



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione annuale 2020

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



Eventi Evitati, Eventi Avversi, Eventi Sentinella 2020

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 triennio 2018-2020	8
1.1 – Segnalazioni Eventi evitati 2020	8
1.2 – Segnalazioni Eventi avversi 2020	9
1.3 – Segnalazioni Eventi sentinella 2020	10
1.4 – Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - anno 2020.....	11
1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati/avversi/sentinella triennio 2018-2020	12
1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2020.....	13
1.7 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2020	15
1.8 – Eventi violenza su operatore: triennio 2018 -2020.....	17
1.9 - Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2020: ESITI.....	17
2 - Speciale emergenza pandemica da COVID-19 - anno 2020	18
3 - Monitoraggio Cadute accidentali - anno 2020	20
3.1 - Tasso di incidenza cadute nei PP.OO. ASLTO4 - triennio 2018-2020	21
3.2 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice - triennio 2018-2020	22
3.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale - anno 2020	23
3.4 – Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - triennio 2018 -2020	23
4 - Azioni di miglioramento	24
4.1 - Azioni proattive	24
4.2 - Azioni reattive	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 abbiamo 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-Cuornè 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 2020, con specifico focus sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2020. 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 dall'art.1 comma 539 della Legge 28/12/2015 n. 208 (Legge di stabilità), 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 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 2020 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 2020, 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 2020.

1 - Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella triennio 2018-2020

Il grafico fornisce il report del numero di segnalazioni spontanee relative ad Eventi evitati/Eventi avversi e del numero di segnalazioni obbligatorie di Eventi sentinella, che sono giunte alla S.C. Risk Management dal 1-01-2020 a 31-12-2020. Si evidenzia il dato positivo di una maggior appropriatezza nella segnalazione da parte dei professionisti sanitari.

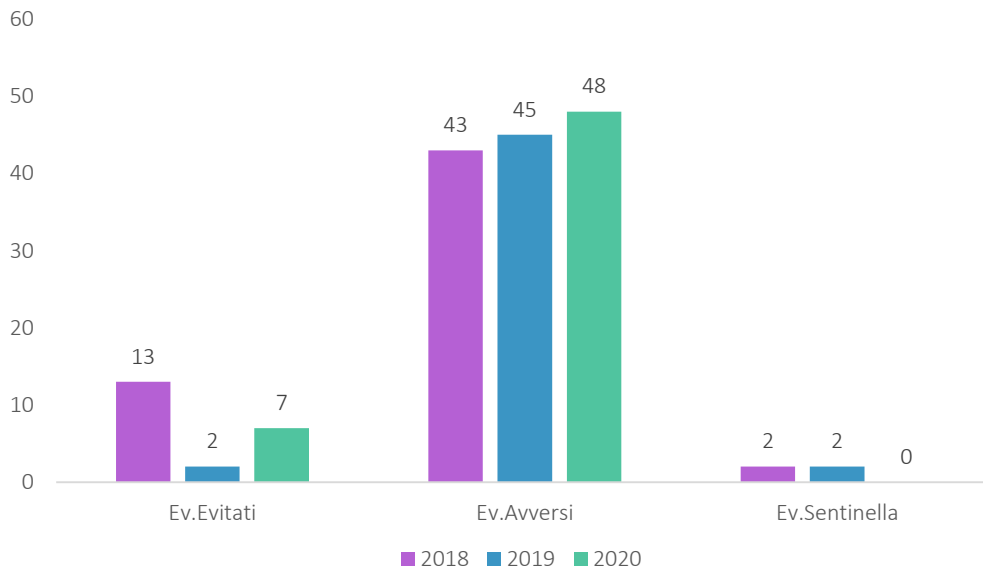


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS, RSA e Hospice della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web.

1.1 – Segnalazioni Eventi evitati 2020

TOTALE SEGNALAZIONI EVENTI EVITATI 2020 - PP.OO. ASLTO4 - N.2	N.
Evitato errore clinico-diagnostico	2
Segnalazioni rischio potenziale per carenza risorse	5

Tabella A – Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2020 a 31-12-2020.

1.2 – Segnalazioni Eventi avversi 2020

Tabella

Tipologia evento	Numero segnalazioni		Conseguenze
Procedura in pz. Sbagliato	1 - Pz. sbagliato in controllo radiologico		
Errata identificazione Pz.	1 - Scambio anagrafica prelievo per emotrasfusione, intercettato da sistema informatico in uso al Centro trasfusionale.		
Strumento o altro materiale lasciato in sito chirurgico	1 - Dispositivo difettoso S.O. si rompe in intervento e non si ritrova parte frammento rotto (neanche con TAC- pz. In assistenza ventilatoria).		
Danni imprevisti a seguito di intervento chirurgico	1 - Evento in S.O. senza esiti		
Danni imprevisti a seguito di manovre invasive	1- Evento in manovra di intubazione		1-Traumatismo intubazione – avulsione dentale.
Errore in terapia farmacologica	6 - (errori di somministrazione di cui errori di dosaggio/farmaci somministrati a paziente non corretto – senza conseguenze).		
Tentato suicidio	1 - Pz. COVID, chiuso in bagno tenta suicidio con lametta, intercettato da operatori.		
Emergenza COVID DPI	2 - Esposizione operatori per mancanza/DPI in prima fase emergenza epidemiologica, mancanza mascherine.		
Violenza verbale fisica a danno operatore	20 di cui 2casi con fratture mascellari e zigomo		2 - Lesioni fisiche: fratture mascellari/seno mascellari/zigomo
Wandering	2 casi intercettati in tempo dalla struttura		
*Ogni altro evento n. 13 segnalazioni	Clinico – diagnostico DEA	8	2 – ritardata diagnosi di Ictus e Ima 1 – non adeguata presa in carico fine vita 1 – ritardata diagnosi a seguito di mancata comunicazione dati diagnostici tra infermieri e medici
	Campione non pervenuto	2	
	Svenimento post-dialisi	1	
	Incidenti (BLACK OUT FRIG.)	1	
TOTALE numero eventi avversi	48		7

B– Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2020 a 31-12-2020.

1.3 – Segnalazioni Eventi sentinella 2020

TOTALE SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA 2020 – PP.OO. ASLTO4 – N. 0			
Tipologia evento	Numero eventi	Conseguenze	Sedi
Nessuno	0	/	/

Tabella C – Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2020 a 31-12-2020.

