



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione 2021

Eventi evitati, avversi, sentinella

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 quadriennio 2018-2021	8
1.1 – Segnalazioni Eventi evitati 2021	8
1.2 – Segnalazioni Eventi avversi 2021	9
Tabella B.....	10
1.3 – Segnalazioni Eventi sentinella 2021	11
Tabella C	11
1.4 – Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - anno 2021.....	12
1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati/avversi/sentinella quadriennio 2018-2021	13
1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2021.....	14
1.7 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2021	15
1.8 - Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2021: ESITI.....	17
2 - Speciale emergenza pandemica da COVID-19 - anno 2021	18
2.1 - Altri eventi occorsi segnalati alla S.C. Risk management	19
3- Monitoraggio Cadute accidentali	20
3.1 Cadute accidentali 2021	20
3.2 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice da 2018 a 2021	21
3.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale - anno 2021	21
3.4 – Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - da 2018 a 2021	22

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-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 2021 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 2021, 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 2021.

1 - Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella quadriennio 2018-2021

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 1-01-2021 a 31-12-2021.

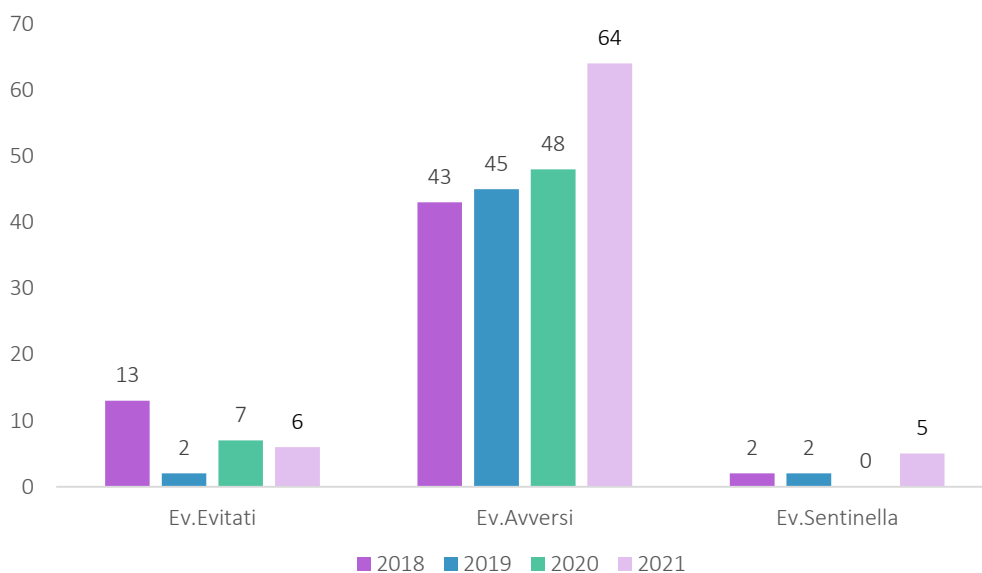


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS, RSA e Hospice della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web.

1.1 – Segnalazioni Eventi evitati 2021

EVENTI EVITATI ANNO 2021 – tot. 6				
N.6 EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	AREA DI APPARTENENZA
4	Evitato strumento o altro materiale lasciato nel sito chirurgico	Confezionamento delle garze da parte della ditta non conformi.	Segnalazione a farmaco – vigilanza. Ritirato lotto e sostituito.	N.3-Sala operatoria P.O. CIRIE' N.1-Sala Operatoria P.O. IVREA
2	Evitato errore su campioni di laboratorio/istologici	Non adeguato tracciamento campione.	Sollecitata applicazione procedura di tracciamento campioni durante trasporto.	N.1-Neurologia P.O. CIRIE'
		Errore etichetta su campione istologico.	Sollecitata applicazione procedura di controllo etichettatura campioni in sede di prelievo.	N.1-An. patologica P.O. IVREA

Tabella A – Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2021 a 31-12-2021.

