



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione annuale 2019

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



Eventi Evitati,
Eventi Avversi,
Eventi Sentinella 2019

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	5
Il Sistema integrato di Incident Reporting ASLTO4	7
1 - Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella	9
1.1 - <i>Eventi evitati 2019</i>	9
1.2 - <i>Eventi avversi 2019</i>	10
1.3 - <i>Eventi sentinella 2019</i>	11
1.4 - <i>Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella</i>	12
1.5 - <i>Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi</i>	14
1.6 - <i>Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore</i>	16
1.7 - <i>Eventi evitati/avversi/sentinella nella ASLTO4: ESITI</i>	18
2 - Monitoraggio Cadute accidentali	20
2.1 <i>Tasso di incidenza cadute</i>	21
2.2 - <i>Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – RSA/HOSPICE del territorio ASLTO4</i>	22
2.3 - <i>Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale</i>	22
2.4 - <i>Totale delle segnalazioni di caduta accidentale pervenute negli anni 2015-2019</i>	23
3 - Azioni di miglioramento	24
3.1 - <i>Azioni proattive</i>	24
3.2 - <i>Azioni reattive</i>	25





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 2019.

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 opportuna: 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 delle cadute accidentali in ambito ospedaliero, RSA-Hospice/CAVS; si ricorda che l'evento caduta 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-Lanzo, Chivasso, Ivrea-Cuorgnè 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 2019, con specifico focus sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2019. 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 nell'ASLTO4.

La segnalazione degli **eventi evitati - avversi** da parte degli operatori sanitari è un tipo di segnalazione spontanea, già prevista dalla Legge 28/12/2015 n. 208 (Legge finanziaria), 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 la segnalazione di eventi evitati o avversi è fortemente raccomandata, ma non obbligatoria 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. È 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 verifichi 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 2019 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 2019, 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 di caduta accidentale e specifici esiti, pervenute alla S.C. Risk Management nel 2019.



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 1-01-2019 a 31-12-2019. Nel 2019 si evidenzia il dato positivo di una maggior appropriatezza nella segnalazione degli eventi avversi da parte degli operatori e professionisti sanitari.

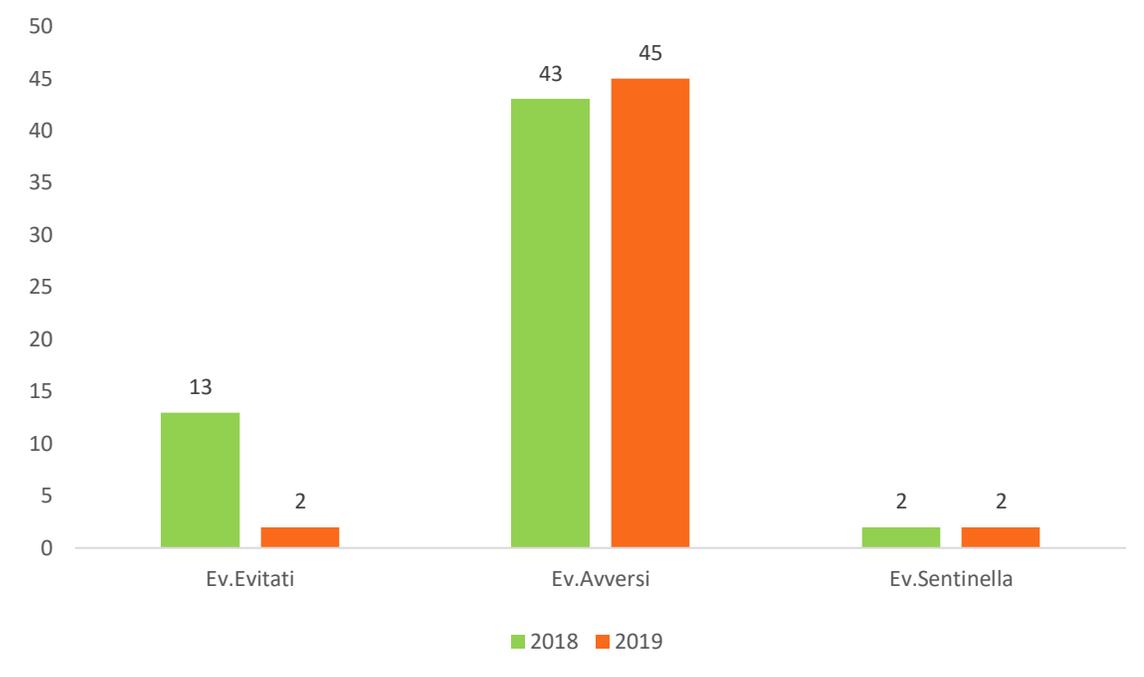


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS, RSA e Hospice della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web.

1.1 - Eventi evitati 2019

TOTALE SEGNALAZIONI EVENTI EVITATI 2018 - PP.OO. ASLTO4 - N.2	N.
Evitato errore in terapia farmacologica	1
Evitata possibile caduta di neonato in parto precipitoso	1

Tabella a – Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2019 a 31-12-2019.

1.2 - Eventi avversi 2019

Tipologia evento	Numero segnalazioni	Conseguenze non gravi	Conseguenze
Procedura in paziente sbagliato	2	nessuna	nessuna
Errata procedura su paziente corretto	2	nessuna	nessuna
Errata identificazione paziente	1	nessuna	nessuna
Errore in terapia farmacologica	3	nessuna	nessuna
Caduta accidentale	503	371	15 (fratture)
Violenza verbale fisica a danno operatore	28	7	nessuna
Eventi vari	Numero segnalazioni		Descrizione evento
	Contenzioni Dea	1	Non indicata da psichiatra
	Fuga da reparto	4	2 Disorientamento 2 Tentata fuga da reparto
	Incidente	2	Protesi non rimossa Danni attrezzature
	Perdita campione	1	Campione non pervenuto
	Indisponib. medico	1	Comunicazioni tra operatori
TOTALE numero eventi avversi	45 (+503 cadute accidentali)		

Tabella b – Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2019 a 31-12-2019.