1.4 – Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - anno 2020

Le segnalazioni sono suddivise secondo l'elenco stilato dal Ministero della Salute: TOTALE EVENTI N. 55.

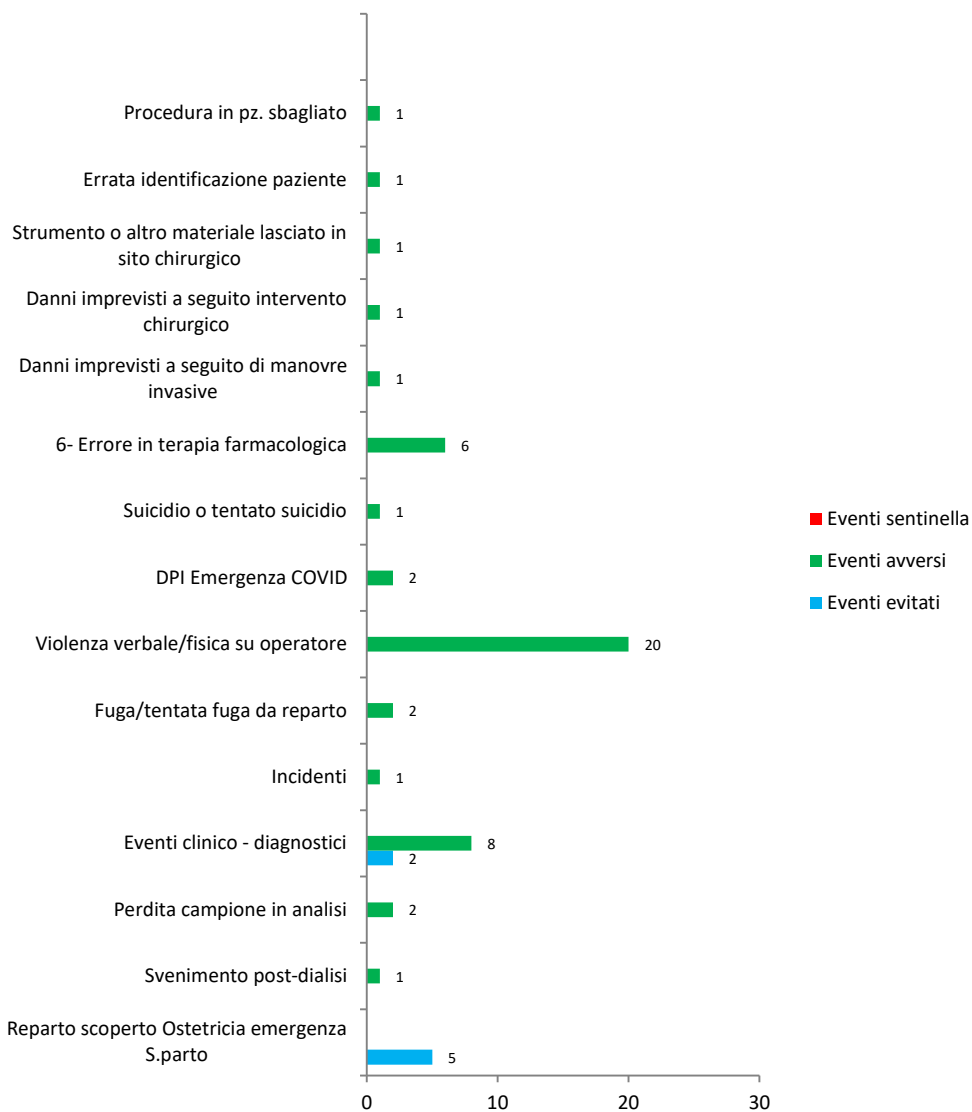


Figura 2 - Quadro riassuntivo del numero di segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2020 presso i PP.OO. e Distretti territoriali della ASLTO4.

1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati/avversi/sentinella triennio 2018-2020

