



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione 2023

Eventi evitati, avversi, sentinella

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



S.C. RISK MANAGEMENT ASLT4
Direttore dott.ssa Vincenza Palermo

31 gennaio 2024

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 aziendale.

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

Sommarario

Introduzione.....	4
1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2023	8
1.1 – <i>Dati aggregati quinquennio 2018-23</i>	8
1.2- <i>Segnalazioni Eventi evitati 2023.....</i>	9
1.3 - <i>Segnalazioni Eventi avversi 2023</i>	11
1.4 - <i>Segnalazioni Eventi sentinella 2023</i>	13
1.5 - <i>Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2023.....</i>	14
1.6 - <i>Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2020-2023</i>	15
1.7 – <i>Esiti relativi agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2023 – n. 76 eventi</i>	16
1.8 - <i>Segnalazioni anonime utenti</i>	17
2 - Focus sull’evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2023	18
2.1 – <i>Sistema di segnalazione attivato nel 2023</i>	18
2.2 - <i>Cause che hanno determinato gli episodi di violenza verbale-fisica</i>	19
3 - Cadute accidentali anno 2023.....	21
3.1 - <i>Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2023</i>	22
3.2 - <i>Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2023.....</i>	22
3.3 - <i>Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2023.....</i>	23
3.4 - <i>Tasso di incidenza cadute anni 2018- 2022 (2023 dato non ancora disponibile).....</i>	23
3.5 - <i>Azioni di miglioramento.....</i>	24

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 2023.

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 e il report sulle segnalazioni di violenza verbale e fisica su operatore effettuata ai sensi della Legge 14 agosto 2020 n.113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni";

Il report sulle segnalazioni di violenza verbale e fisica su operatore è elaborato sulle segnalazioni inviate in modo volontario e anonimo, attraverso un modulo on line accessibile attraverso la intranet aziendale e specificamente dedicato a questo tipo di evento. La scheda di segnalazione on line prevede una serie di item utili a identificare le variabili socio-anagrafiche degli aggressori, i contesti nei quali si verificano gli episodi, le cause che sono all'origine dell'episodio di violenza, le azioni di miglioramento suggerite dai segnalanti.

Il monitoraggio delle cadute accidentali nella ASLTO4 è previsto attraverso la somministrazione di specifico modulo "on line" specificamente dedicato a questo tipo di evento, accessibile attraverso la intranet aziendale che i coordinatori compilano ogni volta che si verifica una caduta accidentale. Il 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.

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 2023, con specifico focus sulle segnalazioni di violenza su operatore e sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2023. 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 relativi ai dati quali-quantitativi inerenti a:

1- **Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella** costituito da:

- a- dati quanti-qualitativi relativi alle segnalazioni spontanee effettuate nel 2023 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 2023, 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- **Focus su monitoraggio violenza a danno di operatore sanitario e socio-sanitario**

In particolare il sistema di segnalazione prevede un sistema specifico per le segnalazioni di **violenza su operatore**, attraverso il quale è possibile raccogliere dati inerenti le variabili socio-anagrafiche degli aggressori e degli aggrediti, i contesti nei quali tendono a verificarsi episodi di violenza, le cause che sono all'origine degli episodi di violenza su operatore, le azioni di miglioramento proposte dai segnalanti. A partire dal 2023 sulla base delle segnalazioni pervenute, si sono distinte le segnalazioni di criticità comunicative e relazionali tra Operatori e utenti, dalle segnalazioni di violenze verbali (minacce, insulti e intimidazioni) e violenze fisiche (su persone e ambienti). Si è rilevato che gli operatori non avevano ben chiaro il concetto di "minaccia" in riferimento a quanto previsto dall'art. 612 C.P., pertanto ciò ha richiesto di individuare una ulteriore categoria relativa a segnalazioni di disagi relazionali tra operatori e utenza.

3- **Monitoraggio cadute accidentali**

Dati quali-quantitativi relativi alle segnalazioni da parte delle Strutture di degenza, ambulatoriali e da RSA e Hospice della ASLTO4, inerenti l'evento di caduta accidentale e specifici esiti, pervenute alla S.C. Risk Management nel 2023.

1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2023

1.1 – Dati aggregati quinquennio 2018-23

Il grafico fornisce l'andamento 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 1-01-2018 a 31-12-2023.

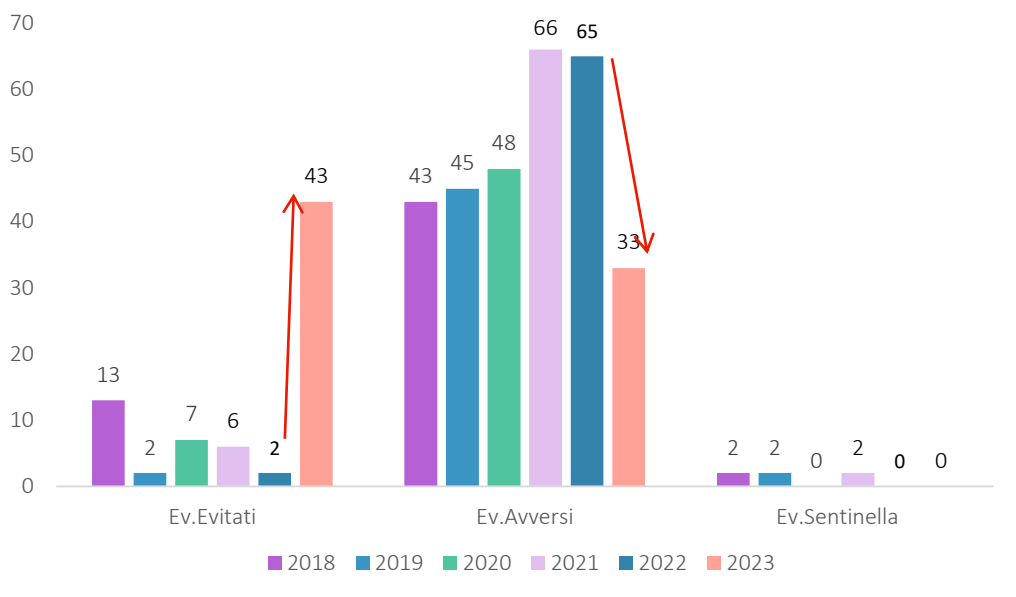


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS, RSA e Hospice della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web. Nel 2023 sono giunte n. 76 segnalazioni relative a tutti gli eventi segnalati di cui: n.33 eventi avversi, n.43 eventi evitati. Si segnala il positivo incremento delle segnalazioni di near miss da parte degli operatori che testimonia l'aumento della sensibilità ad una cultura della sicurezza.