1.3 - Eventi sentinella 2019

Gli audit esperiti per i due casi hanno consentito alla S.C. Risk Management di provvedere a promuovere azioni specifiche di miglioramento:

- In relazione all'episodio di suicidio è stata elaborata, con la collaborazione delle S.C. di Psichiatria, una procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale;
- In relazione all'episodio di reazione allergica a mezzi di contrasto si è provveduto a rimodulare le informazioni per i medici di medicina generale, finalizzate alla corretta preparazione dei pazienti per gli esami radiologici che prevedono l'utilizzo di mezzo di contrasto. Inoltre, è stata migliorata l'informativa al paziente nel relativo modulo di consenso.

Tipologia evento	Numero eventi	Conseguenze
Suicidio di paziente in ospedale	1	Morte
Evento in radiologia reazione allergica	1	Morte

Tabella c – Elenco dei casi di Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2019 a 31-12-2019.



1.4 – Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella segnalati dagli operatori nel 2019, 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, EVENTI SENTINELLA SEGNALATI NEL 2019

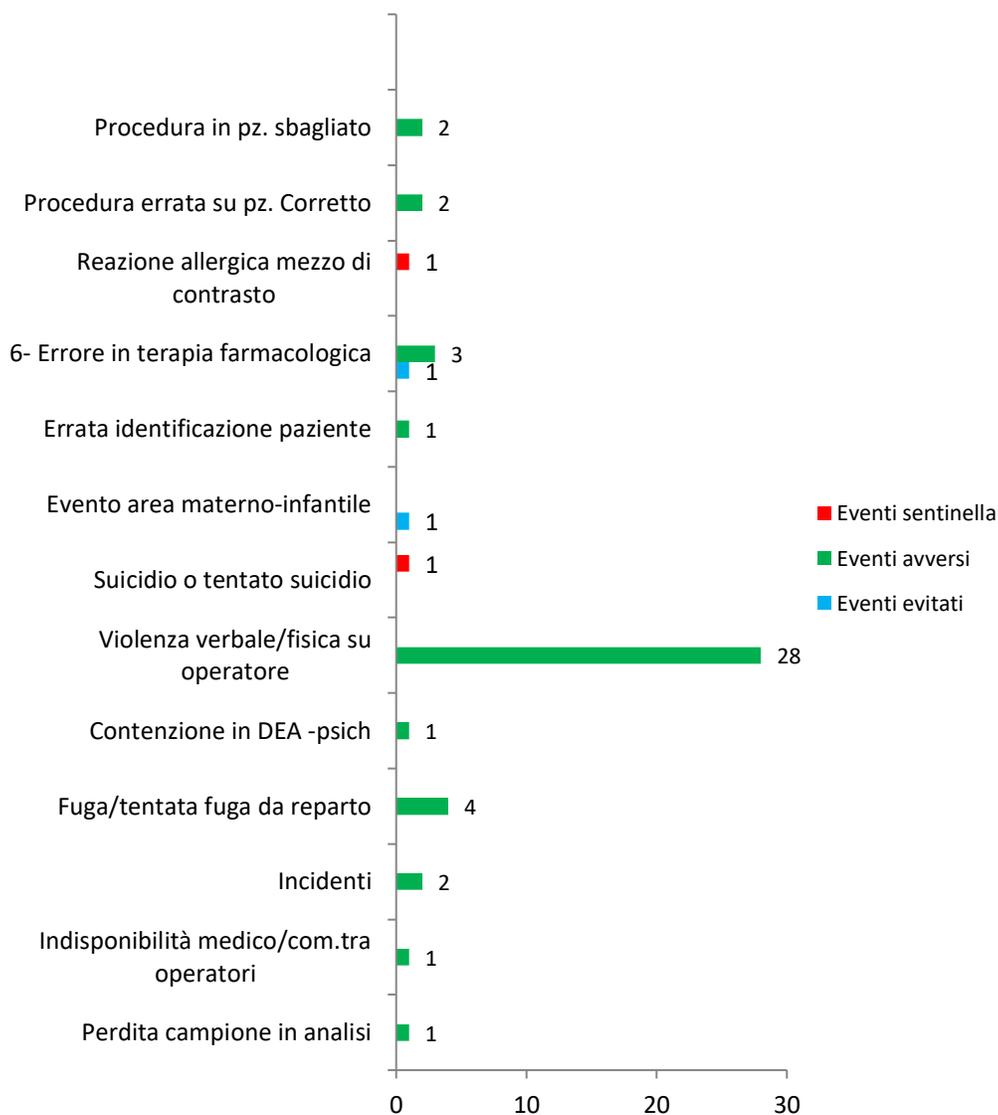


Figura 2 - Quadro riassuntivo del numero di segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2019 presso i PP.OO. /RSA/ Hospice e ambulatori territoriali della ASLTO4. I dati sono aggregati secondo la categorizzazione degli Eventi Avversi/Sentinella prevista dal Ministero della Salute.