1.2 – Segnalazioni Eventi avversi 2021

EVENTI AVVERSI ANNO 2021 – tot. 66				
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	AREA DI APPARTENENZA
2	Errata identificazione pz.	Anagrafica non corretta su FSE	Sollecitata corretta applicazione procedure	S.C. An. Pat. Ivrea
		Errore selezione anagrafica Pz.	Sollecitata corretta applicazione procedure	Centro Prelievi Amb. Ivrea
1	Errata trascrizione dati C.C.	Errata trascrizione da parte operatore causa errore umano	Sollecitata corretta applicazione procedura con doppio controllo	S.C. Nido Chivasso
3	Campioni non pervenuti	Campione np da S.O. Ivrea	Elaborata procedura di sistema tracciabilità campione.	S.C. An.Pat. Ivrea
		Richiesta di accertamento su liquor da Rian. CH np ad Amedeo Savoia	Sollecito applicazione procedura interaziendale per tracciabilità campioni	Esame presso Lab. analisi Amedeo Savoia
		Prelievo np liquor da Neurologia a lab. Analisi Ciriè.	Attivato registro per tracciabilità campioni	Esame presso Lab. analisi Ciriè
12	Eventi clinico-assistenziali	Mancata prescr. parametri NIV	Disdetto appalto con Cooperativa medici	DEA P.O. Ciriè
		Mancata passaggio informazioni tra operatori	Sollecitata applicazione consegne tra operatori	DEA P.O. Ciriè
		Ritardo medico su pz. codice rosso	Disdetto appalto con Cooperativa medici	DEA P.O. Ciriè
		Non eseguito tampone molecolare	Sollecitata applicazione procedura aziendale pz. Covid	P.S. P.O. Cuorgnè
		Ritardata richiesta di consulenza cardiologica	Effettuata istruttoria e richiesto audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
		Incongrua valutazione cardiologica	Effettuata istruttoria e richiesto audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
		Ritardo richiesta TAC	Effettuata istruttoria e richiesto audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
		Ritardo richiesta TAC	Effettuata istruttoria e richiesto audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
		Dimissioni incaute	Effettuata istruttoria e richiesta audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
		Dimissioni incaute	Effettuata istruttoria e richiesto audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
		Dimissioni incaute	Effettuata istruttoria e richiesto audit clinico ai responsabili DEA	DEA P.O. Ivrea
1	Evento avverso neonatale	Allergia bracc. identificativo	Causa imprevedibile non imputabile a operatori	Pediatria P.O. Ciriè
		Non eseguito screen. metabolico	Sollecitata l'applicazione della specifica procedura aziendale	Nido P.O. Chivasso

5	Eventi in somministrazione vaccino	19 utenti a cui somministrato Astrazeneca invece che Pfizer	Audit e monitoraggio dei soggetti vaccinati	Centro vaccinale Nole Canavese
		Mancaza carrello emergenza	Richiesta applicazione delle specifiche procedure aziendali	Punto vaccinale personale P.O. Ivrea
		Doppia somm. a stesso utente	Sollecito applicazione procedure idonee	Punto vaccinale Cuornè
		Doppia somm. a stesso utente	Sollecito applicazione procedure idonee	Punto vaccinale Rivarolo
		Usato stesso ago per 2 pz.	Sollecito applicazione procedure idonee	Farmacia Zan - Rivarolo
35	Violenza verbale/fisica su operatore (vedi focus in questa relazione a p. 15)	26% tempi attesa 26% infr. Regole 26% disagio psichico 21% abuso sostanze 27% comunicazioni/inf. non corrette/disservizi 15% disabilità cognitive 12% stress e dolore fisico	Sollecitata applicazione delle procedure aziendali e corso di formazione per gli operatori	11 P.O. Ciriè 03 P.O. Chivasso 01 P.O. Cuornè 04 P.O. Ivrea 01 Amb. Chivasso 02 USCA Castellamonte 01 Amb. Ciriè 01 Poliamb. Ivrea 11 Serd Rivarolo
1	Danni imprevisti a seguito manovre invasive	Emoftoe in agobiopsia transtoracica	Evento non prevedibile e immediatamente risolto	S.C. Radiologia P.O. Ivrea
1	Allontanamento da reparto	Fuga da reparto	Evento non prevedibile ma prontamente gestito dagli operatori	S.C. Spdc P.O. Ivrea
3	Limitazioni non congrue delle visite in emergenza pandemica	Limitazione visite	Sollecito applicazione disposizioni Dirmei e aziendali	S.C. DEA P.O. Ivrea
		Limitazione visite	Sollecito applicazione disposizioni Dirmei e aziendali	S.C. Cardiologia P.O. Ivrea
		Limitazione visita	Sollecito applicazione disposizioni Dirmei e aziendali	S.C. Rianimazione P.O. Ciriè
2	Trauma da incidente involontario	Caduta asta Fleboclisi	Evento non prevedibile senza conseguenze pz.	S.C. Lungodegenza P.O. Cuornè
		Caduta Pz. in manovre passaggio da carrozzina a lettino	Evento accidentale senza conseguenze pz e non attribuibile a manovre incongrue degli operatori	S.C. Radiologia P.O. Ciriè

Tabella B – Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2021 a 31-12-2021.

1.3 – Segnalazioni Eventi sentinella 2021

EVENTI SENTINELLA ANNO 2021 n. 2				
NUMERO EVENTO n. progressivo SIMES Regionale	AREA Es.S.C./Dipartimento Ortopedia, Ostetricia, ecc...	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI AZIONE	SCHEDA DI MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE
451	S.C. Spdc P.O. Chivasso-02/11/2021	Tentato suicidio paziente - COMA	In itinere procedura prevenzione suicidio	Inserita SCHEDA A
452	S.C. Spdc P.O. Ciriè-13/11/2021	Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente	Fuga da reparto con incidente e politrauma. Sollecitato miglioramento delle infrastrutture per rendere inaccessibili ai pz. aree tecniche. Sollecitata procedura presa in carico pz fragili con attenzione all'umanizzazione delle cure.	Inserita SCHEDA A

Tabella C – Elenco dei casi di Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2021 a 31-12-2021.

1.4 – Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - anno 2021

Le segnalazioni sono suddivise secondo l'elenco stilato dal Ministero della Salute: TOTALE EVENTI N. 74



Figura 2 - Quadro riassuntivo del numero di segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2021 presso i PP.OO. e Distretti territoriali della ASLTO4.

