha impostato dal 2015 un sistema on line di raccolta delle segnalazioni dell'evento caduta accidentale in ambito sia ospedaliero sia territoriale (RSA, Hospice, Ambulatori ecc). Il sistema propone all'operatore un percorso interattivo con domande specifiche inerenti cause e variabili ambientali, strutturali e farmacologiche, che sono correlate alla caduta. L'operatore compilando il questionario individua i fattori di criticità e può da subito provvedere ad effettuare specifici piani di miglioramento. L'analisi aggregata dei dati consente al Risk Management di individuare fattori inerenti processi e di intervenire su aspetti organizzativo-strutturali, per prevenire l'evento caduta.

– **documento elaborato “ Management per la prevenzione delle cadute accidentali “**: la finalità del documento è quella di fornire indicazioni generali per la prevenzione dell'evento che devono essere adottate a seguito dell'identificazione di una persona assistita (p.a) a rischio di caduta accidentale, personalizzate e adattate in relazione alle caratteristiche clinico/assistenziali della stessa e alle caratteristiche del contesto operativo.

Informazione/empowerment del cittadino:

– Elaborazione e diffusione in tutta l'Azienda di strumenti di comunicazione (poster/brochure) per la prevenzione dell'evento caduta, sia in ambito ospedaliero, residenziale, che domestico, (compreso l'area pediatrica/neonatale) attraverso l'empowerment della persona assistita adulta e del caregiver.

– elaborazione e distribuzione di opuscolo informativo sia per il caregiver che per l'operatore sanitario per il corretto utilizzo dei presidi (nella fattispecie sollevatore) per la movimentazione in sicurezza del malato.

Percorsi formativi: Effettuati corsi di formazione aziendali sullo specifico argomento per gli operatori delle professioni sanitarie al fine di prevenire le cadute e di gestire al meglio le persone assistite.

- **Azioni di miglioramento per la prevenzione degli errori inerenti l'identificazione del paziente**

Integrazione/acquisti: Si è proceduto in Azienda all'acquisto di nuove barelle e nuovi letti che rispondono ai criteri di sicurezza in merito alla movimentazione ergonomica, regolazione in altezza e bascularità.

Tutte le strutture di degenza hanno adottato l'utilizzo di un **braccialetto identificativo** da utilizzare per i ricoveri in degenza ordinaria. L'indicazione è estesa anche alle strutture di D.E.A. e P.S., (dove sono disponibili anche braccialetti colorati, corrispondenti al codice triage), per l'utilizzo con particolare attenzione ai soggetti in cui sia stato identificato un deficit cognitivo, stato confusionale o deficit della comunicazione. Inoltre è stata istituita l'adozione di braccialetto identificativo per tutti i soggetti sottoposti a trasfusione, in recepimento delle disposizioni individuate dal Decreto Ministeriale del 2 novembre 2015 (Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. GU n.300 del 28-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 69) .

Ogni implementazione è stata supportata dal Risk Management mediante attività di:

1. Elaborazione di materiale formativo e documentazione specifica
2. Comunicazione e diffusione del materiale con la pubblicazione sulla pagina Intranet aziendale
3. Formazione organizzata per tutti gli operatori sanitari ed effettuata in ogni singolo presidio Ospedaliero.

- Azioni di miglioramento per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica**

Lo strumento privilegiato per la prevenzione degli errori in terapia farmacologia è la **Scheda Terapeutica Unica (STU)** prevista dalla Raccomandazione n.7 del Ministero della Salute. La Scheda è stata introdotta in **tutti i presidi ospedalieri della ASLTO4** a partire dal 2013. La STU prevede un unico documento in cui il medico effettua la prescrizione del farmaco e l'esercente la professione sanitaria data e firma l'avvenuta somministrazione della terapia, perché vi sia la massima tracciabilità dell'attività svolta sul singolo paziente. Ogni evento evitato/avverso richiede sempre una analisi del corretto utilizzo della STU, individuando dove la procedura di utilizzo non è stata rispettata. Tutte le STU Aziendali sono state elaborate rispettando i requisiti di sicurezza individuati dalla Circolare prot. n. 18645 del 4.9.2014. Per l'anno 2017/2018 si è provveduto ad elaborare un'ulteriore STU, con relative schede complementari, specifica per l'area **Hospice**. Particolare attenzione è stata data alla elaborazione di una scheda complementare per la rilevazione del dolore al fine di contenere in uno stesso documento tutto il **processo di gestione del sintomo dolore** ovvero: dalla rilevazione dello stesso alla prescrizione farmacologica, dal controllo dell'efficacia terapeutica alla rimodulazione della prescrizione. Attualmente è in corso la Sperimentazione operativa nei 3 Hospice Aziendali, in seguito alla quale si valuterà se estendere tale modalità di rilevazione del dolore ad altre strutture aziendali.
- Azioni di miglioramento per la prevenzione del suicidio in ospedale**