EVENTI EVITATI, AVVERSI, SENTINELLA SEGNALATI NEL 2018-2019

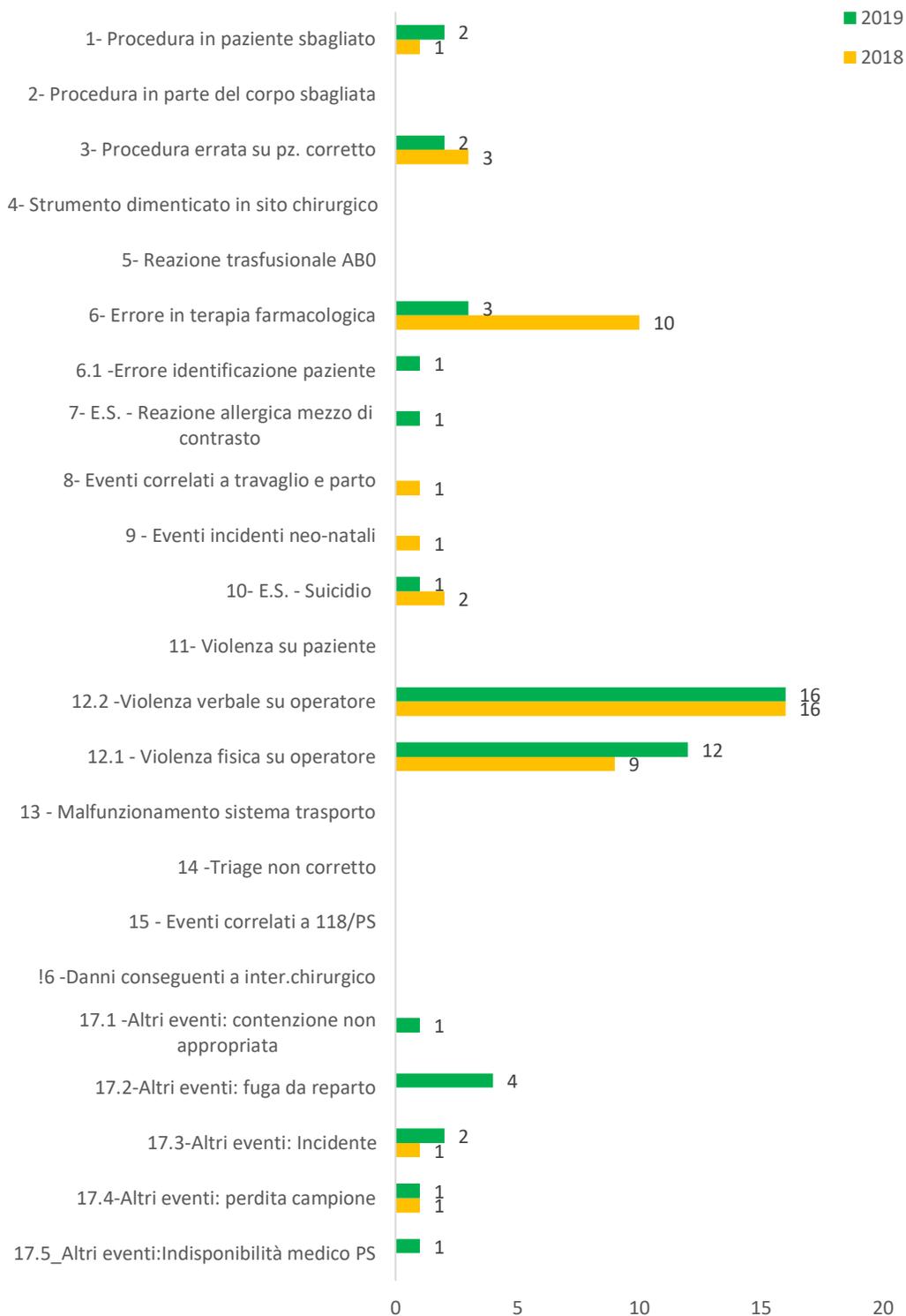


Figura 3 – Il grafico evidenzia l'andamento del numero di segnalazioni di eventi evitati, avversi ed eventi sentinella verificatesi nel biennio 2018 (color giallo) e 2019 (color verde).

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, nelle seguenti quattro macro-tipologie (escludendo l'evento suicidio e tentato suicidio in ospedale, e l'evento reazione allergica mezzo di contrasto, che sono considerati dallo specifico monitoraggio degli Eventi Sentinella):

- A- ERRORI IN PROCEDURE ed ERRORI IN TERAPIA: procedura in paziente sbagliato/procedura sbagliata su paziente corretto/errori in terapia farmacologica/;
- B- EPISODI DI VIOLENZA SU OPERATORE: violenza su operatore (verbale e fisica);
- C- ERRORI DI PROCEDURE TRASFUSIONALI-CHIRURGICO-OSTETRICHE: reazione trasfusionale in ABO/errori correlati a travaglio-parto/eventi neonatali/danni conseguenti ad interventi chirurgici;
- D- ALTRI EVENTI: fuga da reparto, incidenti, malfunzionamento sistema di trasporto, contenzione non appropriata DEA, indisponibilità medico in DEA.

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, e reazioni trasfusionali.

Il sistema chiede al segnalante di indicare (con risposta SI o NO) 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. (I dati concernono le cause identificate sia per EA, sia per EE ed ES, e si riferiscono a n. 49 episodi segnalati.

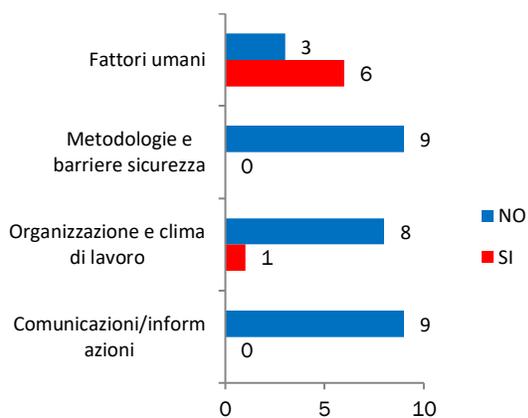


Figura 4



Figura 5

A - Cause di eventi (evitati e avversi) conseguenti a ERRORI IN PROCEDURE ED 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; in misura minore sono state identificate cause inerenti 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.

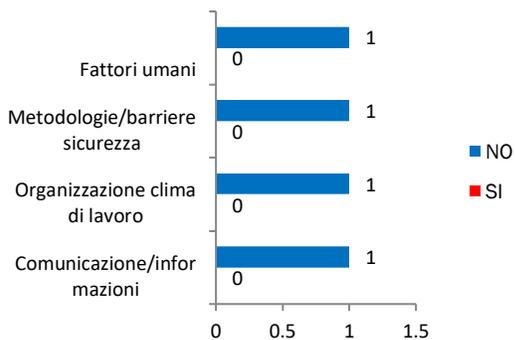


Figura 6

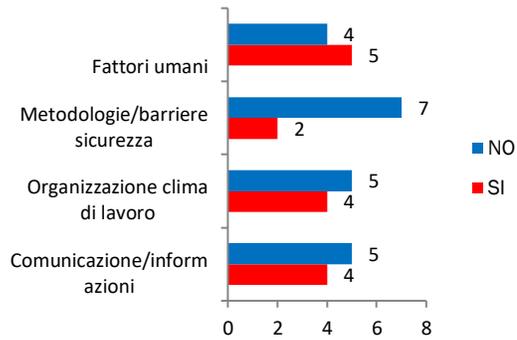


Figura 7

C – Cause di eventi (evitati e avversi) conseguenti ad ERRORI IN PROCEDURE TRASFUSIONALI/CHIRURGICHE/OSTETRICHE.

Nel 2019 è stato segnalato un 1 Evento Evitato in ostetricia, rispetto al quale non sono state identificate cause (parto precipitoso).

D – Cause di eventi (evitati e avversi) che sono stati categorizzati come ALTRI EVENTI:

Nel 2019 sono stati segnalati eventi non categorizzati nel 2018: fuga da reparto, malfunzionamento sistema di trasporto, incidenti accidentali, contenzione psichiatrica impropria da Dea, perdita campione, indisponibilità medico in DEA.