1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati/avversi/sentinella quadriennio 2018-2021

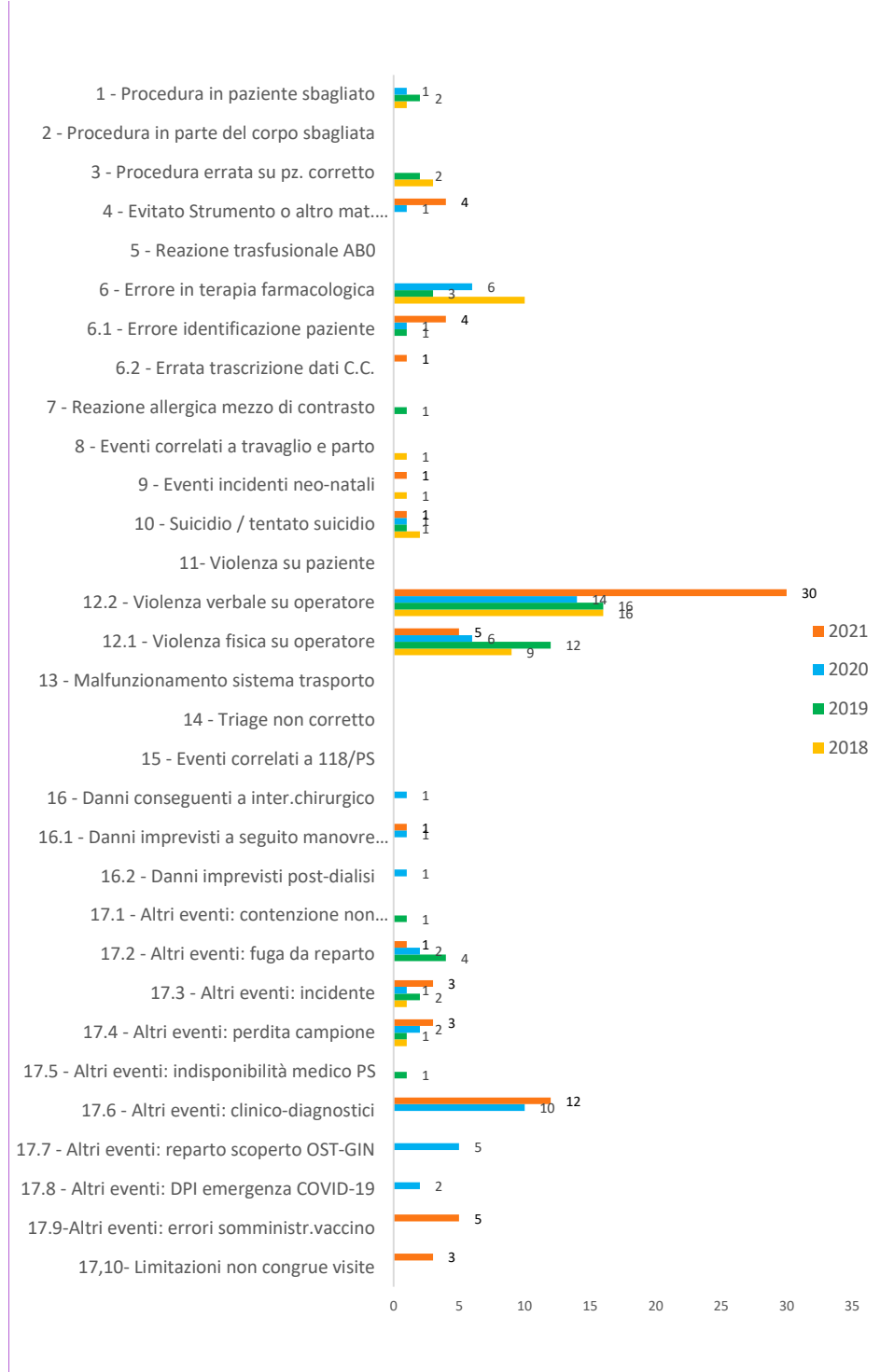


Figura 3 – Il grafico evidenzia l'andamento del numero di segnalazioni di eventi evitati, avversi e sentinella verificatesi nel quadriennio 2018 (color giallo) – 2019 (color verde scuro) e 2020 (color blue) e nel 2021 (color arancio). Si evidenzia un incremento cospicuo di episodi di violenza verbale, di eventi clinico-assistenziali, di eventi connessi con emergenza pandemica: somministrazione vaccini e limitazioni accessi nelle strutture sanitarie.

