

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

Verduno, 29/01/2026

SCHEMA RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI anno 2025

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

La Legge 24/2017, all'art. 2 comma 5, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, comprensiva delle cause che li hanno prodotti e delle conseguenti iniziative messe in atto per ridurre i rischi, la quale deve essere pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.

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”*
- 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”*.

Contesto aziendale di riferimento

L'ASL CN2 è dotata di un Presidio Ospedaliero situato a Verduno denominato “Ospedale Michele e Pietro Ferrero”. A livello territoriale l'ASL è suddivisa in 2 Distretti cui fanno capo 5 Case della Comunità (Alba, Bra, Santo Stefano Belbo, Cortemilia e Canale).

Scopo dell'Azienda è quello di assicurare ai propri assistiti il massimo livello qualitativo possibile di servizi e prestazioni, attraverso interventi sicuri, tempestivi, efficaci ed appropriati, nonché adeguati ai bisogni delle persone, nel rispetto della loro dignità ed autonomia, passando da un modello di cura ad un modello di presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità. L'Azienda organizza la rete dell'assistenza in attuazione della normativa nazionale e regionale di riferimento e secondo modalità che permettano di perseguire la continuità delle cure in una logica di efficienza e di efficacia. L'Azienda intende proporsi come attrattiva di nuove competenze e professionalità, anche in relazione alle potenzialità offerte dall'ospedale e dalle tecnologie d'avanguardia in esso presenti. Strettamente correlata è l'ulteriore finalità di svolgere un significativo ruolo nella ricerca e nella formazione, e quella di essere riconosciuta come centro di riferimento regionale per patologie specifiche.

La Legge n. 24 del 08.03.2017 dispone che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) definendone i compiti e le competenze del coordinamento delle attività di gestione del rischio clinico (all'art. 16 comma 2). Inoltre la Regione Piemonte con D.G.R. n. 14-8500 del 31.3.2008 ha approvato le "Indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per la gestione del rischio clinico e l'attivazione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico e prime linee di indirizzo su tematiche di particolare interesse"; a seguito del suddetto provvedimento, le Aziende Sanitarie Regionali sono state richiamate ad istituire l'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC) secondo le indicazioni riportate e a trasmettere il relativo atto alla Regione.

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, definite dall'Atto Aziendale, 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 Reporting
- Formazione degli operatori sanitari sulle tematiche riguardanti il rischio clinico
- Partecipazione al Gruppo Regionale Rischio Clinico e implementazione locale delle indicazioni
- Supporto alle attività di autovalutazione della documentazione clinica
- Supporto nell'elaborazione e diffusione di procedure aziendali
- Partecipazione al Comitato Gestione Sinistri
- Attività inerenti all'empowerment del cittadino
- Mediazione trasformativa dei conflitti
- Accredimento istituzionale

Presso l'ASL è altresì attiva l'Unità Prevenzione Rischio Infettivo che definisce la strategia aziendale di lotta contro le Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) e la stewardship antibiotica.

SEGNALAZIONI EVENTI

Le segnalazioni di eventi, o sistemi di reporting degli eventi avversi, rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell’imparare dall’errore”. Le segnalazioni hanno lo scopo di avviare un’attenta analisi delle cause che hanno generato gli eventi avversi o gli eventi evitati, con l’obiettivo finale di introdurre nel sistema adeguate misure correttive e prevenire il ripetersi dei problemi o il ripresentarsi delle condizioni di rischio.

Definizione di Evento Avverso: Evento inatteso correlato al processo assistenziale 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”.

Definizione di Quasi Evento/Near Miss: Evento avverso che non si verifica per un’azione concertata e tempestiva di cause favorevoli che ne impediscono l’evoluzione, ossia il manifestarsi come evento avverso.

Definizione di Evento Sentinella: 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 un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e l’implementazione delle adeguate misure correttive.

Segnalazione di Evento Avverso o di Quasi Evento/Near Miss.

L’operatore coinvolto o che sia venuto a conoscenza di un evento avverso o di un near miss compila in ogni sua parte la “Scheda di segnalazione spontanea degli eventi” e la trasmette alla struttura Risk Management.

Le schede vengono analizzate e, sulla base dei risultati, vengono pianificate specifiche azioni di miglioramento volte a ridurre l’incidenza degli eventi.

Gli eventi avversi più significativi vengono analizzati con tecniche e metodologie più specifiche (es. SEA), al fine di identificare apposite azioni di miglioramento.

Di seguito si riportano i dati degli eventi segnalati nel 2025.

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-sanita).

Per ogni evento sentinella, viene condotta un’indagine approfondita per valutare cause e fattori contribuenti, vengono individuate ed attuate le azioni correttive necessarie e misurati gli esiti nel tempo.

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.

La tabella seguente riassume gli eventi sentinella segnalati all'interno dell'ASL CN2 nell'anno 2025.

ID Evento	Categoria evento	Piano di azione
781	Strumento o altro materiale chirurgico ritenuto	Variazione della dimensione del dispositivo medico da utilizzare su particolari interventi chirurgici
782	Violenza su paziente	Variazione organizzativa con modifica delle regole di comportamento degli ospiti della struttura

EVENTO AVVERSO E NEAR MISS

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" ha invece una specifica scheda di segnalazione recepita all'interno di una specifica procedura aziendale.