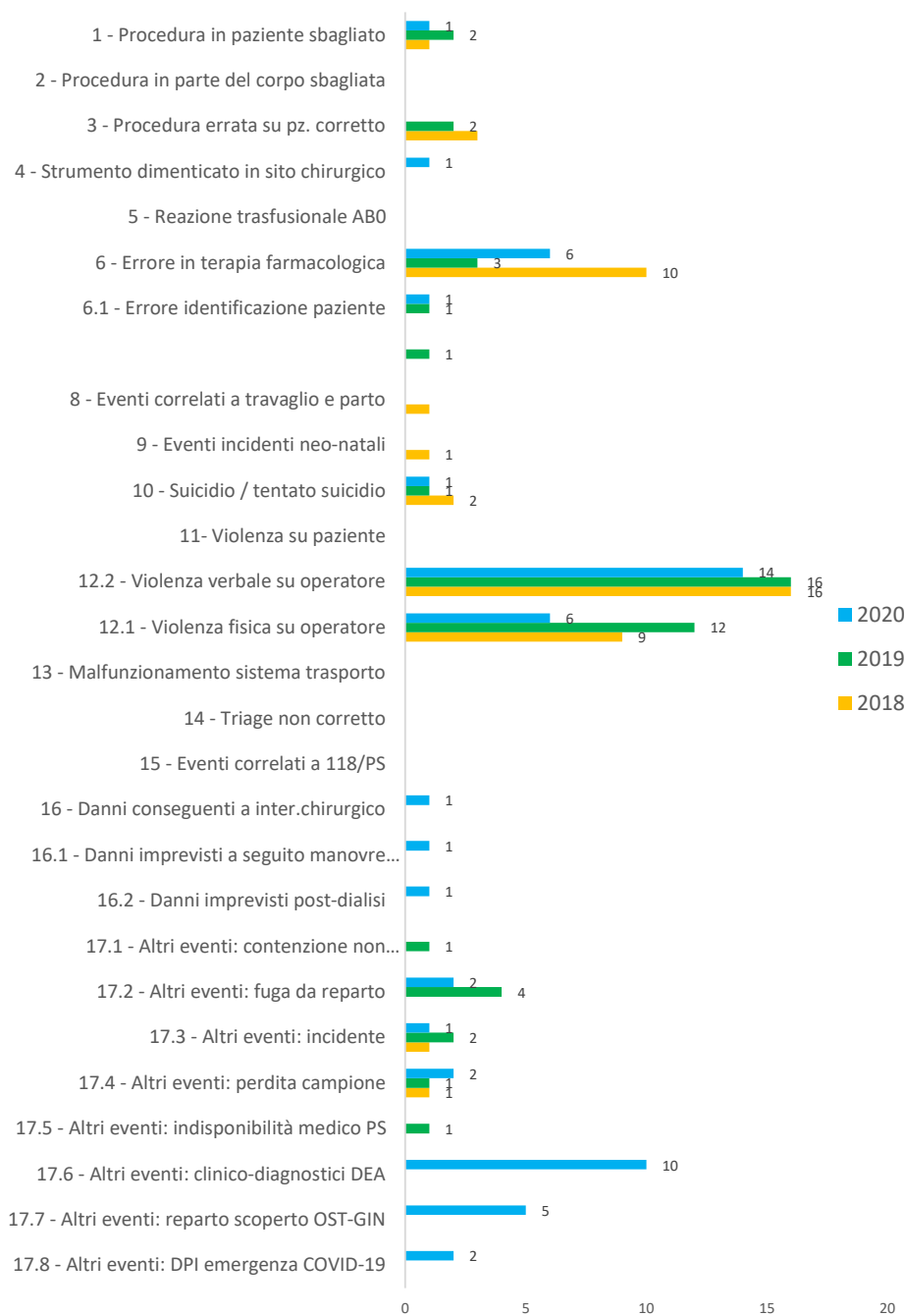


Figura 3 – Il grafico evidenzia l'andamento del numero di segnalazioni di eventi evitati, avversi e sentinella verificatesi nel triennio 2018 (color giallo) – 2019 (color verde scuro) e 2020 (color blue).

1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2020

Le categorie di eventi evitati/avversi/sentinella segnalati rientrano nelle seguenti quattro macro-tipologie:

- A- ERRORI IN PROCEDURE ed ERRORI IN TERAPIA: procedura in paziente sbagliato/procedura sbagliata su paziente corretto/errori in terapia farmacologica;/ perdita campione, errata identificazione paziente ecc.
- B- EPISODI DI VIOLENZA SU OPERATORE: violenza su operatore (verbale e fisica);
- C- ERRORI DI PROCEDURE TRASFUSIONALI-CHIRURGICO-OSTETRICHE: strumento dimenticato in sito chirurgico; danni imprevisi a seguito intervento chirurgico; danni imprevisi a seguito manovra invasiva; eventi inerenti valutazioni clinico-diagnostiche.
- D- ALTRI EVENTI: fuga da reparto, incidenti, DPI emergenza COVID-19; reparto scoperto per urgenze Sala Parto.

Il sistema di *Incident reporting* prevede infatti anche specifiche domande sulle cause che l'operatore ritiene possano essere correlate all'evento risponde SI o NO (sia nel caso di evento evitato, sia nel caso di evento avverso e sentinella), organizzate in quattro 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.

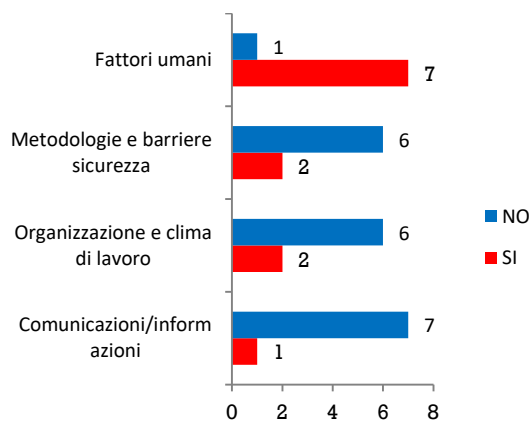


Figura 4

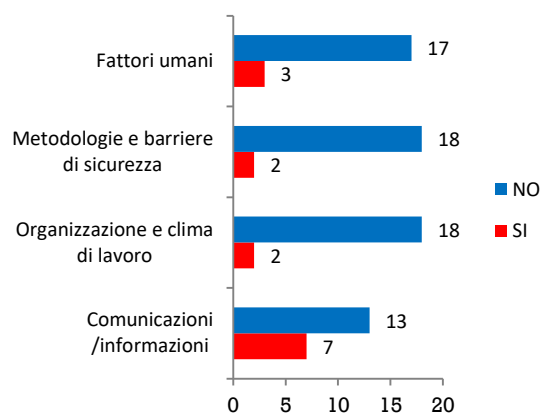


Figura 5

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 relazione a deficit di attenzione, automatismi, alterazioni percettive e di memoria; in misura minore sono state identificate cause inerenti una non adeguata **organizzazione del lavoro e condizioni dovute a clima aziendale e alla carenza di procedure condivise**.

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, si osserva che il 50% degli episodi di violenza verbale inviati dagli operatori coinvolge pazienti psichiatrici, il 25% parenti di pazienti COVID-19, preoccupati per i congiunti in isolamento. Solo il restante 25% di segnalazioni coinvolge utenti ambulatoriali comunque esposti a disservizi e informazioni errate. Si evidenziano anche accessi ripetuti di pz.psichiatrici ai Dea con conseguente carico di stress per gli operatori esposti a esplosioni di violenza.

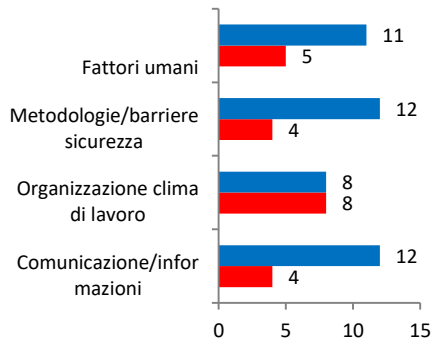


Figura 6

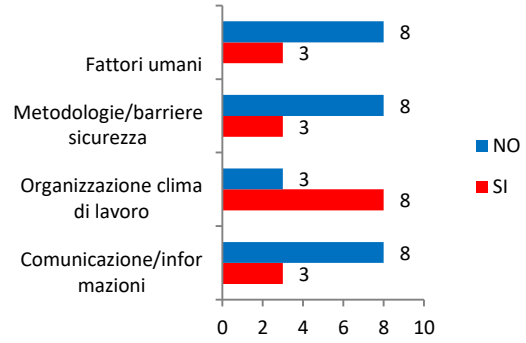


Figura 7

C – Cause di eventi (evitati e avversi) conseguenti ad ERRORI CLINICO-DIAGNOSTICI/PROCEDURE CHIRURGICHE/MANOVRE INVASIVE

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

Nel 2020, sono stati segnalati 16 eventi, inerenti aspetti medico - chirurgici, attribuibili a organizzazione del lavoro, presenza e rispetto di procedure, fattori relazionali nelle équipes di lavoro (fig. 6).