1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2021

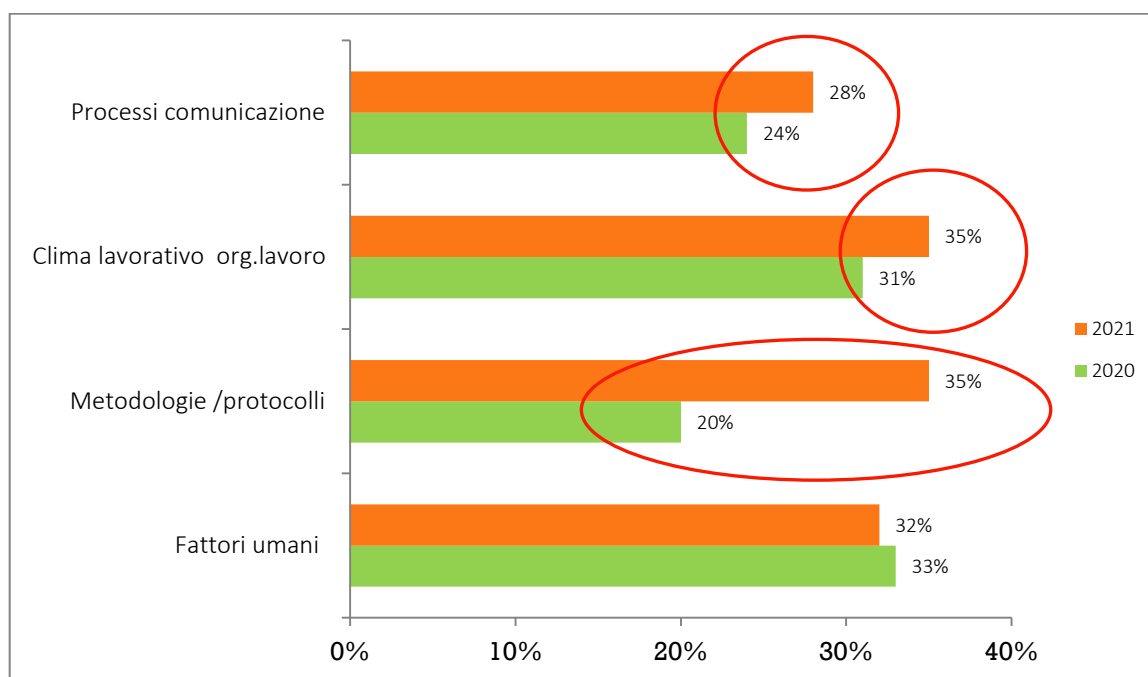


Figura 4 – Il grafico rappresenta in percentuale tutte le cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati nel 2020 e 2021. Si evidenzia che nel 2021 sono aumentate le cause di eventi attribuibili a metodologie e protocolli (+ 15%) clima e organizzazione lavoro (+4%), processi di comunicazione (+ 4%).

1.7 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2021

Il sistema di segnalazione Eventi evitati/avversi prevede un percorso specifico di segnalazione dell'evento Violenza verbale e fisica su operatore. Nel 2021 gli operatori hanno segnalato 35 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore.



Figura 5

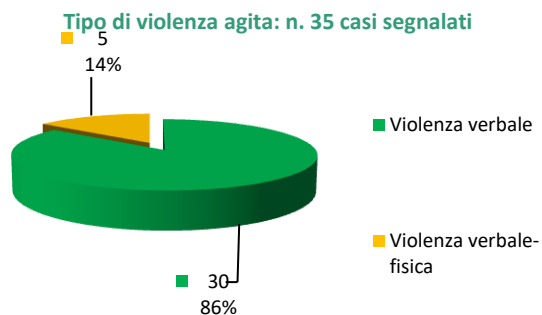


Figura 6

Il 54% delle segnalazioni di violenza verbale o fisica a danno di operatori è giunto dai PP.OO; il 46% 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 l'86% episodi di sola violenza verbale, nel 14% dei casi si tratta di episodi di violenza verbale e fisica rivolta verso ambiente e/o persone.

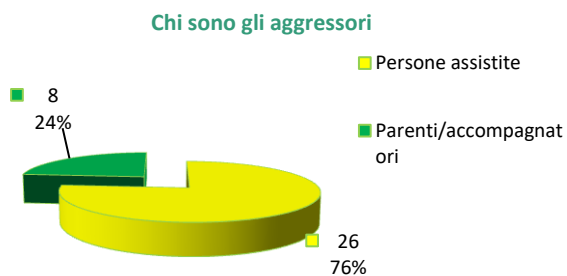


Figura 7

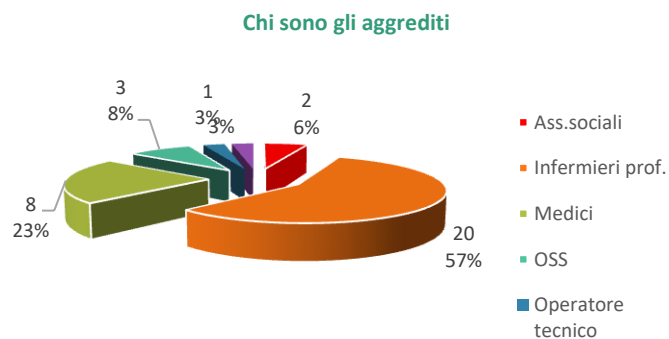


Figura 8

I soggetti che hanno agito atti di violenza verbale o fisica contro operatori sanitari sono Persone assistite nel 76% dei casi, il restante 24% degli aggressori è rappresentato da parenti o accompagnatori di Persone assistite.

Le categorie degli operatori sanitari aggrediti sono nella maggioranza dei casi Infermieri, OSS, Ass. sociali e operatori tecnici (77%), nel 23% dei casi le aggressioni verbali o fisiche sono state rivolte contro il personale medico.