Attivato gruppo di lavoro a partire dagli operatori sanitari dei Servizi di psichiatria dei tre Presidi Ospedalieri per pervenire ad una procedura aziendale condivisa volta alla prevenzione del suicidio. Inoltre in seguito alla mappatura dei rischi aziendali è stato elaborato un documento atto a prevenire il suicidio correlato alla depressione post-partum ed è in via di recepimento il Piano della Regione Piemonte sull'argomento varato a novembre 2018.
- Azioni di miglioramento per la prevenzione della violenza a danno di operatore**

Dopo aver effettuata attività di ricognizione delle criticità nelle diverse sedi aziendali, sono stati **implementati i sistemi di controllo**, di **allarme**, di **videosorveglianza** in tutte le aree critiche e di attività di guardianaggio, affidando l'attività a personale qualificato.

Attivazione di **collaborazioni gestionali con Forze dell'Ordine**. Diffusione a tutti gli operatori di **indicazioni su "Comportamenti precauzioni universali contro la violenza"**.

Posizionamento di **cartellonistica** contro la violenza verso gli operatori sanitari e implementazione del documento "Patto con l'utenza", da destinare ai servizi afferenti all'ambito delle cure domiciliari (ADI, SID, UOCP, Prelievi occasionali).

Promozione di **corsi di Formazione** per migliorare la comunicazione tra "operatori e utenti" e tra gli stessi operatori, per migliorare le capacità relazionali e comunicative, al fine di ridurre i conflitti. Effettuato gara per **l'acquisto di display** rivolti all'utenza, da posizionare nei Pronto Soccorso aziendali, indicativa dei tempi di attesa medi per migliorare la comunicazione e aggiudicato la gara per la vigilanza all'interno dei Pronto soccorso dei Presidi Ospedalieri. Ricollocate sul territorio le postazioni di **continuità assistenziale** (ex guardia medica) in luoghi non isolati.

Predisposizione, a cura della S.C. Risk Management, di modalità informatizzata per **la segnalazione degli eventi di violenza verso gli operatori** per agevolare e rafforzare le segnalazioni volontarie, attraverso un modulo di segnalazione specifico per episodi di violenza/minacce, al fine di comprendere meglio il fenomeno.

In considerazione dell'esito del monitoraggio effettuato si è evidenziato che la quasi totalità delle segnalazioni di violenza subita da parte degli operatori è da ascrivere a persone assistite portatrici di patologie specifiche (neurologiche, psichiatriche ecc.) e che la protezione degli operatori sanitari deve considerare attività di formazione specifiche per il trattamento e l'assistenza di questi pazienti.

- **Azioni di miglioramento per la prevenzione degli eventi avversi in ostetricia.**
Elaborazione specifica **Check list nell'ambito del percorso nascita** (parto e post partum) per la messa in sicurezza della partoriente e del neonato nell'ambito dell'espletamento del parto, della nascita e del post partum.
Elaborazione di specifica **procedura per la prevenzione delle cadute di neonato** in allattamento durante la permanenza in camera con la mamma.
Attività formative di aggiornamento in rianimazione neonatale rivolte al personale implicato nell'evento nascita.
- **Azioni di miglioramento per trasporto campioni istologici**
Si è proceduto, ad effettuare un Audit per effettuare una specifica disamina del percorso che devono seguire i campioni trasportati dalle diverse sedi dell'ASLTO4 sino al Laboratorio di Anatomia Patologica onde individuare le criticità. Si è implementato nel sistema Trackcare, un registro per il controllo dei flussi in entrata per la massima tracciabilità del percorso del campione istologico.
In seguito alla riorganizzazione della Anatomia patologica Aziendale, è in corso di revisione l'attuale procedura.

Fine