Nel 2020 sono stati segnalati 11 eventi le cui cause sono attribuite a fattori inerenti organizzazione del lavoro e clima, come: fuga da reparto, tentato suicidio, DPI Covid-19, reparto scoperto, incidenti attrezzature, perdita campione (fig. 7).

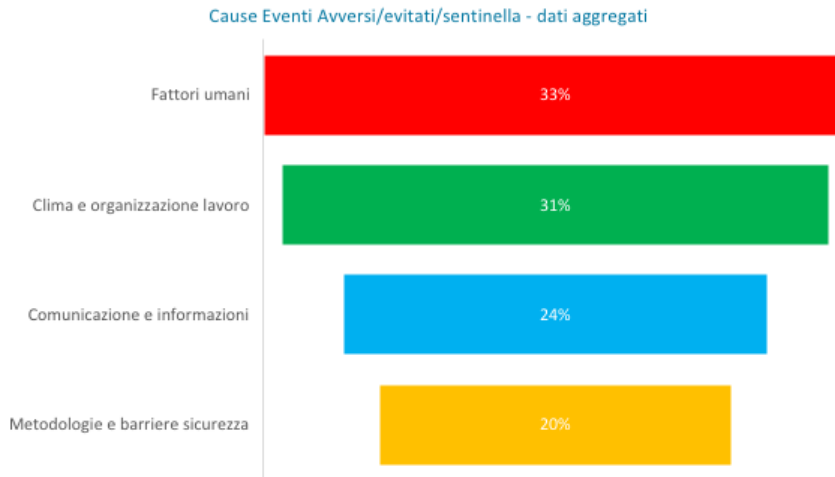


Figura 8 – Il grafico rappresenta in percentuale tutte le cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati nel 2020. I fattori umani, organizzativi, i processi di comunicazione e di passaggio informazioni sono riconosciuti come principali cause di eventi sfavorevoli.

1.7 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2020

Il sistema di segnalazione Eventi evitati/avversi prevede un percorso specifico di segnalazione dell'evento Violenza verbale e fisica su operatore. Nel 2020 gli operatori hanno segnalato 20 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore.

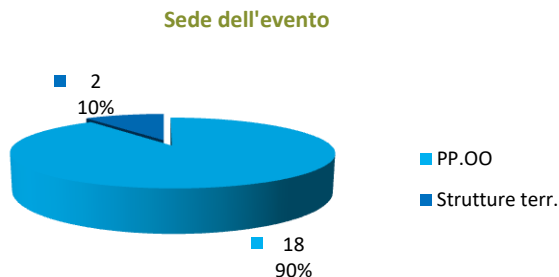


Figura 9

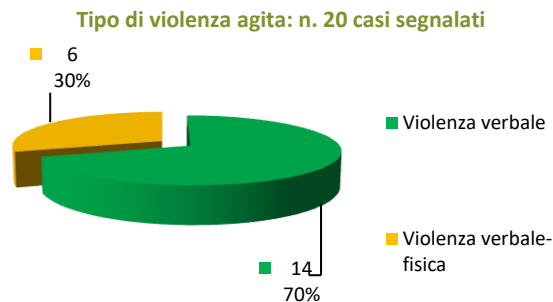


Figura 10

Il 90% delle segnalazioni di violenza verbale o fisica a danno di operatori è giunto dai PP.OO; il 10% 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 70% episodi di sola violenza verbale, nel 30% dei casi si tratta di episodi di violenza verbale e fisica rivolta verso ambiente e/o persone.

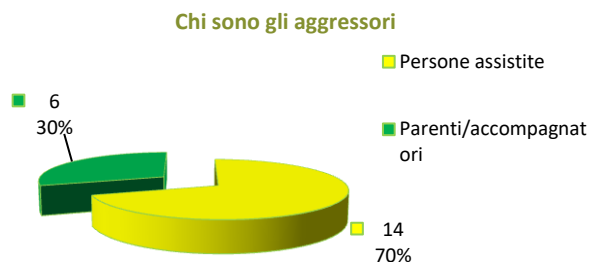


Figura 11

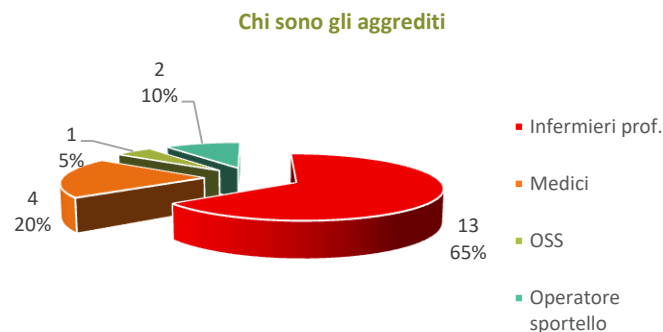


Figura 12

I soggetti che hanno agito atti di violenza verbale o fisica contro operatori sanitari sono persone assistite nel 70% dei casi, il restante 30% degli aggressori è rappresentato da parenti o accompagnatori di persone assistite.

Le categorie degli operatori sanitari aggrediti sono nella maggioranza dei casi Infermieri e OSS (66%), nel 20% 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 2020 si segnalano anche aggressioni verso Operatori di sportello presso le strutture territoriali.

1.8 – Eventi violenza su operatore: triennio 2018 -2020

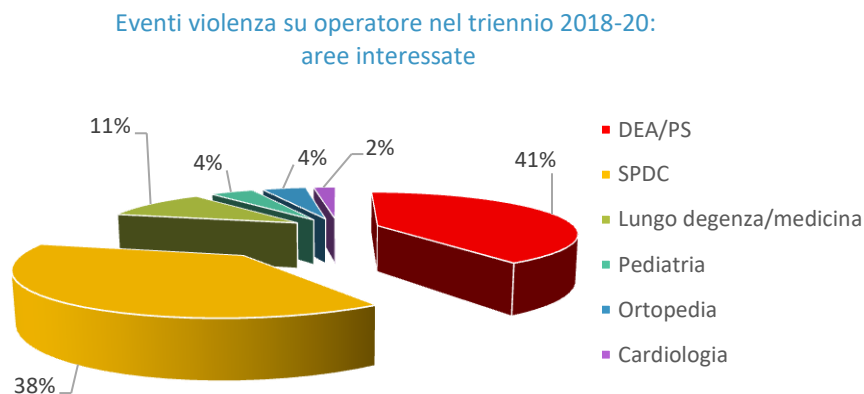


Figura 15

Il rilevamento triennale delle segnalazioni di Violenza su operatore conferma che le aree dove si verificano più frequentemente episodi di violenza verbale/fisica sono quelle dei Dipartimenti di Emergenza e Psichiatria.