Cause che hanno determinate l'episodio di violenza verbale/fisica biennio 2020-2021

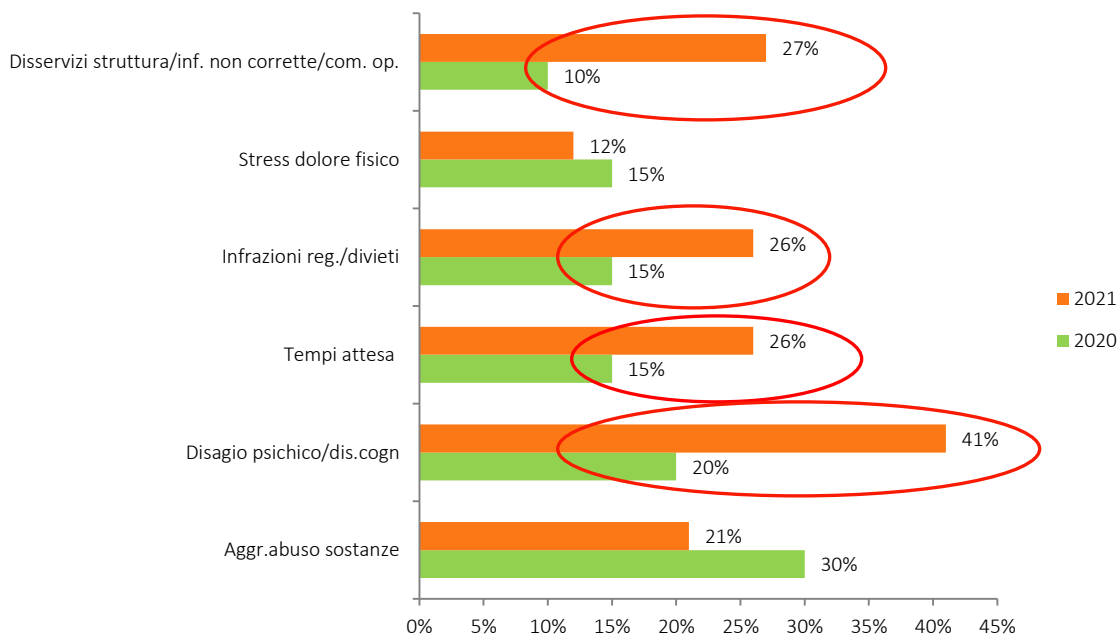
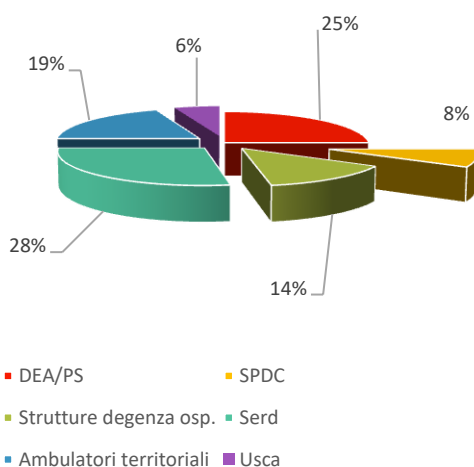


Figura 13 - Uno specifico item della scheda di monitoraggio sugli episodi di violenza verbale e fisica subiti dagli operatori, chiede ai professionisti di indicare le presunte cause scatenanti la violenza, (inserendo più di una opzione). Rispetto al 2020 sono aumentate le cause scatenanti violenza in relazione a disservizi, informazioni non complete o corrette, comunicazioni con operatori (+17%); a tempi di attesa (+11%); a soggetti portatori di disagio psichico/dis. cognitive (+21%); infrazioni a regole/divieti (+11%). Si conferma nel 2021 il dato che in circa l'74% dei casi di violenza verbale/fisica, le cause dipendono da disservizi, o da caratteristiche della patologia dell'utenza e solo nel 26% dei casi le cause sono da attribuire ad aggressività/prepotenza/pretese infondate/non rispetto delle regole da parte dell'utenza.

Eventi violenza su operatore 2021: aree interessate



Violenza su operatore 2021: danni a persone e cose

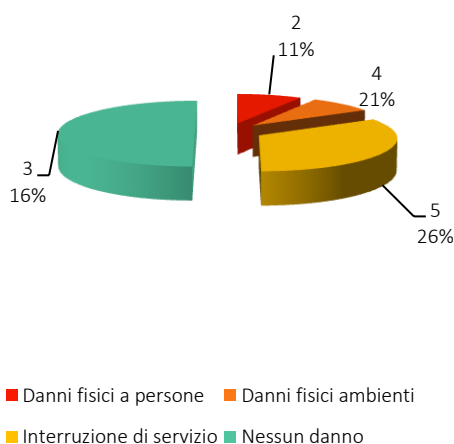


Figura 14 - Il 46% delle segnalazioni inerenti episodi di violenza su operatore è giunto dai dipartimenti di emergenza, e dalle strutture di degenza ospedaliera. Il restante 54% riguarda segnalazioni giunte dai Distretti territoriali. Per quanto concerne le segnalazioni del SERD si rileva che sono inerenti ad accessi ripetuti di stesso utente con problematiche di abuso sostanze.

Figura 15 - il grafico evidenzia i danni conseguenti a episodi di violenza su operatore. I segnalanti hanno indicato più di una conseguenza dell'episodio subito: nell' 11% delle segnalazioni sono stati indicati danni a persone; nel 21% dei casi danni ad ambienti e nel 26% dei casi si sono verificate interruzioni di servizio.