Cause Eventi Avversi/evitati/sentinella - dati aggregati

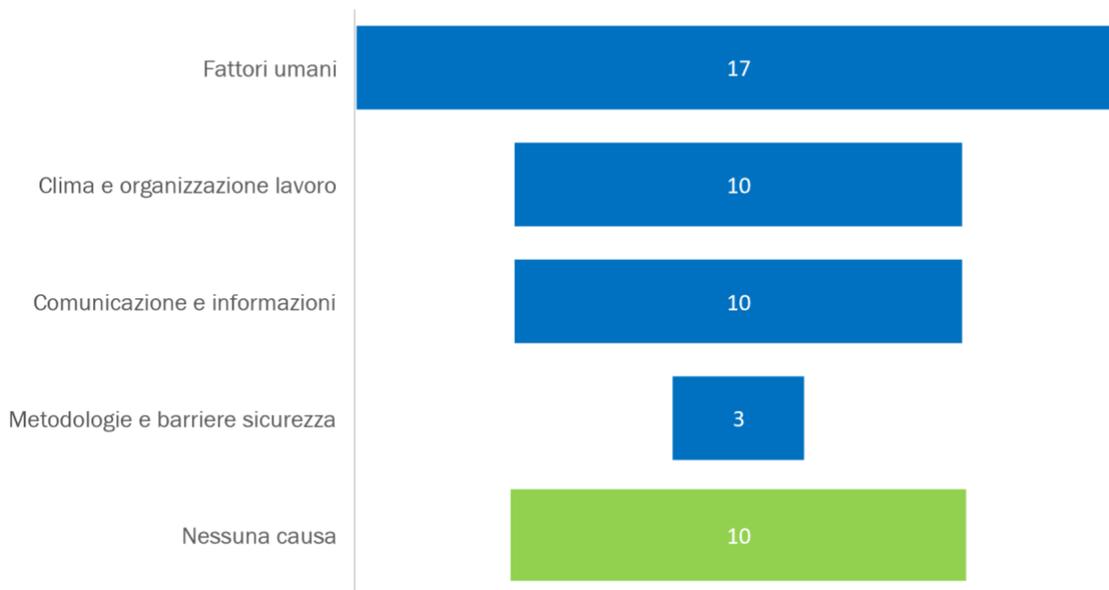


Figura 8 – Il grafico rappresenta i dati aggregati delle cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati da 01-01-2019 a 31-12-2019. Si evidenzia che in n. 10 segnalazioni non sono state attribuite cause dagli operatori segnalanti. Per quanto concerne le cause evidenziate dalle segnalazioni si rileva che solo in minima parte sono attribuite a criticità dovute a metodologie e barriere di sicurezza, mentre i fattori umani, organizzativi, i processi di comunicazione e di passaggio informazioni sono riconosciuti come principali cause di eventi sfavorevoli.



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 2019 gli operatori hanno segnalato 28 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore.



Figura 9

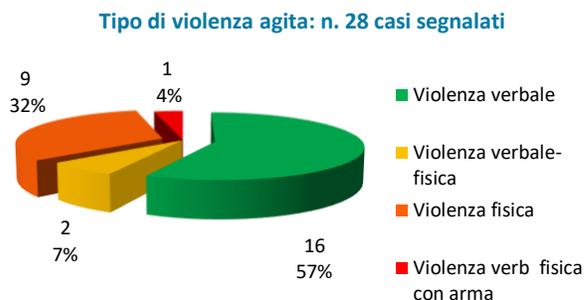


Figura 10

Il 64% delle segnalazioni di violenza verbale o fisica a danno di operatori è giunto dai PP.OO; il 36% di episodi sono stati segnalati da strutture territoriali; nessun episodio è stato segnalato da RSA.

I tipi di violenza agiti verso operatori sanitari sono per il 57% episodi di violenza verbale, nel 7% dei casi si tratta di violenza verbale e fisica, nel 32% dei casi la violenza segnalata è di aggressione fisica con un caso di violenza fisica con arma impropria.



Figura 11

I soggetti che hanno agito atti di violenza verbale o fisica contro operatori sanitari sono persone assistite nel 89% dei casi, il restante 11% degli aggressori è rappresentato da parenti o accompagnatori di persone assistite.



Figura 12

Le categorie degli operatori sanitari aggrediti sono nella maggioranza dei casi Infermieri e OSS (57%) e solo nel 21% 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. Nel 2019 si segnalano anche aggressioni verso Operatori di portineria.