1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2023

Tabella A - Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2023 a 31-12-2023

EVENTI EVITATI ANNO 2023 – tot. N. 43				
N. 43 EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	AREA DI APPARTENENZA
1	Errori in terapia che non hanno causato alterazioni funzionali/intercettati prima di somministrazione.	Errata diluizione nella preparazione del farmaco.	Audit interno dell'evento e delle cause che hanno determinato l'errore con sollecitazione a maggior attenzione degli infermieri al rispetto delle procedure aziendali per la preparazione farmaci.	P.O. CHIVASSO DEA N. 1
1	Errata etichettatura provette di prelievo ematico intercettato prima di invio a laboratorio.	Prelievo per emocultura eseguito su due pz. diversi con scambio delle etichette in fase di etichettatura.	Audit interno con richiamo a corretta modalità di esecuzione dei prelievi e applicazione della procedure aziendali.	P.O. CIRIE' MEDICINA N. 1
3	Evento evitato in procedura trasfusionale intercettato prima di trasfusione.	Prelievo su due pazienti con scambio delle etichette sulle provette di richiesta emocomponenti –errore intercettato da CENTRO TRASFUSIONALE DI IVREA	Audit interno: richiamo a corretta modalità di esecuzione dei prelievi da parte di CT verso operatori S.C. Medicina, con richiamo a utilizzo Manuale Buon uso del sangue	P.O. IVREA MEDICINA n. 1
		Prelievo su due pazienti con scambio etichette sulle provette di richiesta emocomponenti – errore intercettato da CENTRO TRASFUSIONALE DI IVREA che rileva anomalie nelle richieste che accompagnano le provette.	Audit interno: richiamo a corretta modalità di esecuzione dei prelievi da parte di CT verso operatori S.C. Ortopedia, con richiamo a utilizzo Manuale Buon uso del sangue	P.O. IVREA ORTOPEDIA n. 1
		Scambio etichette due pz diversi su provette di richiesta emocomponenti – intercettata da ANTENNA TRASFUSIONALE di Chivasso che rileva anomalie nelle richieste che accompagnano le provette.	Audit effettuato dalla coop. CMS con analisi del caso ed elaborazione di Modulo Check list trasfusione e distribuzione in tutte le strutture di degenza del Manuale “ La richiesta trasfusionale e la trasfusione di emocomponenti”.	P.O. HOPITAL DI SETTIMO TORINESE – LUNGODEG. N. 1

4	Mancata compilazione Scheda Terapeutica Unica intercettata in tempo prima di causare errori in terapia farmacologica.	Segnalazioni effettuate dai CPSI della struttura, su inesattezze e campi non compilati di Scheda Terapeutica Unica da parte dei Dirigenti medici che possono essere causa di errori di somministrazione .	Segnalazione al Responsabile di Struttura che ha richiamato la dirigenza medica ad un corretto utilizzo della S.T.U.	P.O. CIRIE' – CHIRURGIA N, 4	
3	Carenze organizzative gestionali che non hanno avuto esiti, ma che avrebbero potuto rappresentare cause di rischio.	Carenze gestionali di coordinamento turni presso DEA Ciriè. Non compliance sulle direttive cliniche del medico psichiatra da parte di infermieri in trasporto P.A. presso CSM Rivarolo.	Invio delle segnalazioni ricevute ai coordinatori delle Strutture per verifica ed individuazione delle azioni di miglioramento.	P.O. CIRIE DEA N. 2 CSM RIVAROLO N 1.	
31	Disagi relazionali e di comunicazione nel rapporto utenti – operatori (Diverbi tra operatori ed utenza in relazione a disagi organizzativi/tempi di attesa, mancate informazioni/divieti impropri/stress/dolore fisico/patologie utenza/offese tra operatori).	Le cause dei diverbi segnalate dai professionisti riguardano: patologie delle P.A. (disagio psichico, decadimento cognitivo, utenti SERD con dipendenze e doppie diagnosi); disagi e criticità organizzative; ritardi e tempi di attesa; diverbi telefonici inerenti prenotazioni tempi di attesa e ritiro documentazione clinica; stress e dolore fisico. NB: Una segnalazione classificata con ALTRO concerne offese verbali tra operatori (inoltrata a Consigliere di fiducia e Medico competente).	Sono state individuate le cause delle segnalazioni di disagio degli operatori nel rapporto con l'utenza evidenziando le carenze organizzative e gestionali, e sono state predisposte azioni di miglioramento dei processi organizzativi e azioni formative per gli operatori finalizzate a rafforzare capacità relazionali e di gestione dei conflitti.	P.O Ciriè-Lanzo MED. CIRIE' 1 DEA CIRIE' 8 AMB.OCU CIRIE' 1 CHI CIRIE' 1 MED.LANZO 1 Distretto Ch- Settimo San Mauro RRF 1 CURE DOM. 1 AMB. 2	P.O Ivrea-Cuorgnè PED. IVREA 1 DEA IVREA 3 AMB.OTO IVREA 1 LD CUORGNE' 1 ONCO CUORGNE' 1 (offese tra operatori). P.O Chivasso MED. CHIVASSO 1 NEURO CHIVASSO 1 GIN CHIVASSO 1 AMB. PNEM. CHIVASSO 1 Distretto IVREA CONS.SERV.PSIC.EVOL. 1 C.PRELIEVI. CALUSO 1 Dipartimento dipendenze SERD CHIVASSO 1 SERD RIVAROLO 1

1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2023

Tabella B - Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2023 a 31-12-2023

EVENTI AVVERSI ANNO 2023– tot. 33					
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
7	Errori in terapia che non hanno/ hanno causato alterazioni funzionali, non intercettati prima di somministrazione.	Errata preparazione del farmaco eparina con prelievo di quantità errata da fiala madre, infusa poi a paziente	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto Audit interno con revisione di istruzioni operative in preparazione somministrazione farmaci	Allungamento tempi di APTT, senza nessuna evidenze di anemia e sanguinamento.	P.O. CIRIE' NEFROLOGIA
		Somministrazione di flacone di fisiologica contenente farmaci ipnotici (invece che solo sol. fisiologica) a domicilio. Causa dell'errore indicazione a pennarello non ben evidenziata sul flacone di fisiologica dell'aggiunta di farmaci ipnotici.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto AUDIT interno con revisione delle istruzioni operative per la preparazione, stoccaggio e somministrazione di farmaci per infusione a domicilio.	Stato di sedazione della P.A. per 3-4 ore con sonnolenza monitorato da MMG e Infermiera.	CURE DOMICILIARI
		Reazione allergica al Taxolo.	Osservazione precoce e non possibile altra forma di prevenzione evento.	Eritema e edema alla glottide – immediatamente trattato e sospensione infusione.	P.O. CUORGNE ONCOLOGIA
		Errata somministrazione di farmaci per scambio terapie tra due pazienti.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno e rilevato errore umano del CPSI somministratore.	Nessuna conseguenza: i pazienti sono stati posti sotto osservazione notturna.	P.O. CIRIE' SPDC
		Errata somministrazione dosaggio di fiala di stupefacente, dovuta a scambio tra confezioni di farmaco (scatola dello stesso colore ma con dosaggio diverso).	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno che ha elaborato istruzioni operative per stoccaggio farmaci in modo da non confondere confezioni, e riorganizzazione attività di somministrazione a protezione dell'operatore che non deve essere distratto da molte e diverse incombenze.	Sovradosaggio farmacologico con necessità di somministrare farmaco antagonista per evitare il danno.	P.O. CUORGNE GERIATRIA
		Stravasato rilevato durante infusione di Carboplatino, con immediata sospensione dell'infusione.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno per analisi del caso e richiamo a procedure aziendale da adottare per la prevenzione dell'evento stravasato.	La Paziente è stata monitorata per alcune ore per mitigare gli effetti, e non si sono evidenziati danni.	P.O. CIRIE' ONCOLOGIA
		Errata somministrazione di Abilify 7.5 mg per via endovenosa anziché intramuscolo, causata da errore di lettura della prescrizione.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno che ha elaborato istruzioni operative per stoccaggio farmaci anche in relazione a via di somministrazione (e non solo per principio attivo); revisione di modello di STU da adottare più idonea ad attività SPDC.	Allertato centro antiveleni e attuato monitoraggio del paziente per alcune ore, ma non si sono evidenziate conseguenze.	P.O. CHIVASSO SPDC