1.8 - Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2021: ESITI

Il numero totale delle segnalazioni giunte è di n. 74 eventi, (di cui n. 6 Eventi evitati e n. 66 Eventi avversi, 2 Eventi sentinella) i cui esiti sono:

- n. 6 eventi senza esiti (colore verde chiaro);
- n. 58 eventi con esiti lievi (colore verde scuro);
- n. 6 eventi con esiti di media gravità, (colore giallo) sono: 3 traumi conseguenti a violenza fisica su operatore; 1 ricovero Utic conseguente a ritardata richiesta esami diagnostici; 2 ricoveri rianimazione conseguenti a ritardata richiesta di esami diagnostici; 1 emottisi non prevedibile a seguito di biopsia;
- n. 3 eventi con esito grave/morte, (colore rosso) sono: 1 tentato suicidio in SPDC con coma, un incidente in tentativo di fuga da SPDC con politrauma; 1 decesso in dimissioni DEA (caso in corso di valutazione).

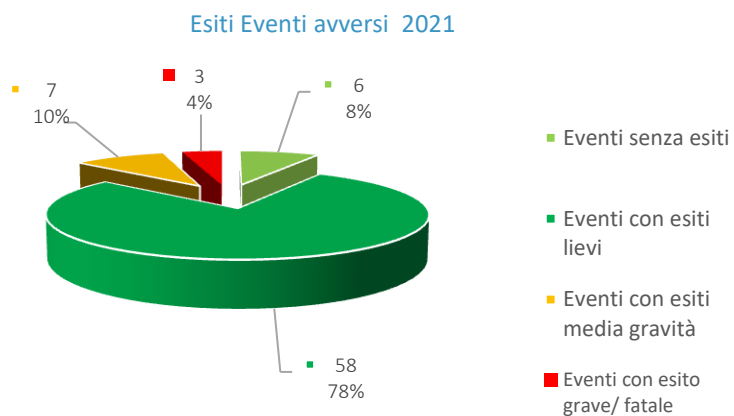


Figura 16 – Stratificazione degli esiti dei 74 Eventi evitati, avversi e sentinella segnalati nel 2021.

2 - Speciale emergenza pandemica da COVID-19 - anno 2021

Per quanto concerne le segnalazioni di eventi avversi verificatesi in correlazione all'infezione da Sars-Cov2 nel 2021 le segnalazioni COVID correlate (il 24%) sono pervenute sia dai Presidi Ospedalieri (DEA/PS e reparti di degenza), sia dai Distretti territoriali (centri vaccinali, USCA e poliambulatori territoriali).

Eventi evitati ed avversi correlati ad emergenza COVID 19

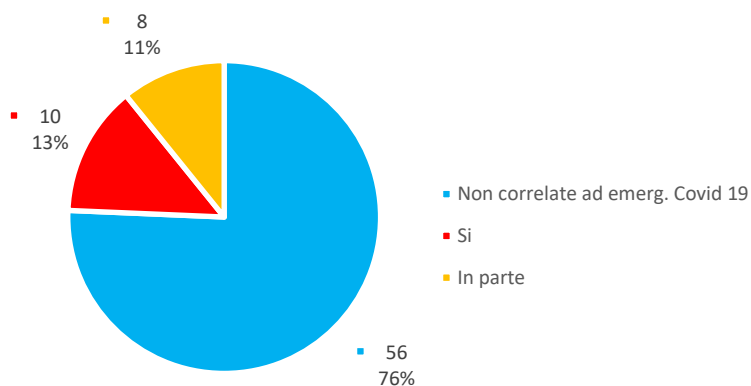


Figura 18

Il grafico evidenzia il numero di segnalazioni di eventi correlati all'emergenza pandemica (n. 18 segnalazioni), che costituiscono il 24% del totale delle segnalazioni ricevute.

Tipologia di eventi correlati ad emergenza pandemica n. 18

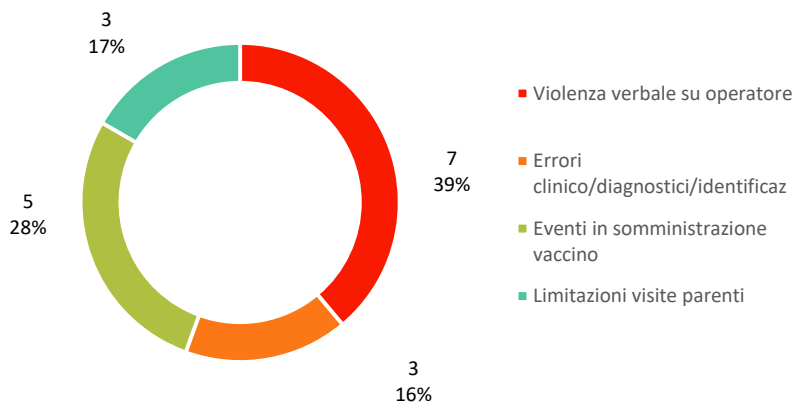


Figura 19

Il grafico evidenzia le categorie di eventi che sono stati segnalati in correlazione con l'emergenza COVID-19. Si segnala qui che gli episodi di violenza verbale su operatore (39%) sono correlati a cause inerenti mancate comunicazioni con parenti di degenti e/o limitazioni a visite, mentre il 17% delle segnalazioni ha avuto come causa una limitazione alle visite a parenti non congrua con le disposizioni DIRMEI e aziendali. Gli eventi clinico-diagnostici sono correlati alla carenza di personale e all'iperafflusso in fasi di ondata epidemologica; gli eventi inerenti la somministrazione di vaccini sono altresì da correlare all'iperflusso delle campagne vaccinali intraprese da gennaio 2021.