1.9 - Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2020: ESITI

Il numero totale delle segnalazioni giunte è di n. 55 eventi, di cui n. 7 Eventi evitati e n. 48 Eventi avversi, che condividono le identiche cause. Per quanto concerne gli esiti dei 48 Eventi avversi verificatisi, il 55% non ha determinato conseguenze, nel 32% dei casi si sono verificati esiti lievi, nel 13% dei casi si sono verificati esiti di media gravità:

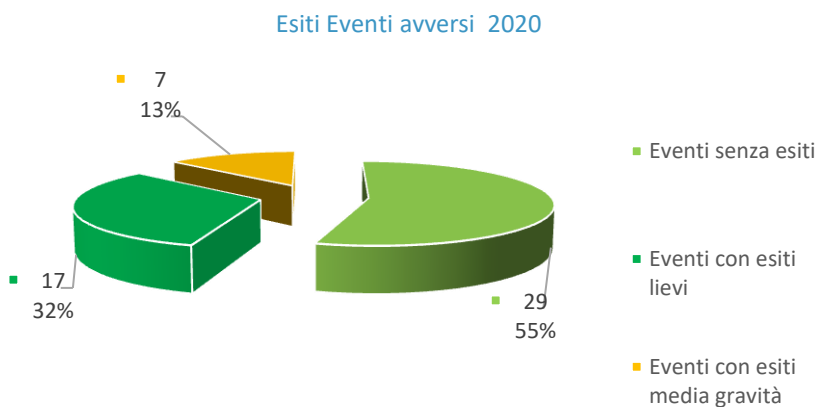


Figura 17-I 7 eventi con esiti di media gravità, (colore giallo) sono: 2 casi di mancata diagnosi di ictus e ima; 2 casi di fratture (mandibola e seno-mascellare) conseguenti a 2 episodi di violenza su operatore; 1 caso di traumatismo avulsione dentaria in manovra rianimazione; 1 caso di non adeguata presa in carico del fine vita; 1 caso di ritardata comunicazione di dati analitici a medici del DEA, le cui conseguenze sono in corso di accertamento.

2 - Speciale emergenza pandemica da COVID-19 - anno 2020

Per quanto concerne le segnalazioni di eventi avversi verificatesi in correlazione all'infezione da Sars-Cov2 nel 2020 merita sottolineare che, durante tale periodo, sono state sospese tutte le attività ordinarie per destinare gli operatori alle terapie intensive e subintensive e ai reparti COVID. Pertanto le segnalazioni COVID correlate (il 49%) sono pervenute in prevalenza da: DEA/PS e dalle strutture di Ostetricia – ginecologia.

Eventi evitati ed avversi correlati ad emergenza COVID 19

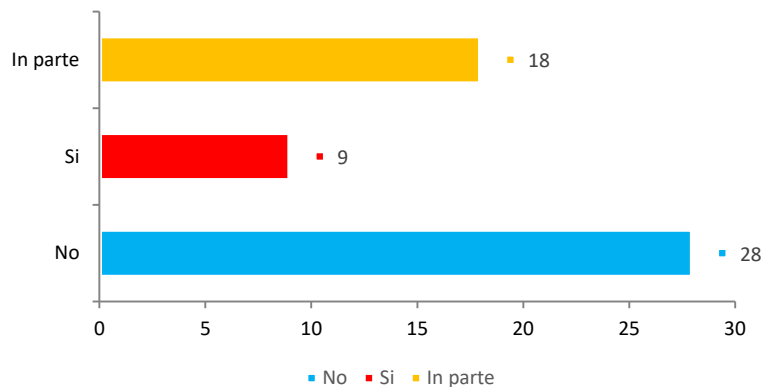


Figura 18

Il grafico evidenzia il numero di segnalazioni di eventi correlati all'emergenza pandemica, che costituiscono il 50% del totale delle segnalazioni ricevute.

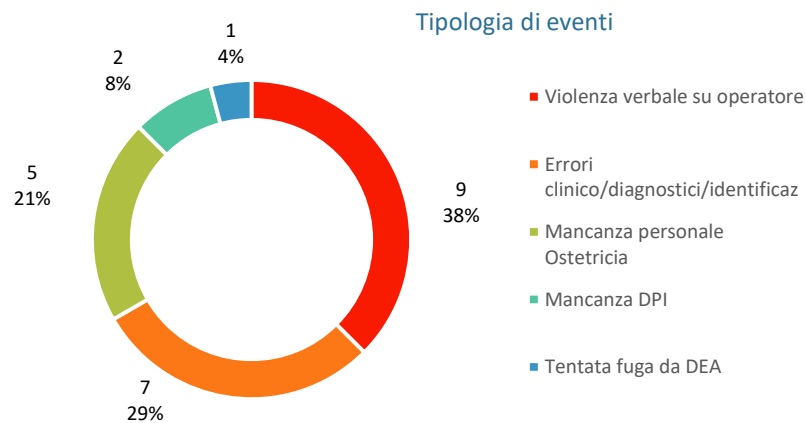


Figura 19

Il grafico evidenzia le categorie di eventi che sono stati segnalati in correlazione con l'emergenza COVID-19. E' da considerare che in fase di emergenza epidemica anche per il sovraccarico degli operatori ci sono state più segnalazioni di riferimento ad eventuali errori di valutazione clinico-diagnostica, e alle segnalazioni di carenza di personale in particolare nelle strutture di Ostetricia e Sala parto.