1	Danni imprevisi a seguito manovre invasive	In corso di microlaringoscopia diretta in sospensione si è verificata sublussazione di elemento dentario dell'arcata inferiore, già affetto da parodontopatia.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno, che ha definito che si è trattato di errore accidentale anche legato alla patologia dentaria di base.	Sublussazione di elemento dentario dell'arcata inferiore.	P.O. CIRIE' OTORINO
1	Evento avverso in procedura trasfusionale senza conseguenza	Infusione di emazie concentrate a paziente sbagliato, con cognome simile a quello del pz. cui era destinata sacca, entrambi con stesso gruppo sanguigno.	Svolto Audit in presenza anche del Responsabile del Servizio trasfusionale, e di tutti gli operatori coinvolti e tecnico dell'antenna trasfusionale di P.O. Ciriè. Analizzato l'evento sono stati richiamati gli operatori al rispetto delle procedure ed elaborate ulteriori istruzioni operative meglio dettagliate per evitare che l'errore possa ripetersi.	Nessun danno, perché entrambi i pazienti avevano stesso gruppo sanguigno.	S.C. Ortopedia di Chivasso
16	14 - Violenza fisica su operatore e 2 ambientale (vedi focus in questa relazione a p. 18)	Correlate alla patologia dell'utenza: disagio psichico/decadimento cognitivo/stress post traumatico/dipendenze sostanze d'abuso.	Si sono svolti Audit interni, per individuare le cause delle violenze correlate alla patologia dell'utenza, onde individuare specifiche modalità di prevenzione, nonché di formazione dei professionisti. Come azione di miglioramento urgente, gli operatori insistono sulla necessità di adeguare ambienti e strutture (sostituendo ad esempio porte a vetri), pericolose per il tipo di utenza che accede al servizio.	Danni fisici lievi per 6 operatori (edemi e contusioni), e 2 danni ambientali. Inoltre denunce all'Autorità giudiziaria ed enunce di infortunio in 2 casi.	P.O. Ivrea Cuornè 4 SPDC IVREA P.O. Ciriè Lanzo 1 SPDC CIRIE' 5 DEA CIRIE' 1 RIA CIRIE' P.O. Chivasso 2 NEURO CHIVASSO 1 SPDC CHIVASSO Dipartimento dipendenze 2 SERD IVREA
1	Umanizzazione in fine vita	Impedimento dei familiari ad assistere la P.A. in fine vita.	Si è svolto Audit interno di analisi del caso che ha rilevato esigenza di formazione sul campo soprattutto degli OSS non adeguatamente formato, sul rispetto della dignità della persona in fine vita, e valori bioetici e di umanizzazione delle cure.	Violazione diritto paziente all'umanizzazione delle cure.	P.O. CIRIE' DEA
1	P.A. si libera di presidi contenitivi.	Si riceve segnalazione come evento avverso di rimozione dei presidi di contenzione dalla Persona assistita, ma non si è ricevuta la segnalazione di applicazione contenzione, come previsto da monitoraggio contenzione aziendale.	Si sono chiesti chiarimenti a coordinatore e responsabile della Struttura richiamandoli alla prevenzione della contenzione e alla necessità segnalare attraverso monitoraggio aziendale.	Nessun danno.	P.O. CHIVASSO MEDICINA
2	Rischio infettivo	Viratore biologico in container oculistico non segnala corretta procedura di sterilizzazione e operatore non segnala tempestivamente la criticità.	Rilevata la criticità sono stati richiamati tutti i dispositivi sterilizzati con identico lotto. Si è predisposto audit interno per analisi del caso e per elaborare istruzioni operative onde migliorare i processi di comunicazione in casi analoghi.	Non è pervenuta nessuna segnalazione di effetto avverso su pazienti.	P.O. IVREA OCULISTICA
		Mancato controllo da parte del personale infermieristico, del processo di disinfezione ad alto livello di uno strumento endoscopico.	Si è predisposto Audit interno, è stata programmata come azione correttiva un refresh del processo con esperto, di cui è stata inviata documentazione alla S.C. Risk management.	Nessun danno su paziente, effettuando terapia del caso.	P.O. CHIVASSO AMB. GASTROENTEROLOGIA
1	Altri eventi - Violenza tra degenti	Collutazione tra due degenti per futili motivi	L'evento non era prevedibile, è stato prontamente gestito per riportare alla calma i due degenti.	Ferita lacera contusa sul naso dei due degenti in conflitto.	P.O.. CIRIE SPDC

3	Errata etichettatura referti/errata consegna documentazione clinica.	Nell'esecuzione dell'esame elettrocardiografico inavvertitamente sono stati utilizzati i dati personali dell'utente precedente (l'elettrocardiografo necessita sempre dell'eliminazione completa dei dati in tutti i suoi passaggi).	Invio della segnalazione ricevuta ai responsabili della S.C: per analisi del caso e sollecito ad adottare le corrette procedure aziendali.	Nessun danno alle P.A. coinvolte, per ripetizione corretta ECG.	P.O. CIRIE' AMB. CARDIOLOGIA
		Consegnata erroneamente cartella clinica originale, anziché copia, in fase di dimissioni.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabile struttura per audit interno, che definisce come azione di miglioramento la stesura di istruzioni operative specifiche per la procedura di dimissione.	Nessun danno, i documenti sono stati recuperati.	P.O. IVREA ORTOPEDIA
		Si è verificato che due esami TC eseguiti in orario diverso, riportavano lo stesso identificativo IP, causato da errore identificativo paziente, che ha potuto essere corretto da sistemisti solo dopo un'ora, rendendo nel frattempo I referti errati disponibili alle valutazioni dei medici di reparto.	Si è effettuato AUDIT interno e si sono predisposte istruzioni operative per tempestive correzioni dei referti da parte dei sistemisti di ditta esterna, e condivisione della nuova procedura con tutti gli operatori aziendali..	Nessun danno, se non cateterizzazione vescicale su Pz. che non ne necessitava il posizionamento, successivamente rimossa senza danni.	P.O. CIRIE' NEFROLOGIA RADIOLOGIA