2.1 - Altri eventi occorsi segnalati alla S.C. Risk management

Nel 2021 sono giunte n. 23 segnalazioni di eventi riferiti a Personale insufficiente (n. 11), clima e benessere organizzativo (4), barelle e carrozzine insufficienti (2) carenze strutturali, blocco ascensore, tempi attesa dea, criticità sistemi Ellipse DEA (6) che la S.C. Risk management ha inoltrato alle strutture competenti per le azioni di miglioramento opportune.

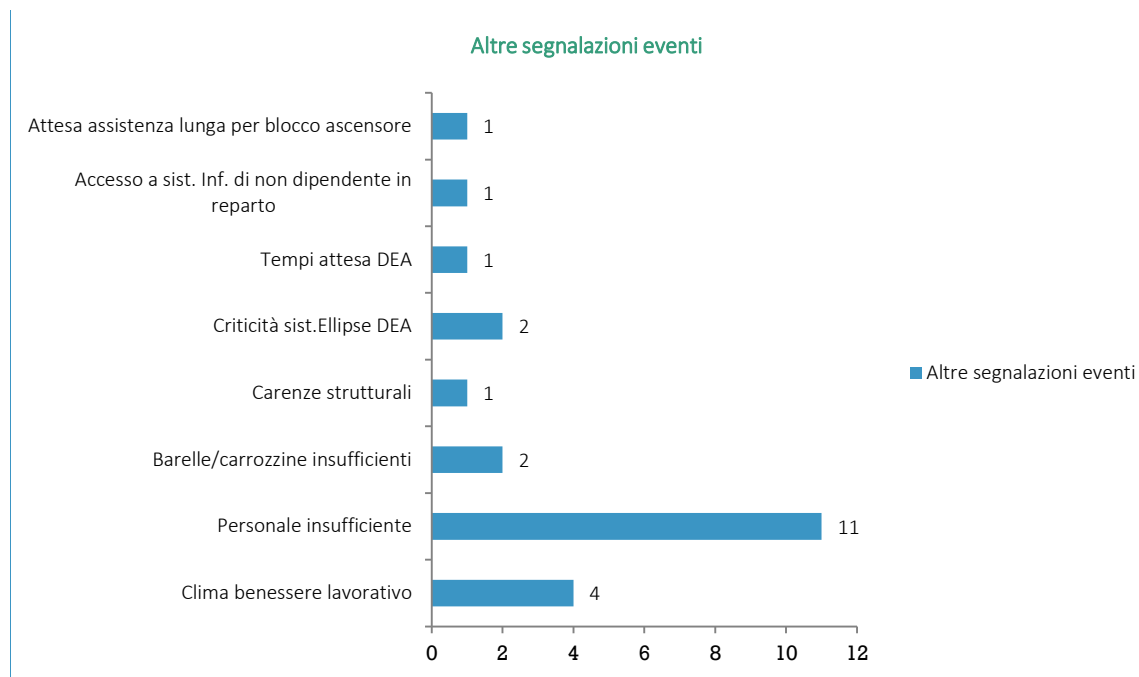


Figura 20 – Categorizzazione delle 23 segnalazioni ricevute impropriamente attraverso la piattaforma di Incident Reporting, inerenti criticità generali di tipo organizzativo, gestionale, tecnico.

3- Monitoraggio Cadute accidentali

3.1 Cadute accidentali 2021

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2021 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.	500	383	101	16
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	6	3	3	/
RSA	22	19	2	1
Totale	528	405	106	17

Tabella D – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2021 a 31-12-2021

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 D presenta i dati aggregati relativi al numero di segnalazioni ricevute per l'evento caduta accidentale, in relazione alla sede di accadimento e agli esiti occorsi in seguito all'evento caduta.