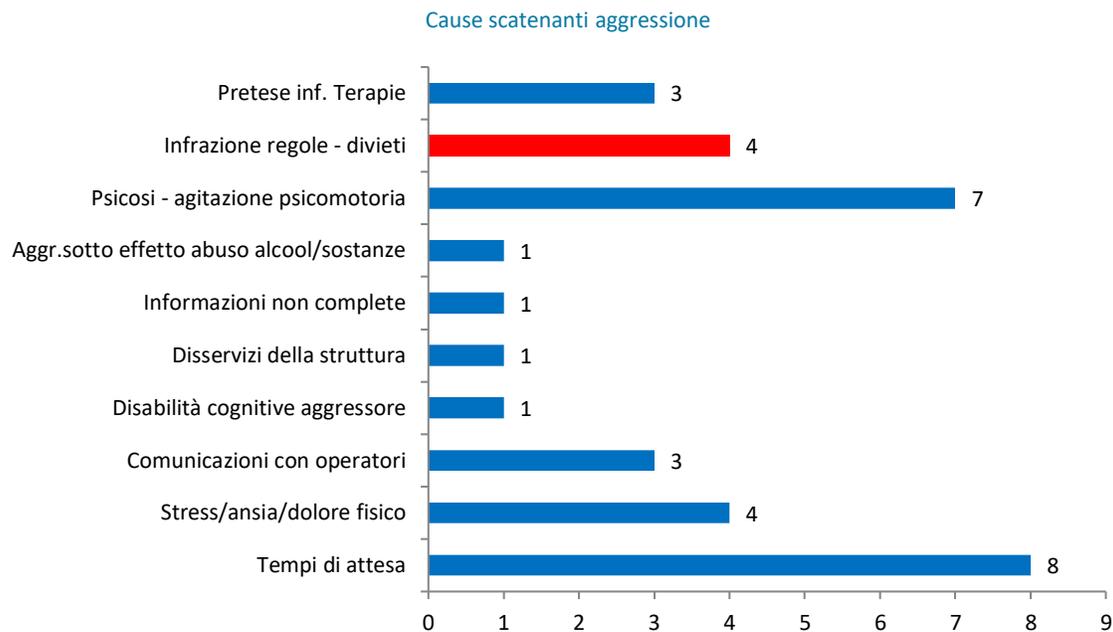


Figura 13

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 4 casi (verificatisi presso ambulatori del territorio, evidenziato in rosso nel grafico) 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 disagio psichico o 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. 49 eventi, di cui 2 con esito fatale (Eventi sentinella: suicidio e reazione allergica mezzo di contrasto). È di interesse rilevare che i restanti 47 eventi (suddivisi in n. 2 Eventi evitati e n. 45 Eventi avversi) condividono le identiche cause 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:

Esiti Eventi avversi - sentinella 2019

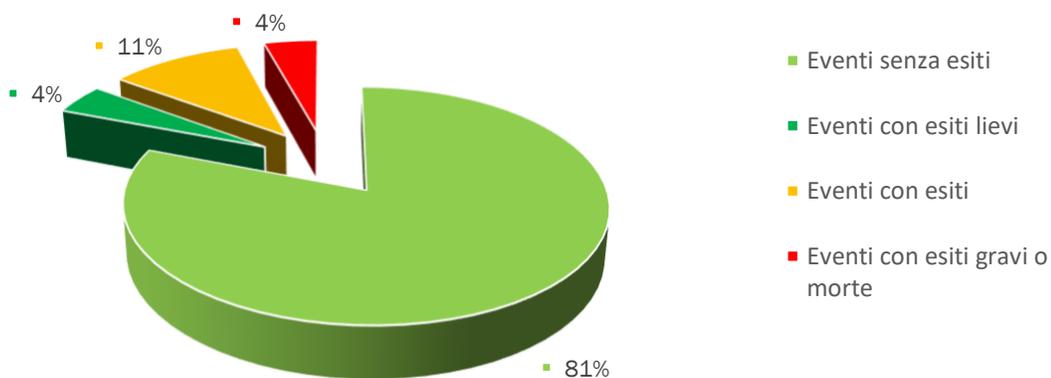


Figura 14

Esiti di Eventi avversi - sentinella 2018

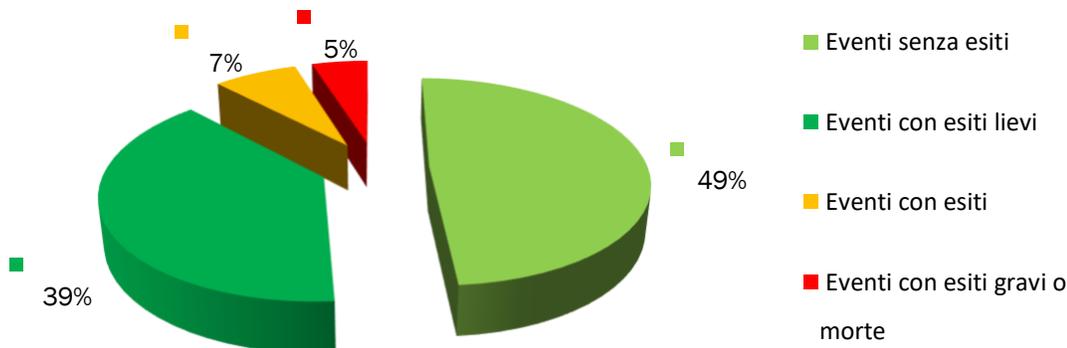


Figura 15



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

Macro aree delle categorie di eventi avversi/sentinella 2019

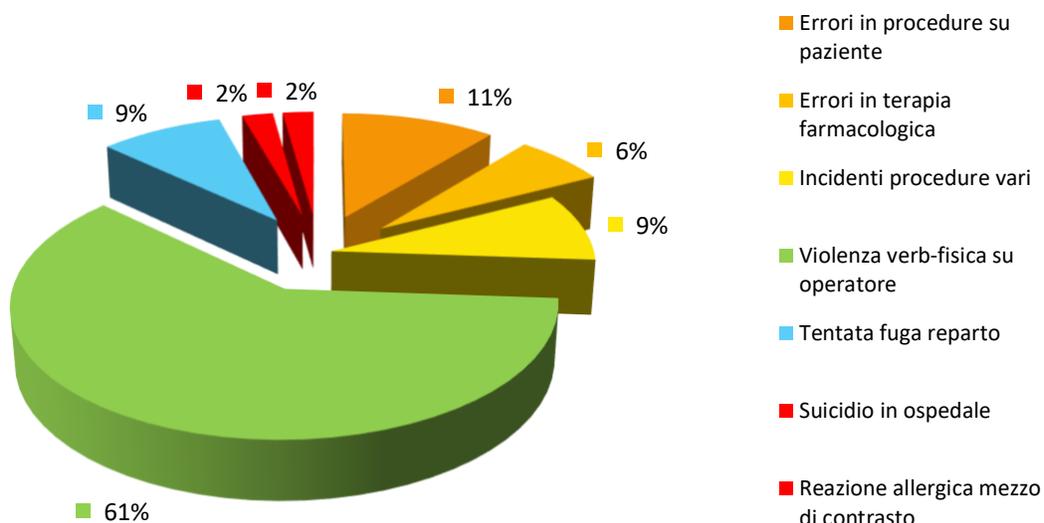


Figura 16

Macro-aree delle categorie di Eventi avversi ed Eventi Sentinella segnalati dagli operatori nel 2019.



2 - Monitoraggio Cadute accidentali

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2019 CADUTE ACCIDENTALI PP.OO/ AMBULATORI/RSA ASLTO4				
Sedi dell'evento	Totale segnalazioni cadute accidentali	Numero cadute senza conseguenze	Numero di cadute con conseguenze	
			Non gravi	Fratture
PP.OO. ASLTO4	436	326	95	15
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	15	7	8	/
RSA	52	38	14	/
Totale	503	371	117	15

Tabella n. 1 – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2019 a 31-12-2019

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 di cadute con conseguenze	
			Non gravi	Fratture
PP.OO. ASLTO4	344	232	93	19
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	18	7	8	3
RSA	74	57	16	1
Totale	436	296	117	23

Tabella 2 – 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).

