



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Struttura Operativa competente: S.S. Qualità – Risk Management – Relazione con il Pubblico

Responsabile: dott. Luciano VERO

Recapiti a cui rivolgersi:

- ✓ personalmente: strada Tanaro 7/9 , VERDUNO (CN)
- ✓ telefonicamente: 0172/ 1408045 - 0172/1408047
- ✓ tramite mail: lvero@aslcn2.it

Alba, 02/02/2021

SCHEMA RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI anno 2020

(Legge 8 marzo 2017, n. 24, art. 2 comma 5)

Nell'ASL CN2 è stata costituita dai Presidi Ospedalieri di alba e Bra fino a luglio 2020 quando sono stati unificati nell'unico Presidio Ospedaliero di Verduno. A livello territoriale l'ASL è suddivisa in 2 Distretti cui fanno capo le Case della Salute.

La struttura dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti è una Struttura Semplice in staff alla Direzione generale: S.S. Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico.

Tra le principali attività svolte dalla Struttura vengono segnalate:

- Contestualizzazione e implementazione del Programma Regionale sul Rischio Clinico
- Valutazione proattiva e reattiva del rischio
- Contestualizzazione dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali
- Segnalazione e gestione degli eventi sentinella, eventi avversi "near miss"
- Gestione del sistema Incident Report
- Gestione del sistema della segnalazione delle cadute, analisi, produzione di report e azioni di miglioramento
- Formazione degli operatori sanitari sulle tematiche riguardanti il rischio clinico
- Monitoraggio e verifica utilizzo Scheda Unica di Terapia
- Monitoraggio e verifica utilizzo Check List OMS in sala operatoria
- Partecipazione al Gruppo Regionale Rischio Clinico e implementazione locale delle indicazioni
- Attività di facilitazione obiettivi Direzione Generale
- Supporto alle attività di autovalutazione della documentazione clinica
- Supporto nell'elaborazione e diffusione di procedure aziendali
- Partecipazione al Comitato Gestione Sinistri
- Attività per l'accreditamento istituzionale.

Normativa di riferimento:

- 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"*



www.regione.piemonte.it/sanita

- *art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall'art. 2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 "le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti: d-bis) Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria"*
- Circolare Regione Piemonte prot. n. 13352 del 16 giugno 2017 "Legge 8 marzo 2017, n. 24. Prime indicazioni attuative".

EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue il "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III.

Le informazioni relative agli eventi sentinella sono registrate sul portale Sistema Piemonte (disponibile al link http://www.sistemapiemonte.it//cms/pa/servizi/835-simes-sistema-*informativo-monitoraggio-errori-in-sanità).

La Regione Piemonte con Determinazione n. 699 del 7.8.2014 ha previsto la compilazione della Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione)" per la segnalazione delle azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi sentinella.

Nell'anno 2020 all'interno dell'ASL CN2 non sono stati segnalati al Servizio scrivente EVENTI SENTINELLA.

IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

A livello aziendale vengono implementate tramite procedure specifiche, corsi di formazione, ... le Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure. La tabella seguente riassume il livello di implementazione dei singoli documenti.

Raccomandazione	Applicabilità a livello aziendale	Implementazione a livello aziendale
Racc N°1: Utilizzo soluzioni concentrate di potassio	SI	SI
Racc N°2: Prevenzione ritenzione materiale chirurgico	SI	SI
Racc N°3: Identificazione paziente e sito	SI	SI
Racc N°4: Prevenzione del suicidio	SI	SI
Racc N°5: Prevenzione incompatibilità ABO	SI	SI
Racc N°6: Prevenzione morte materna	SI	PARZIALE - IN CORSO DI IMPLEMENTAZIONE
Racc N°7: Prevenzione morte e danni da terapia farmacologica	SI	SI
Racc N°8: Prevenzione violenza a danno di operatori	SI	SI
Racc N°9: Prevenzione eventi da malfunzionamento dispositivi	SI	SI
Racc N°10: Prevenzione osteonecrosi	SI	SI
Racc N°11: Prevenzione morte e danni da malfunzionamento sistema di trasporto	SI	SI
Racc N°12: Prevenzione errori con farmaci LASA	SI	SI
Racc N°13: Prevenzione e gestione cadute	SI	SI
Racc N°14: Prevenzione errori con terapia antitumorale	SI	PARZIALE - IN CORSO DI IMPLEMENTAZIONE
Racc N°15: Prevenzione morte e danni da errato triage	SI	SI
Racc N°16: Prevenzione morte neonato	SI	PARZIALE - IN CORSO DI IMPLEMENTAZIONE
Racc N°17: Riconciliazione terapia farmacologica	SI	PARZIALE
Racc N°18: Uso di abbreviazioni, acronimi, sigle	SI	PARZIALE
Racc N°19: Manipolazione forme farmaceutiche orali	SI	PARZIALE

SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

L'incident reporting è uno strumento per la raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e spontanea, relative ad eventi indesiderati e/o quasi eventi.