3.2 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice da 2018 a 2021

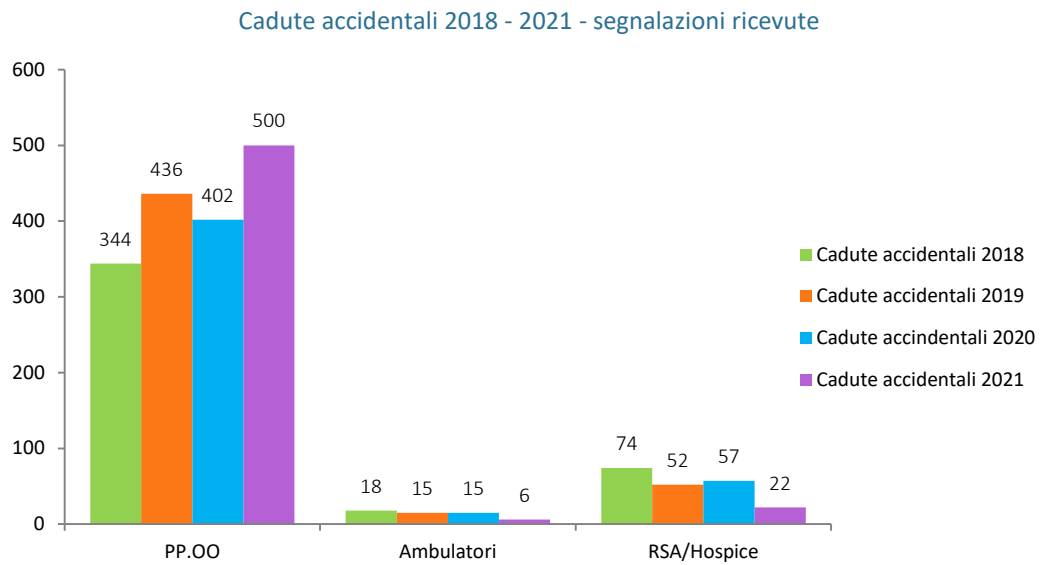


Figura 21 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 da 2018 a 2021.

3.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale - anno 2021

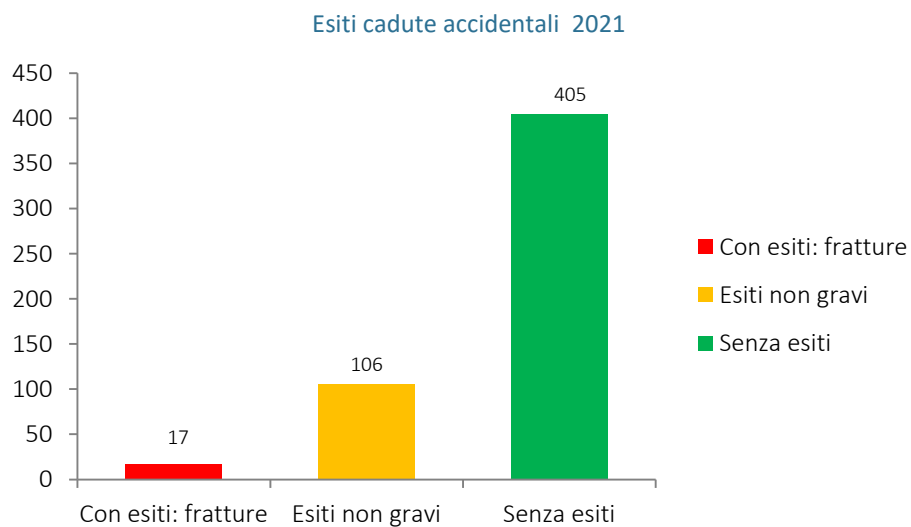


Figura 22 – Esiti degli episodi di cadute accidentali segnalate nel 2021.

3.4 – Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - da 2018 a 2021

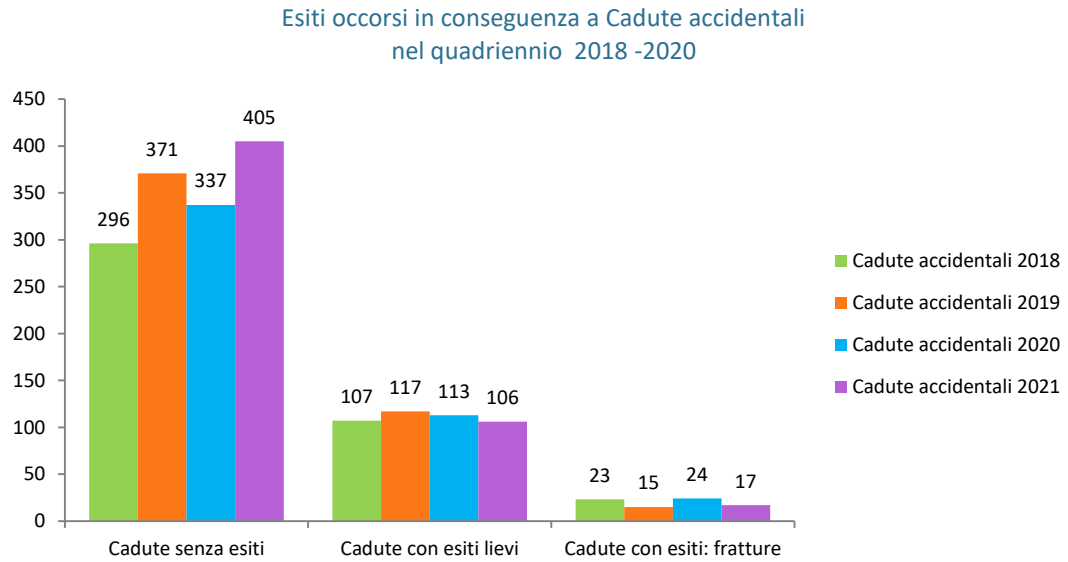


Figura 23 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2021 - Si evidenzia che l'aumento delle segnalazioni ricevute di cadute accidentali nel 2021 non è correlato ad un incremento di esiti lievi o gravi che infatti diminuiscono rispetto al 2020, nonostante siano state inoltrate più segnalazioni.

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)