Le tabelle n. 1 e 2 sopra presentano 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.

2.1 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, 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:

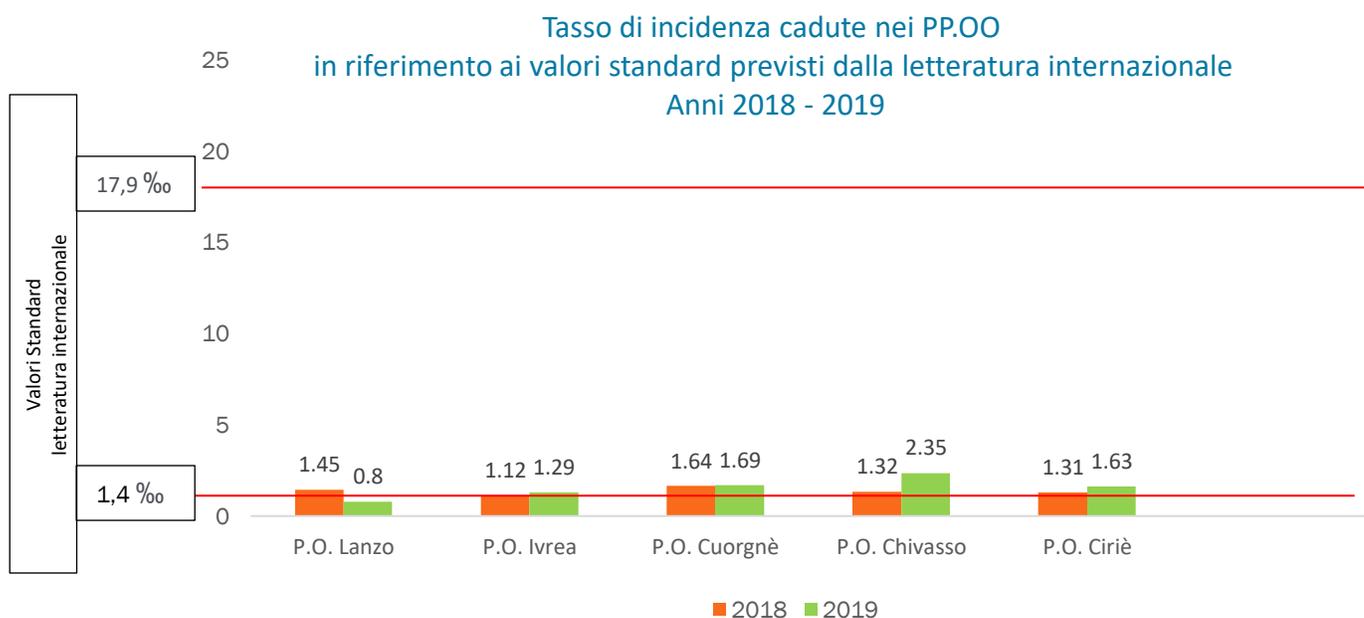


Figura 17 – Tasso di incidenza cadute accidentali 2018 -2019 nelle strutture di degenza della ASLTO4 parametrato ai valori standard di riferimento della letteratura internazionale.

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

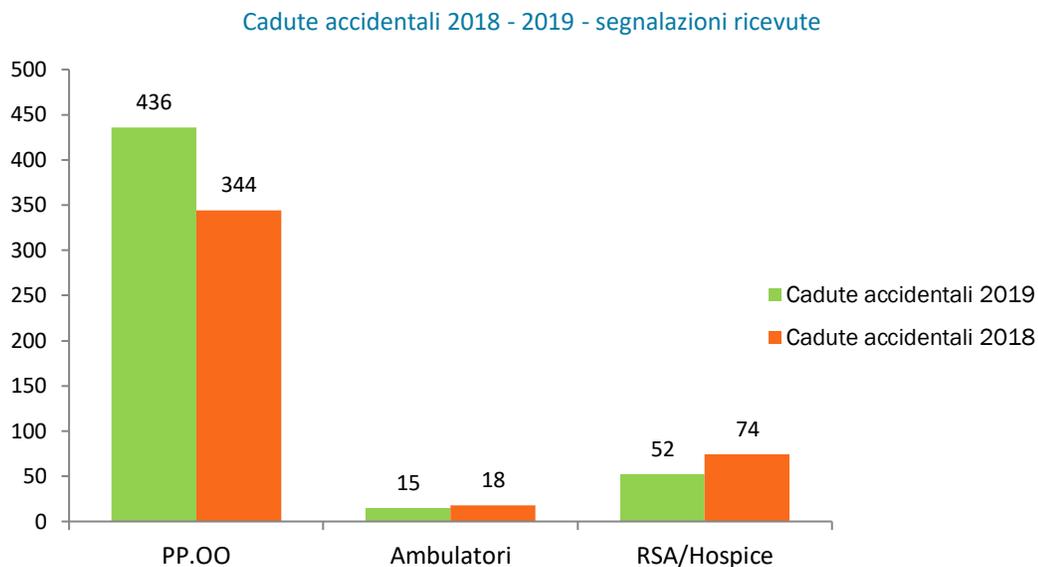


Figura 18 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 2018 -2019.

2.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale

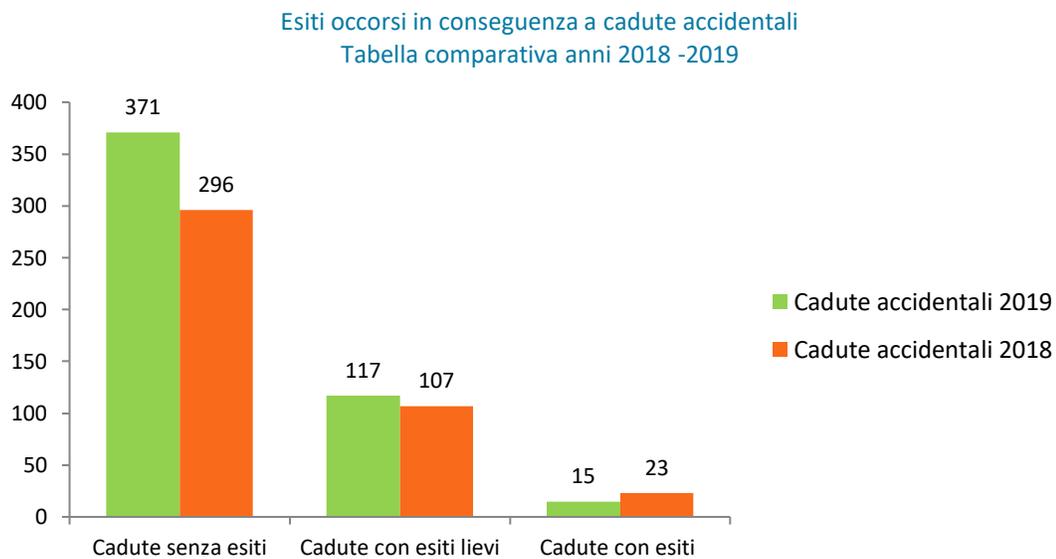


Figura 19 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2019.