Aree dell'ASLTO4 dove si sono verificati gli eventi segnalati

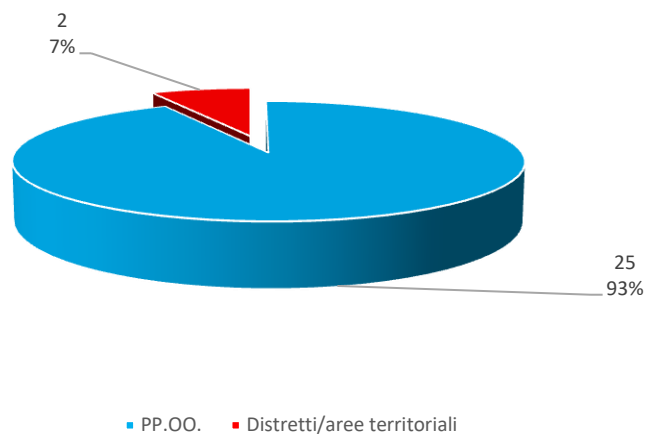


Figura 20

Il grafico evidenzia dove si sono verificati gli eventi segnalati: il 93% dei casi si è verificato nei Presidi Ospedalieri della ASLTO4, (nelle strutture di Medicina d’urgenza, Ostetricia / ginecologia e Reparti COVID); il 7% dei casi nelle strutture territoriali.

3 - Monitoraggio Cadute accidentali - anno 2020

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2020 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. Ciriè-Lanzo-Chivasso-Ivrea-Cuornégé.	402	289	95	18
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	15	8	4	3
RSA	57	40	14	3
Totale	474	337	113	24

Tabella D – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2020 a 31-12-2020

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/ Consulitori 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.

3.1 - Tasso di incidenza cadute nei PP.OO. ASLTO4 - triennio 2018-2020

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, risultano essere compresi nel range tra l'1,4-17,9%. Non si evincono nei singoli Presidi e nelle singole Aree Aziendali indici che superino lo standard di riferimento, i valori attestano ai limiti inferiori su tutti i Presidi.

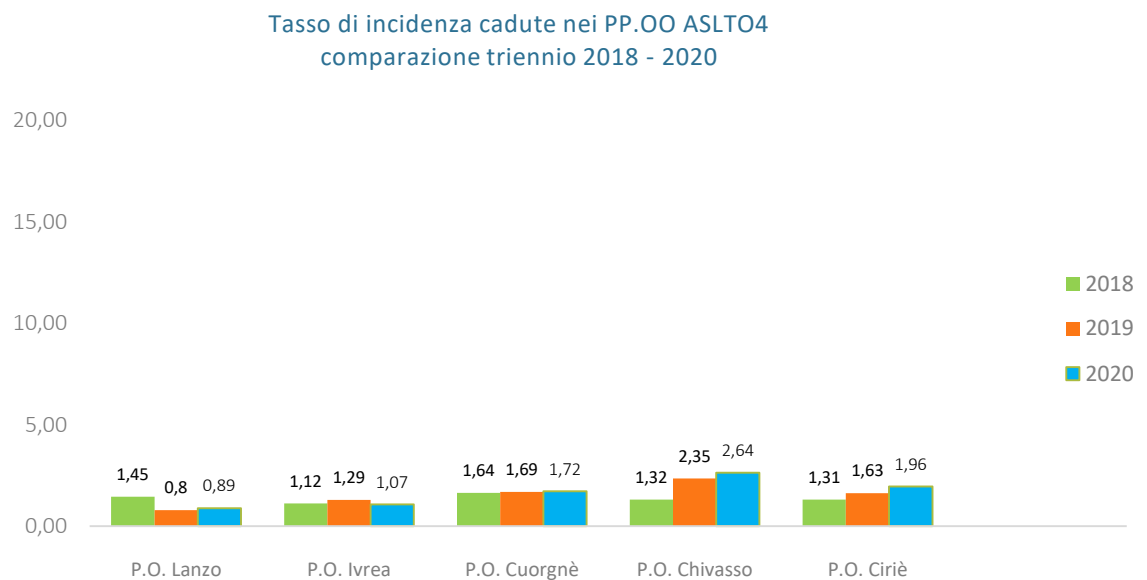


Figura 21

Tasso di incidenza cadute accidentali 2018 -2020 nelle strutture di degenza della ASLTO4, parametrato ai valori standard di riferimento della letteratura internazionale, che sono compresi tra 1,4% e 17,9%. Si rileva che il lieve aumento di segnalazioni non va valutato come dato negativo perché è indice della maggiore sensibilità alla segnalazione da parte degli operatori. Il dato è confermato dalle conseguenze che conferma che il management per la prevenzione delle cadute viene effettuato di routine.

3.2 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice - triennio 2018-2020

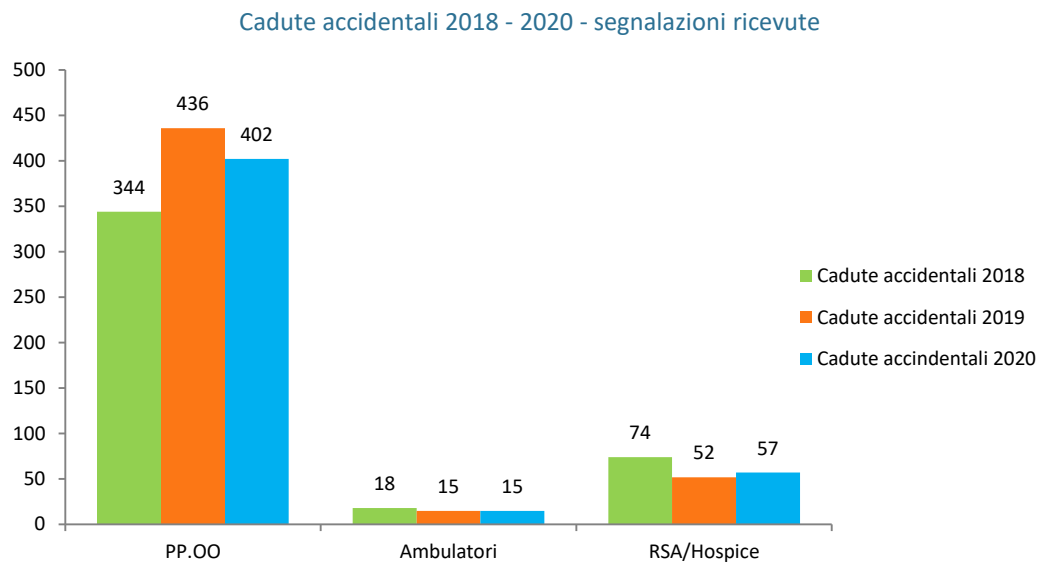


Figura 22 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 nel triennio 2018 -2020