A livello aziendale dal 2007 è stata elaborata e diffusa nei reparti una scheda di Incident reporting per la segnalazione spontanea degli eventi e dei near miss da parte degli operatori sanitari al Servizio Risk Management.

L'evento "caduta della persona assistita all'interno della struttura ospedaliera" ha invece una specifica scheda di segnalazione recepita all'interno di una specifica procedura aziendale.

Relativamente all'anno 2020 è pervenuta al Servizio Risk Management 1 segnalazione di **near miss** (quasi eventi).

NEAR MISS				
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	Dipartimento di Area Chirurgica	Richiesta di emocomponente per paziente sbagliato (omonimia)	Regola non seguita/ Condizioni generali del paziente precarie / Mancata supervisione	Formazione specifica Revisione procedura in uso

Le segnalazioni degli eventi avversi sono state 19, di cui 3 eventi pervenuti dal Blocco Parto hanno segnalato, nel periodo a ridosso del trasloco presso la nuova struttura ospedaliera, alcune situazioni in cui il personale ha vissuto situazioni di emergenza clinico – assistenziale con alcune criticità. Le criticità sono state affrontate, anche a seguito della fase di assestamento post trasloco con variazioni strutturali, di attrezzature e con la riorganizzazione dello staff.

La tabella seguente riporta i rimanenti 16 **eventi indesiderati** pervenuti attraverso il sistema di Incident reporting attivo a livello aziendale.

EVENTI AVVERSI SEGNALATI					
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	DANNO	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	Dipartimento di Area Medica	Scambio di farmaco LASA	Mancata supervisione / Staff inadeguato per numero	Evento occorso che non ha portato danni	Riorganizzazione dello stoccaggio dei farmaci
1	Dipartimento di Emergenza e Urgenza	Errata identificazione paziente per esami ematici	Gruppo nuovo, inesperto / Condizioni patologiche	Evento occorso ma intercettato	Addestramento specifico sulla procedura esistente
3	Dipartimento di Area Medica	Smarrimento effetti personali del paziente	Stress / Mancata, inadeguata comunicazione	Danno economico	Elaborazione di procedura specifica / sensibilizzazione del personale
1	Blocco operatorio	Errore di indicazioni sulla lista operatoria	Inesatta lettura della documentazione	Ritardi nella prosecuzione dell'attività	Sollecito ad una maggiore attenzione
2	Blocco operatorio	Accidentale rottura di strumentario in fase di intervento chirurgico	Rottura accidentale di materiale	Moderato	Segnalazione azienda fornitrice / Indicazioni comportamentali al personale (maggiore controllo materiale)

1	Blocco operatorio	Ingresso in sala operatoria pulita di paziente con tampone covid positivo	Non pervenuto per tempo esito del tampone	Evento occorso ma intercettato / Ritardi nella prosecuzione dell'attività	Diffusione di indicazione operative per il ricovero e la gestione dei pazienti in fase di pandemia covid
3	Dipartimento di Salute Mentale	Aggressioni verso operatori	Condizioni patologiche/ Stress	Infortunio operatore	Corso di formazione per la prevenzione, de-escalation e gestione dell'aggressività dell'utente nei confronti degli operatori / Variazioni strutturali
1	Dipartimento di Salute Mentale	Riscontro di improvviso ematoma cranico	Condizioni patologiche	Moderato	Variazioni strutturali e di sorveglianza
1	Dipartimento di Salute Mentale	Paziente in fase di delirio, vuole buttarsi dalla finestra pensando di nuotare	Condizioni patologiche	Evento non occorso	Variazioni strutturali (al momento dell'evento in fase di esecuzione) e di sorveglianza
1	Dipartimento di Salute Mentale	Errore somministrazione farmaco	Condizioni patologiche/ Stress / Variazione della confezione	Evento occorso che non ha portato danni	Riorganizzazione dello stoccaggio dei farmaci
1	Dipartimento Materno Infantile	Ritardo nella risposta da parte del centralino per attivazione di personale reperibile	Non note	Evento occorso che non ha portato danni	Verifica di tutte le linee / Sollecito ad una maggiore attenzione

Al fine di incentivare sempre più l'utilizzo di questa metodica, durante i corsi di formazione, le riunioni aziendali, ... ogni anno è fatta una sensibilizzazione degli operatori alla segnalazione degli eventi avversi e dei near miss.

In considerazione del numero di schede di rilevazione **cadute** delle persone assistite pervenute (117 segnalazioni), dal confronto con la letteratura di riferimento, si ritiene che la segnalazione di questo evento sia coerente/ corrispondente con la realtà.