2.4 – Totale delle segnalazioni di caduta accidentale pervenute negli anni 2015-2019

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 stato implementata la piattaforma *on line di Incident reporting* presso la ASLTO4, a tutto il 2019.

Premesso che l'ASLTO4, fin dal 2014 ha elaborato il Management per la prevenzione delle cadute accidentali, si rileva negli anni una maggiore attenzione da parte degli operatori ad applicare le disposizioni sulla prevenzione dell'evento caduta accidentale. Ciò depone per una maggiore propensione degli operatori alla segnalazione oltre che ad una migliore valutazione del nesso causale della caduta stessa. Nella figura 20 si rileva, infatti, un aumento di segnalazioni cadute nei presidi ospedalieri, la maggior parte delle quali risulta essere senza esiti mentre si rileva una contestuale diminuzione di quelle con esiti, esiti peraltro di lieve entità.

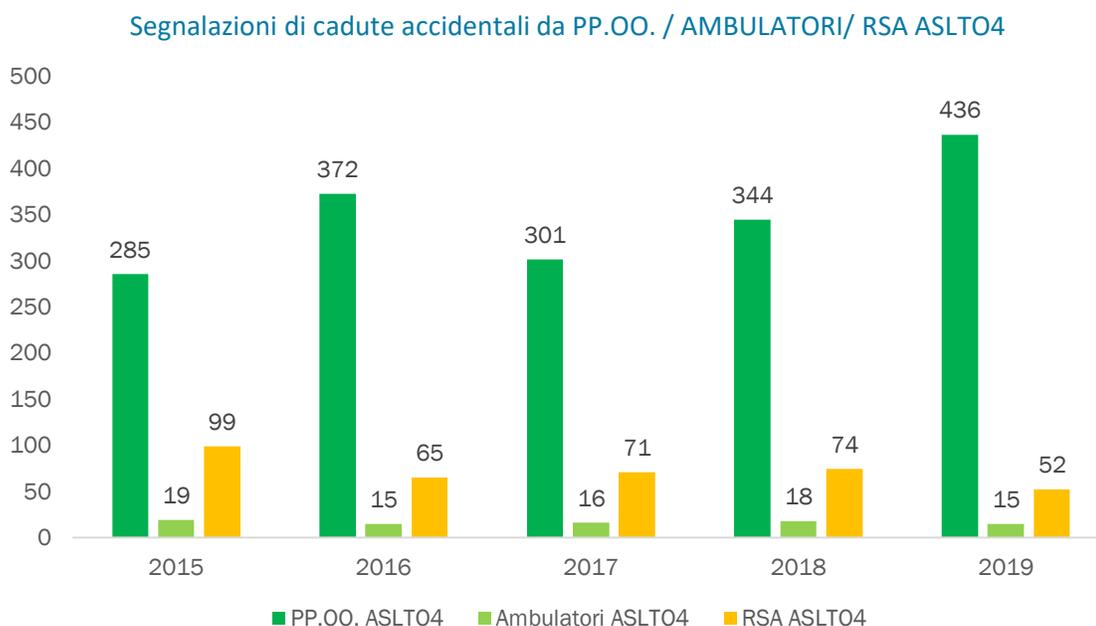


Figura 20 – Il grafico evidenzia il numero totale di segnalazioni inviate da operatori sanitari di PP.OO./Ambulatori e RSA della ASLTO4.

3 - Azioni di miglioramento

3.1 - Azioni proattive

Piani adottati per evitare preventivamente un evento avverso.

Azioni di miglioramento per la Umanizzazione delle cure in applicazione della legge 219/2017

- Percorsi Formativi con codice ministeriale ECM**

Effettuati corsi di formazione aziendali sull'Umanizzazione delle cure in applicazione della legge 219/2017.

Target di riferimento: esercenti le professioni sanitarie (tutte le categorie) e OSS; Studenti iscritti al terzo anno della facoltà di Scienze Infermieristiche.

Progetto Formativo Aziendale ECM: Cod.134-32828

Titolo: Legge 22.12.2017 n.219 - "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento" verso l'autodeterminazione della Persona Assistita e l'Umanizzazione delle Cure.

Modalità di erogazione: Residenziale - 2 edizioni.
- Informazioni agli operatori, empowerment del cittadino**

Effettuati incontri informativi e confronto, presso tutte le sedi UCA, presenti nei 5 Distretti aziendali (Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Settimo, Ciriè-Lanzo) che insistono sul territorio ASLTO4; gli incontri sono stati finalizzati alla corretta applicazione della norma in merito al Consenso Informato, Disposizioni anticipate di trattamento e Pianificazione condivisa delle cure.

Target di riferimento: MMG/PLS

Modalità di erogazione: Residenziale

Effettuati incontri informativi e di divulgazione ai Cittadini, in collaborazione con i Comuni richiedenti, al fine di poter applicare la normativa finalizzata alle Disposizioni Anticipate di Trattamento e per poter agire i propri diritti in ambito sanitario.