3.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale - anno 2020

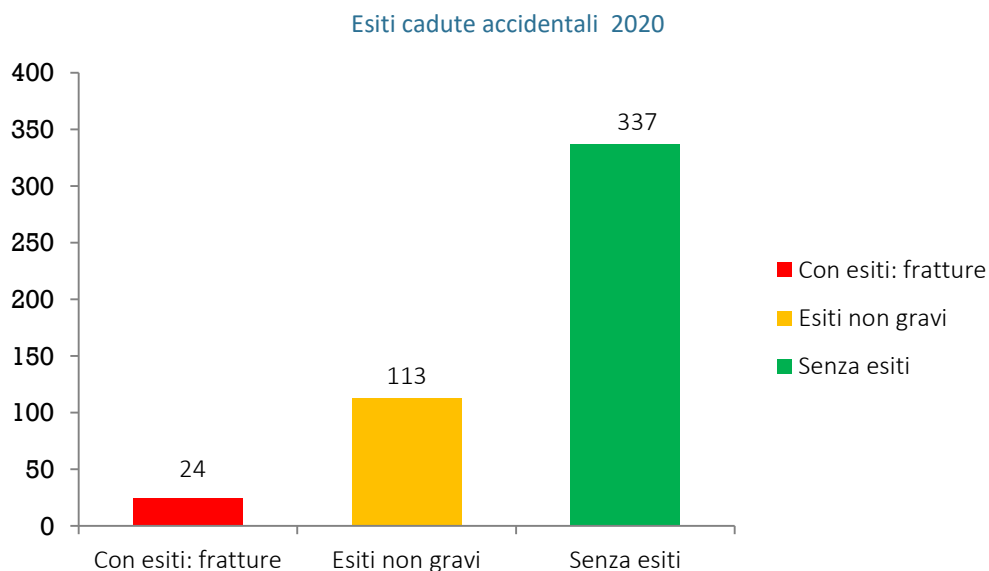


Figura 23 – Esiti degli episodi di cadute accidentali segnalate nel 2020.

3.4 – Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - triennio 2018 -2020

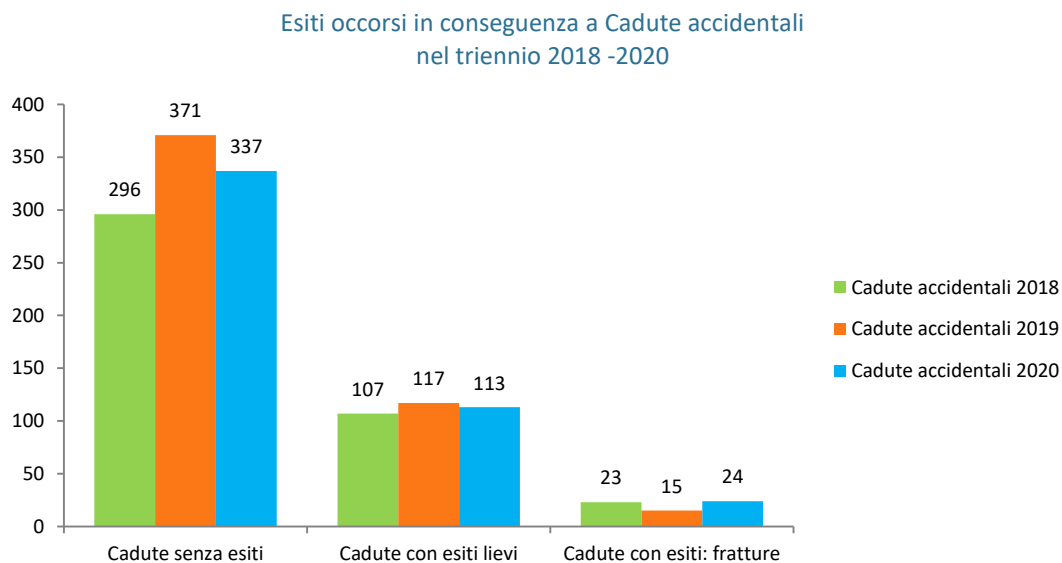


Figura 24 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2020 - Si evidenzia che il lieve aumento dei casi con esiti nel 2020 sono da ascrivere ai tanti anziani pluri-patologici e pazienti fragili, ricoverati in condizione di emergenza epidemiologica, in condizioni di isolamento e senza possibilità di assistenza di familiari /caregiver.

4 - Azioni di miglioramento

4.1 - Azioni proattive

Azioni di miglioramento per la Sicurezza delle cure in emergenza pandemica da COVID-19 nella ASLTO4	
<p>Azioni contestuali all' <u>EMERGENZA PANDEMICA</u></p>	<p>1 - Realizzato ad inizio emergenza VADEMECUM pubblicato on line e aggiornato in tempo reale, contenente tutte le disposizioni istituzionali e relativi aggiornamenti per diramare in tempo reale procedure univoche a tutto il personale dell'area sanitaria, amministrativa e tecnica.</p> <p>2 - Elaborata procedura per l'acquisizione del consenso informato per l'uso off label di idrossiclorochina per i pazienti a domicilio affetti da COVID 19.</p> <p>3 - Elaborata e attivata piattaforma digitale di Telemedicina Clinical Folder per garantire l'assistenza domiciliare a distanza delle Persone Assiste con diagnosi di COVID 19, da parte delle USCA.</p> <p>4 - Attivato sistema di Telerefertazione E.E.G da remoto nell'ambito dell'area della Neurologia e della Neuropsichiatria infantile.</p> <p>5 - Effettuata assistenza in Telemedicina nei seguenti ambiti: cardiologico, pneumologia, diabetologia, terapia anticoagulante orale, rete vulnologica. enterostomia, servizio di riabilitazione funzionale, Serd, ginecologia e ostetricia.</p> <p>6 - Realizzata nuova versione sito intranet S.C. Risk Management, con sistematizzazione organizzata di aree progettuali, modulistica, sistemi di segnalazione, documentazione istituzionale, reportistica, per garantire agli operatori facilità di accesso per reperimento informazioni e procedure operative.</p> <p>7 - Si è predisposto nel modulo di segnalazione eventi avversi anche l'opzione Evento correlato ad emergenza COVID, onde poter meglio comprendere le cause da cui scaturiscono gli episodi di violenza verbale e fisica, che sono nella maggioranza dei casi agite da Persone Assiste portatrici di disagio psichico e disturbi cognitivi, e da loro congiunti in conseguenza a situazioni di stress psico-emozionale.</p> <p>8 - Attività di supporto psicologico a degenti, parenti e persone assistite in ospedale e sul territorio. Grazie al servizio di psicologia clinica si è attivato un servizio per l'assistenza psicologico destinato a pazienti e familiari, attraverso video-chiamata.</p> <p>9 - Attività di consulenza e supporto in emergenza pandemica ai professionisti sanitari e all'Unità di Crisi aziendale.</p>
<p>Procedure per l'<u>UMANIZZAZIONE DELLE CURE</u> e la prevenzione della <u>VIOLENZA SU OPERATORE</u></p>	<p>Il periodo di emergenza pandemica che ha implicato l'isolamento per i ricoverati al fine di evitare il rischio di contagio da Sars COV2, e l'impossibilità da parte dei congiunti di visitare i propri cari, ha causato criticità con conseguente aumento di casi di violenza nei confronti degli operatori, e una regressione rispetto agli sforzi effettuati in questi anni per garantire l'umanizzazione delle cure. Al fine di favorire il contatto tra persone assistite in tutte le strutture di degenza, e familiari l'ASLTO4 ha diramato agli operatori procedure atte a consentire l'utilizzo di dispositivi per le VIDEO-CHIAMATE assistite tra degenti e parenti.</p>