1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2023

Tabella C - Elenco dei casi di Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2023 a 31-12-2023

EVENTI SENTINELLA ANNO 2023 n. 0				
NUMERO EVENTO n. progressivo SIMES Regionale	AREA Es.S.C./Dipartimento	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI AZIONE	SCHEDA DI MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE
/	/	/	/	/

1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2023

Le segnalazioni sono suddivise secondo l'elenco stilato dal Ministero della Salute: TOTALE EVENTI N. 76

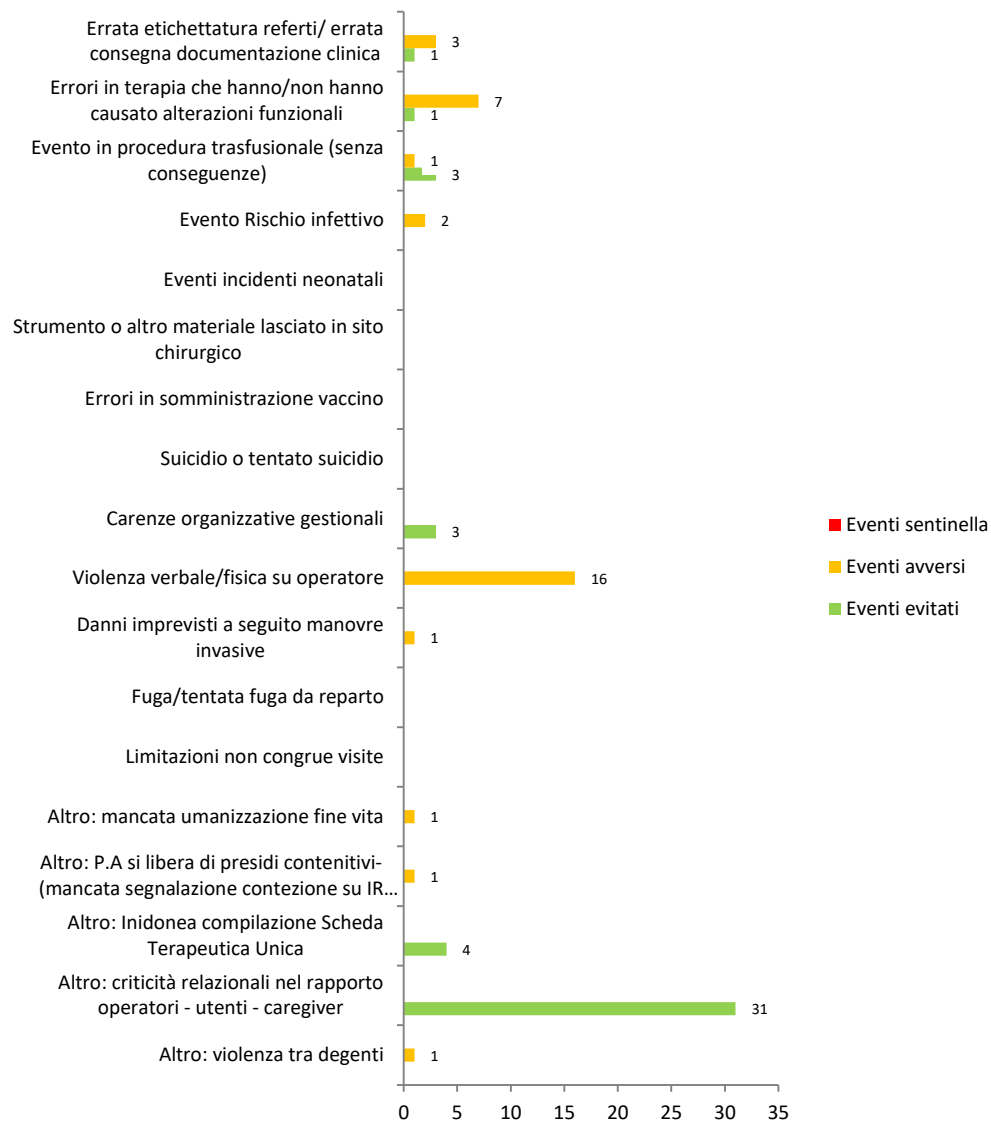


Figura 2 - Quadro riassuntivo del numero di segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2023 presso i PP.OO. e Distretti territoriali della ASLTO4: Eventi evitati (verde) n. 43; eventi avversi (arancio) n. 33; eventi sentinella (rosso) n. 0.