La tabella seguente riporta la distribuzione dell'evento caduta all'interno delle strutture, suddivise tra le "vecchie" sedi di degenza e il nuovo presidio ospedaliero.

Tra le 117 segnalazioni di cadute dei pazienti, 5 hanno riportato "traumi minori" che, in base alle Linee di Indirizzo regionali, non sono da considerare eventi sentinella.

STRUTTURE	SEDE	N. CADUTE SEGNALATE (TOT: 117)	
Medicina Generale (e Nefrologia)	Alba	6	43
	Bra	13	
	Verduno	24	
Medicina Generale COVID	Alba	3	21
	Verduno	18	
CAVS	Canale	9	9
Neurologia	Alba	2	9
	Verduno	7	
Ortopedia	Alba	4	8
	Verduno	4	
SPDC	Alba	5	6
	Verduno	1	
Hospice	Bra	6	6
Medicina e Chirurgia d'Urgenza	Alba	5	5
DEA /Pronto Soccorso	Alba	1	3
	Bra	1	
	Verduno	1	
Urologia	Alba	1	2
	Verduno	1	
Radiologia	Alba	1	2
	Bra	1	
Chirurgia Generale	Alba	1	1
Cardiologia	Verduno	1	1
CTP	Bra	1	1

La seguente tabella sintetizza le procedure e le istruzioni operative che sono state redatte e distribuite in Azienda al fine di scongiurare il verificarsi di eventi avversi.

TITOLO	BREVE DESCRIZIONE
GESTIONE IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA'	Definisce le regole per assicurare la corretta identificazione e tracciabilità di utenti, campioni biologici, documenti di registrazioni di risultati.
GESTIONE INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE	Esplicita le modalità operative per l'inserimento di personale sanitario (escluso il comparto) e amministrativo.
TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO	Procedura relativa al trasporto del materiale biologico.
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE A LIVELLO DELL' APPARATO RESPIRATORIO	Documento inerente la prevenzione delle infezioni ospedaliere a livello dell'apparato respiratorio.
PROCEDURA GENERALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Procedura per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee da pressione.
GESTIONE DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSERIMENTO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO AFFERENTE AL S.I.T.R.P.O.	Percorso di accoglienza e inserimento all'interno dell'organizzazione sanitaria del professionista sanitario neoassunto afferente al S.I.T.R.P.O.

**A.S.L. CN2**Azienda Sanitaria Locale
di Alba e BraVia Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

TITOLO	BREVE DESCRIZIONE
PIANO DI RISPOSTA ALLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE	Descrive i criteri per l'individuazione del paziente a rischio, i criteri di allarme al sistema di emergenza intraospedaliera (MET), le modalità di primo trattamento e di intervento del rianimatore.
CONSENSO INFORMATO	Procedura per indirizzare gli operatori nell'acquisizione del consenso informato.
PROCEDURA GENERALE INERENTE LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE IN AMBIENTE OSPEDALIERO	Procedura per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni da Clostridium Difficile (CD) considerato il maggior responsabile di diarrea in ospedale.
TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO URGENTE	Procedura per il trasferimento in ambulanza di pazienti tra gli ospedali dell'ASL CN2 e da questi verso altri presidi di altre ASL/ASO.
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	Indicazioni per il controllo delle infezioni del sito chirurgico attraverso l'adozione di misure atte alla corretta gestione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico (fare pre-operatoria, intra-operatoria, post-operatoria).
RACCOMANDAZIONI PER LE MISURE DI ISOLAMENTO IN OSPEDALE	Misure per prevenire e interrompere la trasmissione di microrganismi patogeni da soggetto colonizzato o infetto ad un altro sano.
PROCEDURA PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DEL MRSA	Indicazioni per limitare la diffusione delle infezioni ospedaliere / nosocomiali da Stafilococco Aureo Resistente alla Meticillina.
GESTIONE FARMACI	Descrive le modalità di approvvigionamento immagazzinamento, custodia, conservazione, gestione delle scadenze, prescrizione, preparazione e somministrazione.
GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI E PSICOTROPI	Descrive le modalità di approvvigionamento, stoccaggio, conservazione, carico/scarico e distribuzione diretta di farmaci stupefacenti.
PROCEDURA ASSISTENZIALE INERENTE LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI (CVC)	Documento per definisce e uniforma la gestione del catetere venoso centrale/ cateteri intravascolari per ridurre l'incidenza delle infezioni e dei più importanti effetti collaterali.
PROCEDURA PER L'IGIENE DELLE MANI E L'UTILIZZO DEI GUANTI NELL'ASSISTENZA SANITARIA	Descrive i comportamenti del personale sanitario relativamente al lavaggio delle mani e all'uso dei prodotti per l'igiene al fine di ridurre l'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza e ridurre il rischio di contaminazione dell'operatore.
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE INERENTE IL CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA E AD INTERMITTENZA	Documento per uniformare le conoscenze e il comportamento degli operatori sanitari nella gestione del catetere vescicale al fine di ridurre l'incidenza delle infezioni e delle complicanze.
STERILIZZAZIONE A VAPORE SATURO DEI DISPOSITIVI MEDICI RIUTILIZZABILI	Descrive la preparazione dei dispositivi da sottoporre a sterilizzazione, le attività degli operatori coinvolti nel processo di sterilizzazione e i comportamenti per la salvaguardia della sterilità dei dispositivi.
ISTRUZIONE OPERATIVA DI SANIFICAZIONE E SANITIZZAZIONE DEI MATERASSI ANTIDECUBITO	Indicazioni per la sanificazione e sanitizzazione del materasso e coprimaterasso antidecubito.
GESTIONE DEI CARRELLI DI EMERGENZA	Modalità operative per la gestione del materiale contenuto nel carrello di emergenza.
PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA	Procedura sull'antibiotico profilassi perioperatoria al fine di ridurre l'incidenza di infezioni del sito chirurgico.
CORRETTO UTILIZZO DI EPARINE E FONDAPARINUX NELL'AMBITO DI PROFILASSI E TRATTAMENTO DEI TROMBOEMBOLISMI	Utilizzo di eparina nell'ambito di profilassi e trattamento del tromboembolismo.