4.2 - Azioni reattive

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>1 - Elaborato opuscolo guida per la corretta movimentazione dei carichi con utilizzo di sollevatore, in conseguenza a scivolamento paziente da mal posizionamento imbragatura.</p> <p>2- Elaborata per SPDC P.O. Ciriè nuova documentazione infermieristica, finalizzata alla prevenzione della caduta accidentale nel locale docce comuni del reparto. Tale procedimento consente di documentare la valutazione delle condizioni psicofisiche della P.A. in particolare con riferimento alla sua autonomia.</p> <p>3 – E' in via di completamento il piano aziendale per la fornitura di letti elettrici che permettono il movimento in relazione al piano: consegnati alla S.C. Chirurgia del P.O. di Ivrea n. 27 letti.</p>
Azioni di miglioramento per prevenire la <u>PERDITA CAMPIONI ISTOLOGICI</u>	<p>Si è provveduto a definire tutte le fasi del trasporto del campione istologico dal prelievo sino alla consegna del campione alla S.C. di Anatomia Patologica, identificando le aree di criticità. Si sono individuate azioni correttive atte ad evitare la perdita dei campioni istologici, attualmente in valutazione dei Direttori e Responsabili di Struttura per la loro effettiva implementazione.</p>
Azioni di miglioramento per la prevenzione degli <u>ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA</u>	<p>Le segnalazioni pervenute evidenziano che gli errori in terapia farmacologica sono prevalentemente errori di somministrazione, che non hanno determinato conseguenze. L'analisi delle cause dichiarate hanno evidenziato errori prevalentemente correlati allo stress, ai carichi di lavoro e alla situazione di emergenza pandemica. L'azione di miglioramento è condizionata al recupero di risorse di personale di comparto e medico che attualmente rappresenta una criticità che persiste.</p>
Azioni di miglioramento <u>SICUREZZA MATERNO INFANTILE</u>	<p>Elaborata Checklist per la Sicurezza del neo-nato sicuro con allegata modulistica per i diversi setting assistenziali, e istruzione operativa. Attivata sperimentazione in tutte le strutture materno infantili.</p> <p>Le Checklist e le schede sono codificate, affinché l'operatore possa rifornirsi a magazzino attraverso sistema OLIAMM.</p>
Azioni di miglioramento Sicurezza ambito <u>FARMACIA GALENICA</u>	<p>Elaborata con l'ufficio tecnico la procedura d'emergenza in caso d'improvvisa mancata erogazione di energia elettrica, al fine di salvaguardare i farmaci, custoditi nei locali della Farmacia Galenica; farmaci che necessitano di refrigerazione a temperatura costante anche in caso di esaurimento gruppo elettrogeno d'emergenza.</p>
Azioni di miglioramento per la <u>prevenzione di ERRORI DIAGNOSTICI e DIMISSIONE INCAUTE IN DEA</u>	<p>E' stato inviato alla Direzione Sanitaria il report delle segnalazioni pervenute dal DEA del P.O. di Ivrea. Su tali eventi è stata richiesta al Direttore del MECAU una analisi dei casi segnalati come eventi avversi, per una loro adeguata classificazione con individuazione delle cause che li hanno determinati. L'attività di approfondimento interna ha individuato una serie di cause inerenti aspetti di benessere organizzativo e clima lavorativo (anche segnato dall'emergenza pandemia), turnover di medici gettonisti, si sono sollecitati interventi risolutivi su personale e sull'organizzazione al Direttore di Struttura.</p>
Azioni di miglioramento per la <u>PREVENZIONE FUGA DA REPARTO WANDERING</u>	<p>La soluzione è rappresentata dall'utilizzo dei braccialetti a radiofrequenza per i pazienti a rischio di allontanamento inconsapevole 'wandering', a causa delle compromesse condizioni cognitive della persona assistita. Utilizzando dunque un'apposita strumentazione, senza alcuna limitazione al movimento della persona assistita all'interno del reparto, è possibile prevenire improvvisi tentativi di allontanamento, garantendo ai pazienti e alle loro famiglie maggiori condizioni di sicurezza durante il ricovero in ospedale e riducendo anche lo stress e l'impegno del personale". Purtroppo mancano i fondi per tale progetto.</p>

<p><u>Azioni di miglioramento per la TUTELA DELLA SICUREZZA DEGLI OPERATORI da episodi di VIOLENZA SU OPERATORE.</u></p>	<p>A seguito di segnalazioni di episodi di violenza su operatori in strutture territoriali (SERD-GUARDIA MEDICA-AMBULATORI) le azioni intraprese sono:</p> <p>1-proposta a Direzione Strategica di prevedere, anziché il Guardinaggio, l'organizzazione di un Servizio di vigilanza armata con Centrale Operativa di Vigilanza pronta ad intervenire con pattuglia in caso di emergenza; dotare di allarmi nascosti le postazioni di lavoro a rischio, che attivino tramite CPO le guardie armate o le forze dell'ordine; dotare di dispositivi di allarmi perimetrali locali; dotare di allerta a porte di ingresso; dotazione di telecamere esterne e interne;</p> <p>2-Attivazione di specifici sopralluoghi di SPP aziendale nelle strutture a rischio per individuazione di specifiche azioni di miglioramento strutturale.</p> <p>3-sollecito a Ufficio Legale per dare disposizioni ai Direttori e Responsabili di Struttura, circa la corretta applicazione della Legge n. 113/14 agosto 2020.</p>
---	--

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)