1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2020-2023

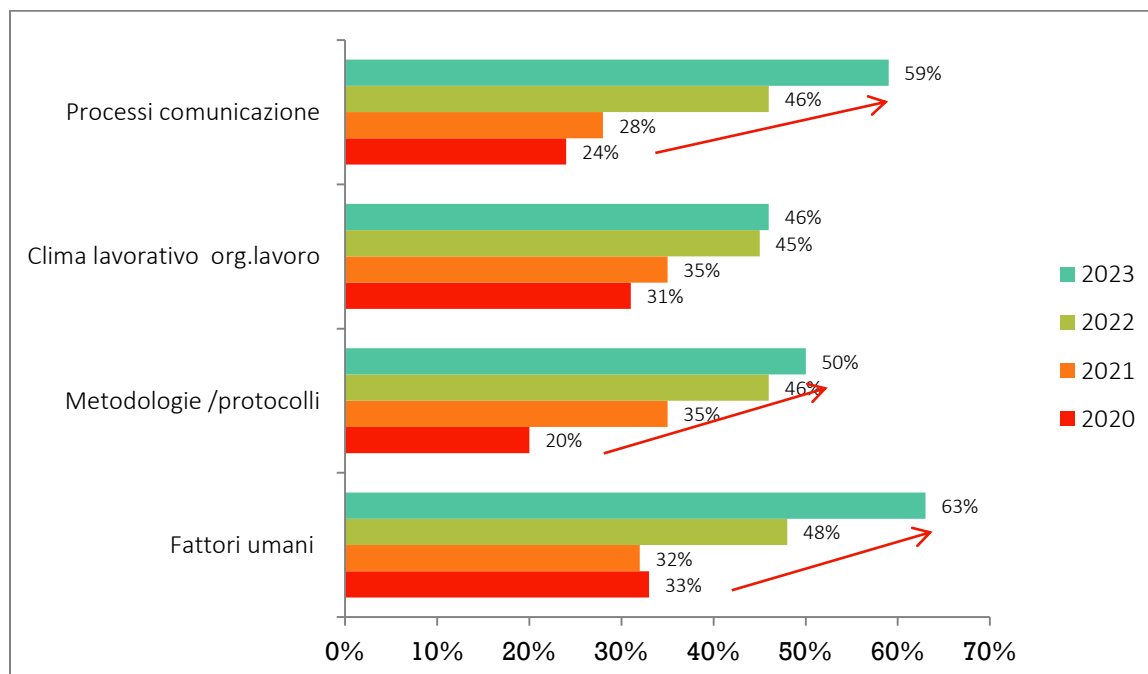


Figura 3 – Il grafico rappresenta in percentuale tutte le cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati da 2020 a 2023. Si evidenzia che nel 2023 sono ulteriormente aumentate le cause dovute a processi di comunicazioni (+13%) e quelle inerenti a fattori umani (+15%) che contribuiscono al verificarsi di eventi sfavorevoli.

1.7 – Esiti relativi agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2023 – n. 76 eventi

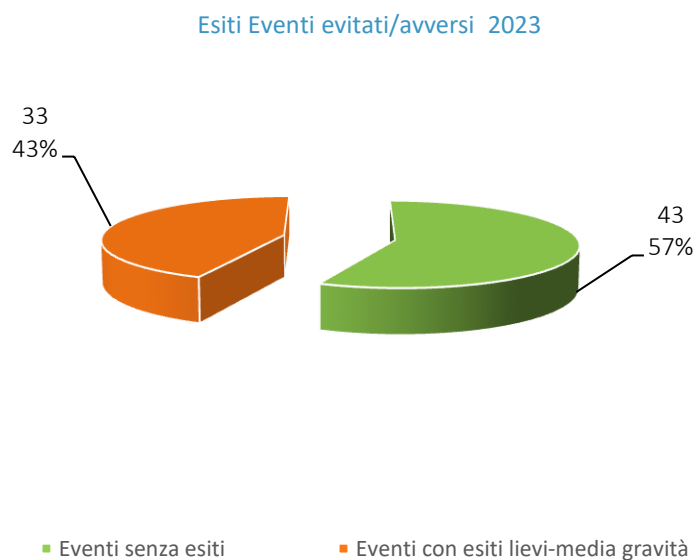


Figura 4 – Stratificazione degli esiti dei 76 Eventi evitati, avversi e sentinella segnalati nel 2023. Il numero totale delle segnalazioni giunte è di n. 76 eventi, di cui n. 43 Eventi senza esiti e n. 33 Eventi con esiti di lieve e media gravità.

1.8 - Segnalazioni anonime utenti

Tabella D – il Sistema di Incident Reporting della ASLTO4 comprende anche uno specifico modulo on line, accessibile attraverso il sito aziendale, per le segnalazioni anonime da parte degli utenti. Nel 2023 sono giunte n. 11 segnalazioni anonime di utenti, che sono state analizzate ed approfondite quando le indicazioni fornite dalla segnalazione hanno consentito di individuare l'episodio accaduto.

SEGNALAZIONI ANONIME UTENTI – N. 11					
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
5	Segnalata criticità relazionali Utenti / Operatori	Segnalazioni di parenti circa modalità relazionali e di comunicazione (da parte del comparto) verso pazienti, non consone.	Richiesta di audit interno e di relazione sui presunti fatti in via di accertamento.	Disagio dei Pazienti.	4-P.O. CIRIE' DIALISI
		Segnalazione di pz. che lamenta non sia stata considerata sua intolleranza a farmaco.	Richiesto audit interno S.O. anestesista che evidenzia mancata segnalazione su C.C. di intolleranze / allergie del Pz. da parte della struttura di degenza. Il caso è in fase di approfondimento, con il reparto di degenza.	Reazione post-operatoria non grave	1-P.O. IVREA CH/SO
3	Segnalata inidoneità personale OSS.	In corso di verifica.	Da attuare dopo esito di verifica in corso.	Da verificare	2-RSA DESTEFANIS
	Segnalati disagi relazioni Utenti /Operatori e questioni di tipo alberghiero.	In corso di verifica.	Da attuare dopo esito di verifica in corso.	Disagi utenza	1-RSA VILLA GRAZIA – SAN CARLO CANAVESE
1	Informazioni telefoniche contraddittorie circa tempi attesa e produzione di certificazione attraverso centro privato (che in passato non era stata accettata):	Procedure di accettazione certificazioni non omogenee da parte di NPI e Medicina Legale e informazioni telefoniche non chiare.	Dopo aver verificato la segnalazione con i Responsabili di Struttura, si è condivisa l'esigenza di aggiornare le informazioni per l'utenza sia attraverso pieghevole cartaceo, sia nel sito aziendale.	Disagi utenza	1-NPI DISTRETTO SETTIMO
2	Chiamata numero unico Continuità Assistenziale che indica di recarsi in DEA, chiamato medico di famiglia risolve il problema. Utente lamenta di aver ricevuto errata indicazione da parte di operatore telefonico del numero unico di Continuità Assistenziale.	Richiesti chiarimenti al Responsabile di Continuità Assistenziale, informa che le chiamate al numero di Continuità Assistenziale sono gestite a livello regionale e gli operatori telefonici di triage hanno specifiche istruzioni per indirizzare il chiamante verso i DEA o far intervenire il 118.	Già prevista da procedura aziendale. (l'utente ha fornito informazioni sul suo stato che hanno determinato la conseguente indicazione di recarsi presso DEA).	Nessuno	2-CONTINUITA' ASSISTENZIALE ASLTO4
	Chiamata di assistenza per Guardia medica da parte genitore di pz. pediatrico, con precedente infezione broncopolmonare virale. La Guardia medica informa che non può recarsi in loco.	Non possibile approfondire il caso per mancanza di dati utili a identificare l'evento e l'episodio.	Non determinabile a causa di impossibilità di approfondimento evento.	Non determinato	

2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2023

2.1 – Sistema di segnalazione attivato nel 2023

Prima del 2023 la segnalazione di Violenza su operatore era compresa nel modulo on line delle segnalazioni di eventi avversi. A partire dal 2023 è stato attivato un sistema di segnalazione specifico per gli episodi di Violenza su operatore che prevede un percorso di segnalazione dell'evento Violenza verbale e fisica su operatore e danni ambientali. Con il nuovo format dati dell'ONSEPS trasmesso dalla REGIONE PIEMONTE, per lo specifico rilevamento degli episodi di violenza su operatore, si è reso necessario distinguere i reali episodi di violenza su operatore (che consistono in minacce di aggressione fisica e di danni verso ambiente), da diverbi e criticità relazionali che sopravvengono nel rapporto con l'utenza, soprattutto in conseguenza di carenze organizzative e disagi nell'accesso ai servizi sanitari, o correlati a patologie dell'utenza (di tipo psichiatrico, neurologico cognitivo, dipendenza da sostanze da abuso).