Azioni di miglioramento per la prevenzione della violenza su operatore

- Diffusione cultura aziendale e indicazioni per la prevenzione degli atti di violenza su operatore.**

Il 2019 ha visto l'ASLTO4 impegnata in attività proattive per la prevenzione della Violenza verso gli operatori, rafforzando e diffondendo le indicazioni fornite, già dal 2018, dalla Direzione Generale in merito ai comportamenti precauzionali universali contro la violenza, indicazioni messe a disposizione degli operatori sulla Intranet aziendale. È stata altresì fortificata capillarmente la cultura della segnalazione di eventi di violenza, sia verbale che fisica, verso operatore. Tale attività è stata svolta dalla Struttura di Risk Management a favore degli operatori, coinvolti negli eventi occorsi, attraverso opera di tutoraggio e/o di guida *ad personam* nell'utilizzo del sistema di segnalazione.
- Attività specifiche di analisi dati**

Infine, si è provveduto ad evadere le numerose richieste pervenute da FNOMCeO, FIASO, FNOPI, ORDINE TSRM, ecc., fornendo i dati relativi alle segnalazioni di eventi "violenza verso operatore" raccolti dalla nostra struttura, con il sistema di monitoraggio degli eventi evitati, avversi e sentinella. Ciò ha posto le basi per richiedere in sede parlamentare la stesura di una nuova legge a tutela dei professionisti sanitari del SSN.

3.2 - Azioni reattive

Azioni di miglioramento per la gestione del rischio clinico, la responsabilità professionale e la prevenzione delle cadute accidentali.

Eventi evitati/avversi	Azioni di miglioramento
Azioni di miglioramento per la gestione del rischio clinico, per la responsabilità professionale e la prevenzione delle <u>cadute accidentali</u> .	<p>Percorsi formativi</p> <p>Effettuati corsi di formazione aziendali sullo specifico argomento per gli operatori delle professioni sanitarie al fine di prevenire le cadute per gestire al meglio le persone assistite e fornire adeguate informazione per la gestione del rischio clinico e la responsabilità professionale.</p> <p>Target di riferimento: Personale Infermieristico – Personale OSS Neoassunto (area Medica).</p> <p>Progetto Formativo Aziendale ECM - Cod.134-32414</p> <p>Titolo: Protezione dell'operatore e della persona assistita: DPI e prevenzione HAC.</p> <p>Modalità di erogazione: Residenziale e sul campo - 5 edizioni.</p>
Azioni di miglioramento per la prevenzione degli errori inerenti <u>identificazione del paziente</u> .	<p>Informazioni agli operatori/empowerment del cittadino</p> <p>Elaborato opuscolo Informativo in collaborazione con S.C. RRF per il rinforzo delle competenze nell'ambito della movimentazione sicura dei carichi con Sollevatore per la prevenzione della caduta accidentale.</p> <p>Codice di riferimento aziendale sistema Qualità: DAM06.IO.0133.00 - Rev. 00.</p> <p>Titolo: Istruzioni per l'utilizzo sicuro del sollevatore.</p> <p>Diffusione: attraverso la pubblicazione sulla Intranet aziendale.</p>
Azioni di miglioramento per la prevenzione degli errori in <u>terapia farmacologica</u> .	<p>Sicurezza delle cure: processo identificazione P.A.</p> <p>Tutti gli ambiti assistenziali hanno adottato da tempo il braccialetto identificativo per l'identificazione della P.A.: il piano di miglioramento 2019 è stato effettuato aggiungendo il Codice a Barre (barcode) sul braccialetto, consentendo al sistema Tracare (sistema clinico-assistenziale informatizzato in uso a tutti i reparti ospedalieri) di generare direttamente l'etichetta da apporre sul braccialetto stesso. Ciò al fine di consentire in un prossimo futuro di identificare informaticamente la persona assistita in particolare i soggetti non collaboranti. Al momento l'unico ambito in cui è possibile leggere il barcode con lettore codice a barre è l'Oncoematologia, ambiente aziendale provvisto di intelligenza per l'identificazione della P.A.</p> <p>Sicurezza delle cure: processo del farmaco.</p> <p>Elaborate schede complementari, (che vanno ad aggiungersi alla già implementata scheda per la rilevazione del dolore), specifiche per l'area Hospice, ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scheda Complementare per la terapia al bisogno • Scheda Complementare per la gestione della terapia insulinica. <p>Effettuata sperimentazione con esito positivo ed applicazione a partire dal mese di gennaio 2020.</p> <p>Implementato sistema informatico Bimind (dossier Oncologico) presso la S.S. Galenica, per la sicurezza delle cure, in applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14.</p>



Eventi sentinella**Azioni di miglioramento**

Azioni di miglioramento per la [prevenzione della reazione allergica al mezzo di contrasto.](#)

Sicurezza delle cure: prevenzione alla reazione allergica al mezzo di contrasto

Sono stati effettuati incontri con i responsabili della radiologia dei Presidi Ospedalieri dell'ASLTO4 per concordare le informazioni da fornire al paziente e redigere un consenso informato per i diversi esami effettuati in radiologia, in particolare per quelli che utilizzano mezzi di contrasto. Quale piano di miglioramento si è provveduto ad elaborare:

- Consenso informato per la somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto organo-iodato (TC)
- Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di Contrasto
- Schema di preparazione per la prevenzione della ci-aki (contrast induced acute kidney injury) indirizzato ai medici di medicina generale per la corretta preparazione del paziente all'esame.

La nuova modulistica è stata redatta sulla base delle nuove linee guida SIRM-SIAAIC – ESUR 2018, in attesa delle indicazioni del gruppo di lavoro regionale sull'argomento.

Azioni di miglioramento per la [prevenzione del suicidio del paziente in ospedale.](#)

Sicurezza delle cure: prevenzione del suicidio del paziente in ospedale

In applicazione della Raccomandazione Ministeriale n.4 avente ad oggetto "La prevenzione del suicidio del paziente in Ospedale" è stata elaborata un'apposita procedura dal Dipartimento di Psichiatria dell'ASLTO4 con lo scopo di:

- uniformare i comportamenti degli operatori sanitari in relazione alla prevenzione dei comportamenti suicidari delle persone assistite (P.A.) nelle unità operative ospedaliere dell'ASLTO4;
- garantire la continuità delle cure delle P.A. a rischio suicidario in previsione della dimissione ospedaliera.

Campo di applicazione - Unità operative ospedaliere dell'ASLTO4:

- U.O Mediche (ad esclusione degli SPDC)
- U. O Chirurgiche
- DEA / Pronto Soccorso
- Lungodegenze
- CAVS



Fine

S.C. Risk Management
Direttore Dott.ssa Vincenza Palermo
riskmanagement@aslto4.piemonte.it
Tel. 0125 – 414730/414775
Via Aldisio n. 2
10015 – Ivrea (Torino)