**A.S.L. CN2**Azienda Sanitaria Locale
di Alba e BraVia Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

TITOLO	BREVE DESCRIZIONE
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita.
LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI PER L'ELABORAZIONE DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA	Linee di indirizzo aziendali per l'elaborazione della Scheda Unica di Terapia.
CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN OSPEDALE	Indicazioni sulle misure di prevenzione e controllo della legionella messe in atto a livello aziendale.
PROCEDURA PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA: CHECKLIST	Descrive le azioni per l'applicazione della check-list di Sala Operatoria, al fine di garantire la sicurezza del paziente.
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI PERIFERICI (CVP)	Documento per definisce e uniforma la gestione del catetere venoso periferico.
CUSTODIA/CONSEGNA PROTESI ED EFFETTI PERSONALI DELLE PERSONE ASSISTITE	Procedura che disciplina la conservazione di protesi ed effetti personali al fine di prevenirne lo smarrimento.
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO IN SALA OPERATORIA	Documento che descrive le attività per la valutazione, prevenzione e gestione del rischio emorragico in sala operatoria.
PREPARAZIONE E POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Procedura con lo scopo di definire modalità e responsabilità relative al corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio per assicurare la migliore esposizione chirurgica possibile e le condizioni posturali ottimali per prevenire eventuali danni.
SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI NEL PRESIDIO OSPEDALIERO	Fornisce indicazioni per l'attuazione della sorveglianza e controllo della trasmissione della Klebsiella pneumoniae produttrice di carbapenemasi in ospedale.
TRASPORTO DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI	Procedura che definisce le modalità di trasporto in sicurezza di farmaci chemioterapici antiblastici
GESTIONE SPANDIMENTI ACCIDENTALI DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI	Procedura per uniformare il comportamento da attuare in caso di spandimenti accidentali di farmaci antiblastici in modo da ridurre al minimo il rischio di contaminazione ambientale e personale.
SORVEGLIANZA DEI GERMI SENTINELLA	Documento che definisce come identificare e segnalare in modo tempestivo un paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi sentinella.
GESTIONE DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO	Uniformare la gestione delle soluzioni concentrate di potassio (approvvigionamento, conservazione, prescrizione, preparazione, somministrazione).
PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI E DENOSUMAB	Documento che definisce le gestione del paziente che deve iniziare o che è già in terapia con bifosfonati o denosumanb.
GESTIONE PERIOPERATORIA DELLA TERAPIA ANTIAGGRGANTE ANTICOAGULANTE	Linee di indirizzo per la gestione di pazienti in terapia antiaggregante e/o anticoagulante che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico o procedure invasive.
GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE TAO/TOACS CON SOVRADDOSAGGIO E/O SANGUINAMENTO	Linee di indirizzo per la gestione del paziente in terapia anticoagulante con sovraddosaggio e/o sanguinamento.
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELL'ASPERGILLOSI NOSOCOMIALE	Indicazioni preventive al fine di ridurre la produzione di polvere proveniente da opere di costruzione o ristrutturazione.
L'EMOTRASFUSIONE	Procedura con lo scopo di implementare le conoscenze teorico e pratiche su cosa fare prima, durante e dopo la trasfusione, il materiale da utilizzare, la preparazione e sorveglianza del paziente trasfuso.



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

IL RESPONSABILE
S.S. QUALITA' – RISK MANAGEMENT –
RELAZIONE CON GLI UTENTI

Luciano VERO

*Il presente documento è sottoscritto con firma
digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005*

LV/eg