Il nuovo sistema di segnalazione Violenza verbale e fisica su operatore considera come **violenza verbale** le minacce secondo le definizioni dell' art.612 del C.P. Di conseguenza le segnalazioni inerenti discussioni e diverbi tra operatori e utenza, con eventuali minacce di denuncia da parte dell'utenza, sono stati categorizzati come eventi che scaturiscono da criticità dei processi comunicativi tra utenza e operatori, che non gestiti correttamente possono procedere verso escalation di violenza verbale e/o fisica. La stratificazione di questi diversi tipi di segnalazioni consente di analizzare con più attenzione le variabili che possono produrre l'escalation verso la violenza su operatore, ricorrendo a modalità di prevenzione dell'evento, che può essere effettuata rafforzando le competenze comunicative e di capacità di gestione dei conflitti da parte degli operatori. Gli eventi erroneamente segnalati come violenza su operatore, sono stati derubricati come eventi evitati dovuti a criticità comunicative relazionali (si veda come meglio specificato a pag. 10 di questa relazione).

2.2 - Dati di contesto e socio-anagrafici di aggressori e aggrediti

Nel 2023 gli operatori hanno segnalato **16 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore**.

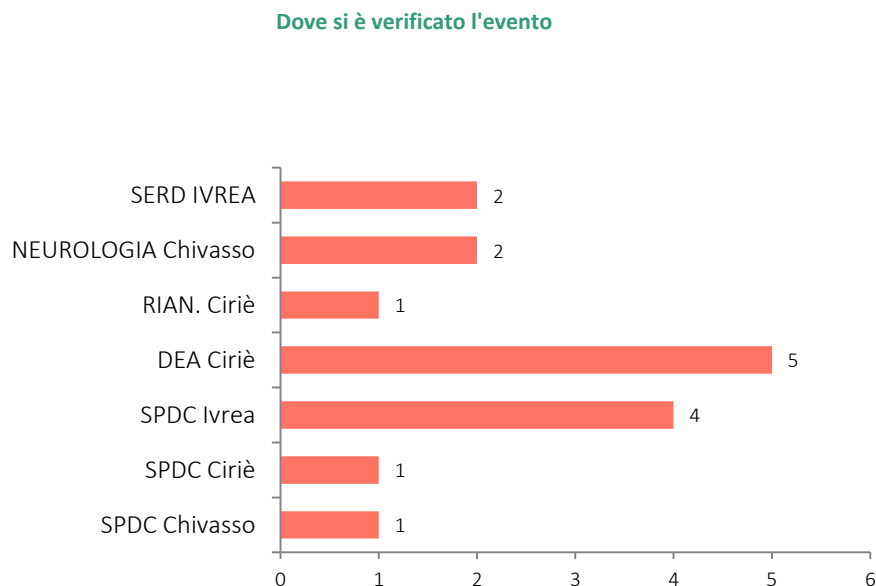


Figura 5 – Contesto di degenza dove si è verificato l'evento segnalato.

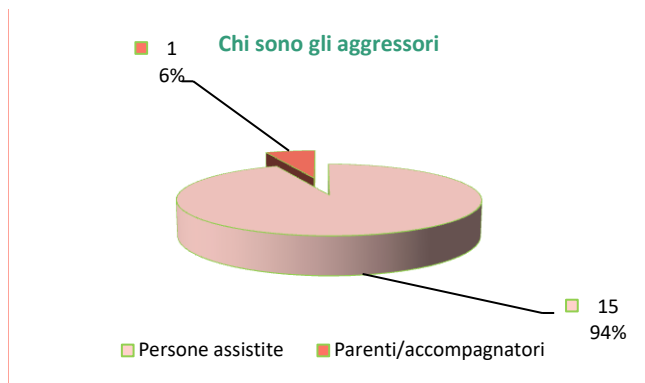


Figura 6

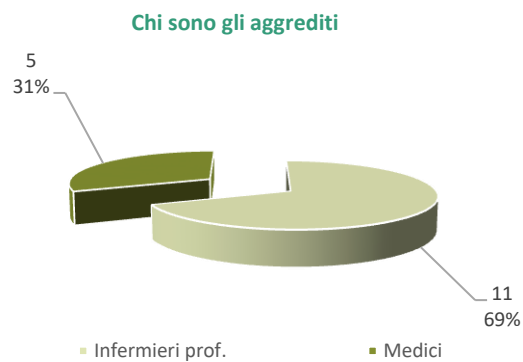


Figura 7

2.3 - Cause che hanno determinato gli episodi di violenza verbale-fisica

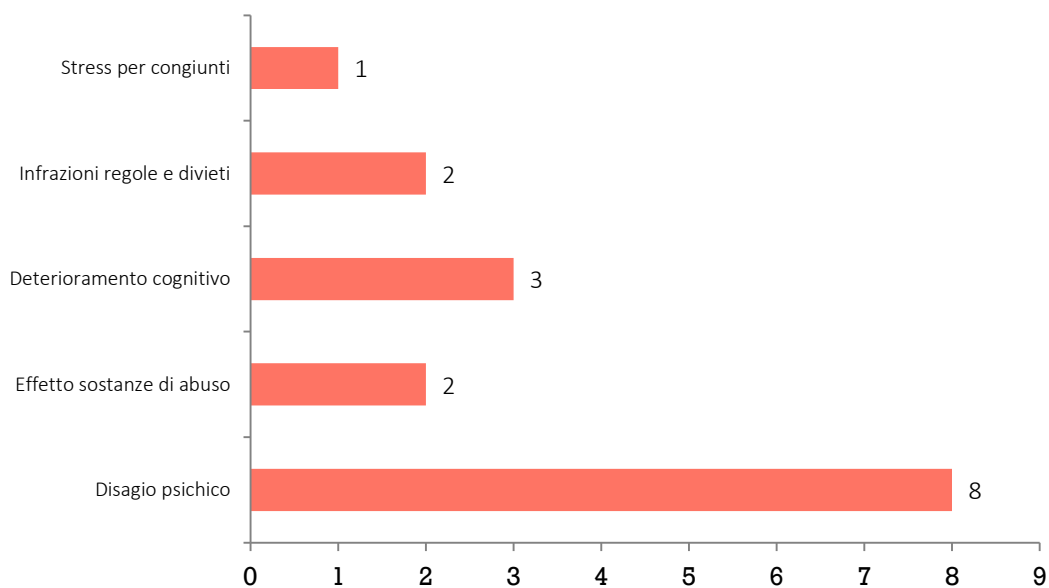


Figura 8 - Uno specifico item della scheda di monitoraggio sugli episodi di violenza verbale e fisica subiti dagli operatori, consente ai professionisti di indicare più cause scatenanti la violenza, (è possibile inserire più opzioni per cause coesistenti, pertanto il numero totale delle opzioni di risposta selezionate per una domanda può essere superiore al numero di rispondenti che hanno risposto alla domanda).

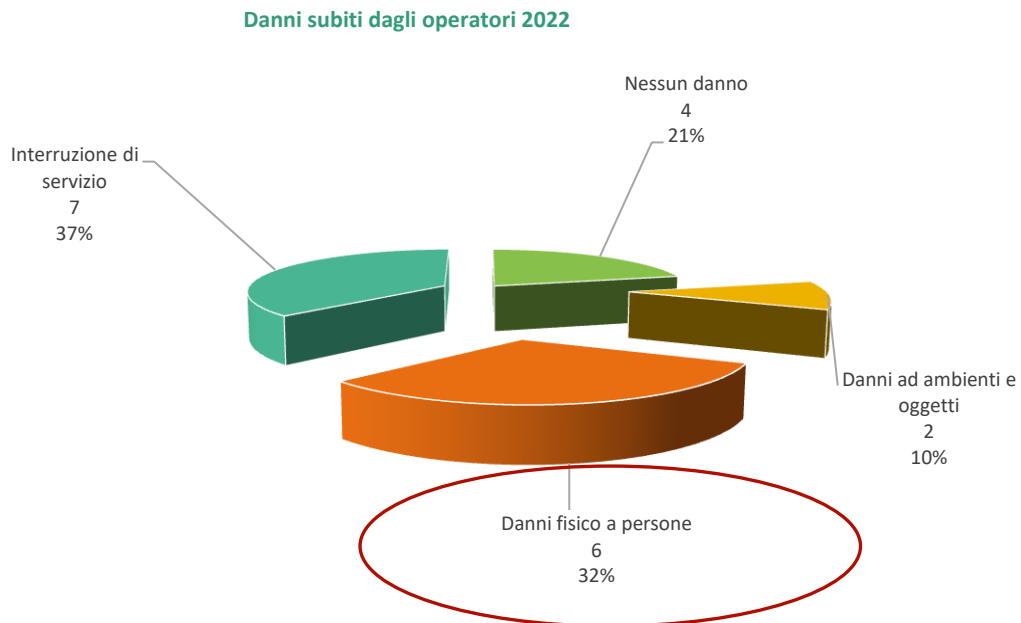


Figura 9 - 6 Operatori hanno dichiarato di aver subito lievi danni fisici; sono state inoltrate n. 2 denunce all'Autorità giudiziaria e n.2 denunce di infortunio. I danni fisici subiti sono n.6: edemi e contusioni. I danni recati ad ambiente n. 2 sono: vetro e porta rotta.

3 - Cadute accidentali anno 2023

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2023 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-Cuorgné.	411	297	93	21
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	11	5	4	2
RSA/HOSPICE	8	6	2	0
Totale	430	309	99	23

Tabella E – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2022 a 31-12-2023

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;
- 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 del territorio della ASLTO4.

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.

Per il 2023 non è possibile calcolare il tasso di incidenza cadute, riferito al rapporto tra il numero di cadute segnalate in relazione al numero delle giornate di degenza, in quanto i dati relativi alle giornate di degenza 2023, saranno disponibili dopo controllo della Regione a partire da Febbraio 2023

3.1 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2023

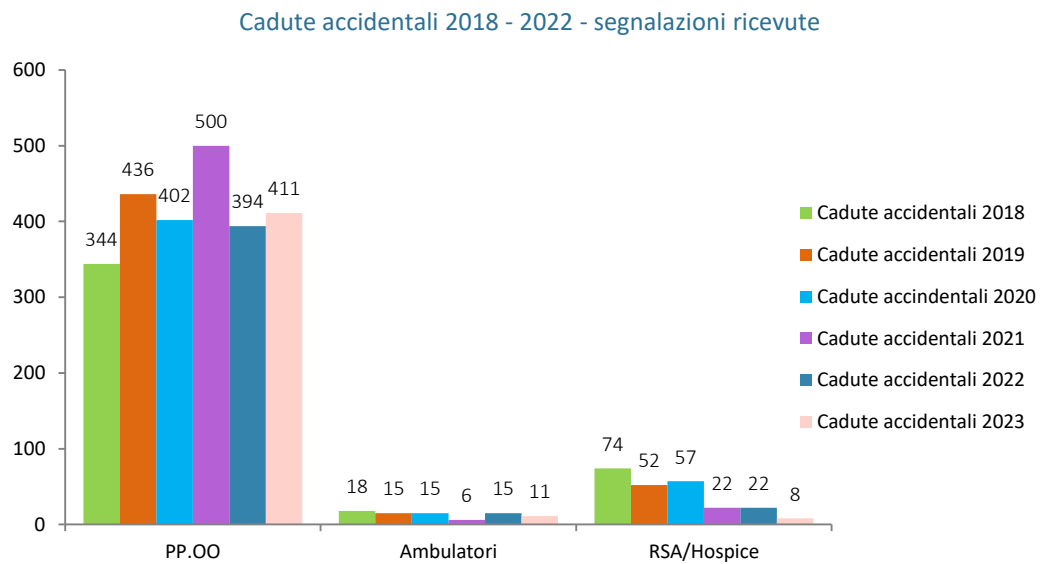


Figura 10 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 da 2018 a 2023.

3.2 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2023

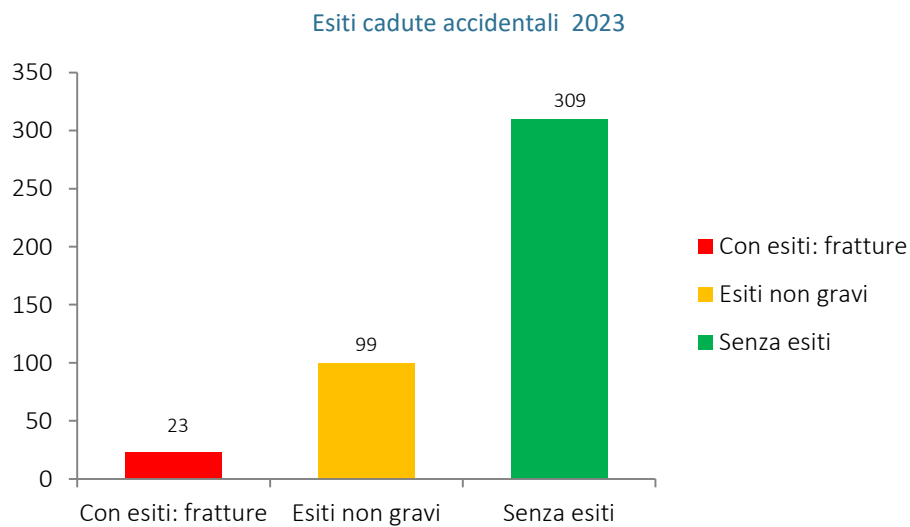


Figura 11 – Esiti degli episodi di cadute accidentali segnalate nel 2023.

3.3 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2023

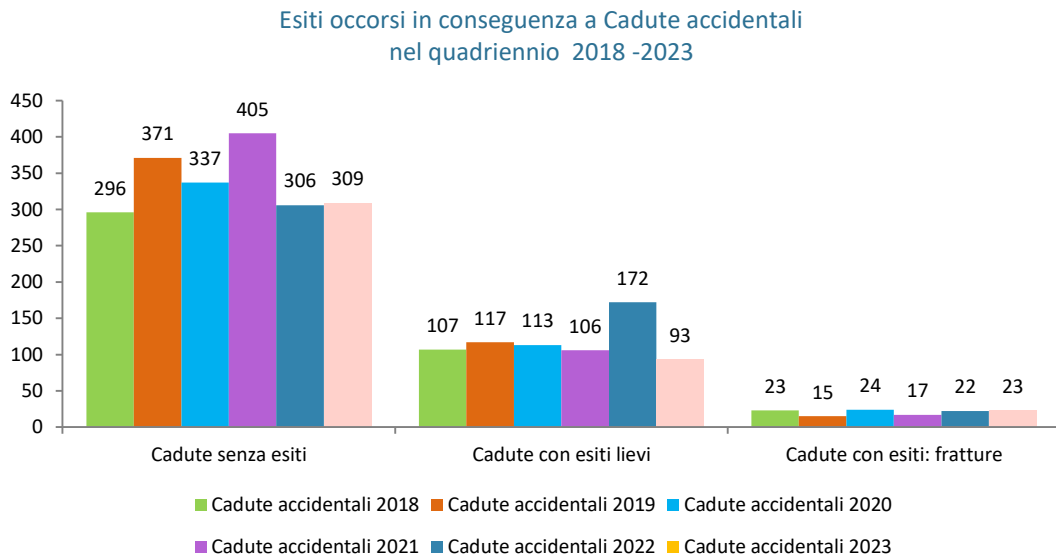


Figura 12 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2023. Si evidenzia un incremento di esiti lievi da 2021, e un dato stabile rispetto agli esiti gravi, nell’arco degli anni tra 2018 e 2023.

3.4 - Tasso di incidenza cadute anni 2018- 2022 (2023 dato non ancora disponibile)

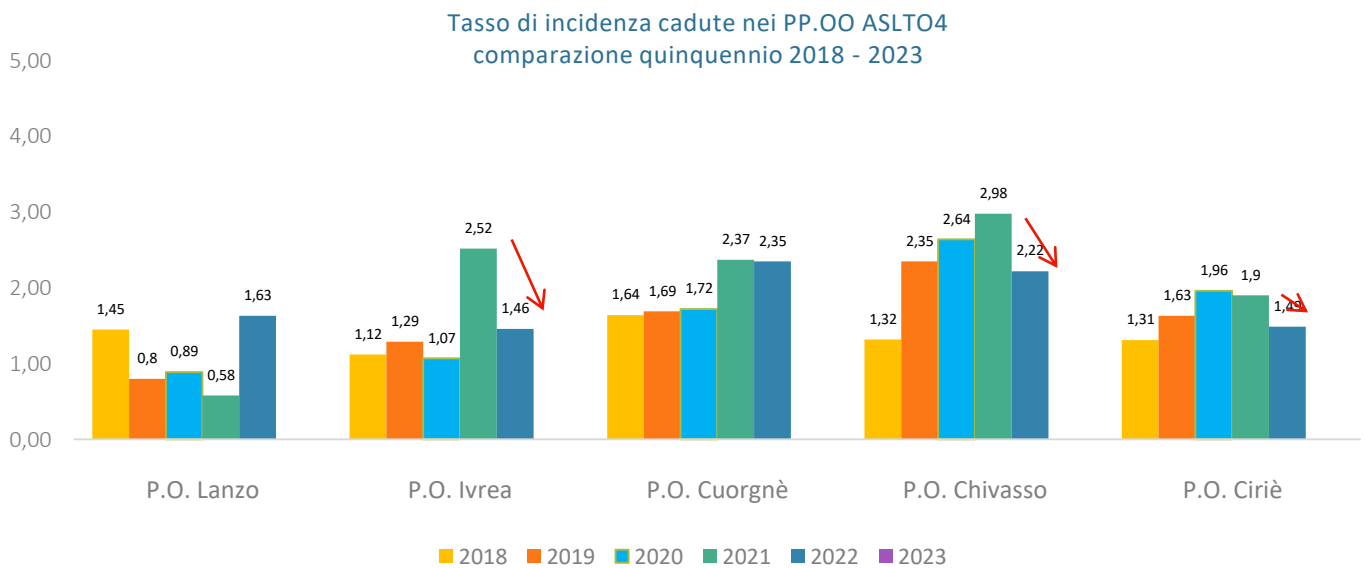


Figura 13 - Non è possibile stimare il tasso di incidenza cadute per il 2023 in quanto non sono ancora disponibili i dati relativi alle giornate di degenza 2023. Il tasso di incidenza cadute è il rapporto tra il numero di cadute segnalate in relazione al numero delle giornate di degenza, i valori standard previsti dalla letteratura internazionale di riferimento, risultano essere compresi nel range tra l’1,4-17/000. Per quanto concerne i dati 2018-2022 si rileva che non si evincono nei singoli Presidi e Aree Aziendali indici che superino lo standard di riferimento, inoltre nel 2022 si evidenzia un decremento del tasso di incidenza cadute nei Presidi Ospedalieri di Ivrea, Chivasso e Ciriè.

3.5 - Azioni di miglioramento

E' stata richiamata l'attenzione degli operatori sul **Management per la prevenzione delle cadute accidentali** e sollecitato il completamento del piano aziendale che ha fornito a quasi tutte le Strutture di degenza più a rischio dei PP.OO. letti elettrici regolabili in altezza, (che permettono il movimento in relazione al piano). A tal proposito si è rilevato che non è sempre applicata dagli operatori la buona prassi di abbassare i letti regolabili in altezza nel caso di Persone Assistite a rischio caduta, e che di conseguenza può portare ad un ricorso improprio alla contenzione meccanica. Dal 2022 è stato attivato il monitoraggio degli episodi di ricorso alla contenzione meccanica e nel 2023 è stato costituito con Delibera del Direttore Generale aziendale, il gruppo di lavoro per l'elaborazione delle Linee di indirizzo per la prevenzione della contenzione nella ASLTO4, in applicazione alla Determina Digenziale n. 2139/A1400/2022 del 15/11/2022, della Regione Piemonte.

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)