Relativamente all'anno 2025 sono pervenute al Servizio Risk Management 16 segnalazioni di near miss (quasi eventi).

NEAR MISS				
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	Dipartimento di Emergenza e Urgenza	Punta smussa su ago chirurgico	Non prevenibile - problema di fabbricazione	Ritiro lotto - segnalazione dispositivo vigilanza
1	Dipartimento di Emergenza e Urgenza	Difficoltà nel conteggio garze	Mancata applicazione procedura	Barriera che ha bloccato l'evento
1	Dipartimento di Emergenza e Urgenza	Errato ritiro di emocomponente	Mancata applicazione procedura – barriera linguistica	Formazione specifica
2	Dipartimento Area Medica	Scorretta identificazione del paziente	Mancata applicazione procedura	Formazione specifica – cambiamento organizzativo
2	Dipartimento di Emergenza e Urgenza	Scorretta identificazione del paziente	Mancata applicazione procedura – condizione precarie dei pazienti	Formazione specifica – cambiamento organizzativo
1	Area territoriale	Scorretta identificazione del paziente	Mancata applicazione procedura	Formazione specifica – cambiamento organizzativo
1	Dipartimento di Emergenza e Urgenza	Rischio scambio di farmaci	Confezionamento identico (LASA)	Riorganizzazione logistica

6	Dipartimento Area Materno Infantile	Riduzione dell'assistenza	Sovraccarico di lavoro	Cambiamento organizzativo - Potenziamento organico
1	Dipartimento di Area Medica	Errato dosaggio in preparazione farmaco	Mancata doppio controllo nella struttura di preparazione	Inserito doppio controllo

Le segnalazioni degli eventi avversi sono state 34, di cui 2 eventi risultano complicanze non prevenibili o non prevedibili.

La tabella seguente riporta 32 eventi indesiderati pervenuti attraverso il sistema di segnalazione spontanea attivo a livello aziendale.

EVENTI AVVERSI SEGNALATI					
N. EVENTI	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	DANNO	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
4	Blocco operatorio	Avulsione dentale	Condizioni precarie del paziente	Complicanza	
1	Blocco operatorio	Errata etichettatura di provetta	Inesatta / Mancata lettura documentazione sanitaria o etichetta	Evento occorso, intercettato che non ha portato danni	Smaltimento precoce etichette non utilizzate
1	Blocco operatorio	Rinvio intervento chirurgico	Inesatta richiesta di emocomponenti	Danno per rinvio dell'intervento	Cambiamento organizzativo e di percorso in fase di prericovero
1	Blocco operatorio	Difficile gestione complicanza post operatoria	Mancata comunicazione e lavoro di equipe	Evento occorso che non ha portato danni	Istituito numero di emergenza
1	Blocco operatorio / Area diagnostica	Scambio di immagini di pazienti	Mancata comunicazione e lavoro di equipe	Evento occorso che non ha portato danni	Confronto tra equipe per passaggio di informazioni
3	Blocco operatorio / area chirurgica	Omessa comunicazione tra passaggio di setting assistenziale	Mancata comunicazione e lavoro di equipe	Evento occorso che non ha portato danni	Confronto tra equipe per passaggio di consegne
1	Area chirurgica	Lesione cutanea	Utilizzo improprio di dispositivo	Lesione cutanea	Ritiro del dispositivo
1	Area chirurgica	Infezione post chirurgica	Mancata applicazione di procedura	Infezione	Cambiamento organizzativo
1	Area emergenza e urgenza	Errata somministrazione di terapia	Mancata comunicazione, inesperienza	Evento occorso che non ha portato danni	Supervisione del personale in formazione

1	Area emergenza e urgenza	Possibile ritardo diagnostico	Mancata comunicazione	Evento occorso che non ha portato danni	Attivazione del Trauma Team
1	Area emergenza e urgenza	Errata somministrazione di terapia	Confezionamento identico (LASA)	Evento occorso che non ha portato danni	Riorganizzazione logistica
1	Area emergenza e urgenza / diagnostica	Scambio referto di esame diagnostico	Errore di identificazione di pazienti	Ritardo diagnostico	Sollecito identificazione attiva e braccialetto
1	Area Salute Mentale	Lesione cutanea	Difficoltà nel far seguire le procedure e le regole ai pazienti	Lesione cutanea	Modifica delle regole di comportamento degli ospiti della struttura
1	Area territoriale	Errata somministrazione di terapia	Mancata comunicazione	Evento occorso che non ha portato danni	Cambiamento organizzativo in fase di somministrazione di terapia
1	Area Medica / Diagnostica	Caduta di paziente	Stazionamento su lettino visita	Evento occorso che non ha portato danni	Sostituzione con barelle dotate di sponde di protezione
1	Area Medica	Malfunzionamento di attrezzature / dispositivi	Controlli su attrezzatura non idonei	Ritardo di terapia	Acquisto tester per controlli periodici
1	Area materno infantile	Trauma mano	Mancata visibilità all'apertura della porta di ingresso	Trauma mano	Richiesta variazione logistica
2	Area materno infantile	Errata somministrazione di terapia	Errata lettura di documentazione	Evento occorso che non ha portato danni	In corso di implementazione di SUT informatizzata
1	Area materno infantile	Errata somministrazione d pasto	Errata lettura di documentazione	Ritardi esecuzione esame diagnostico	Variazione della documentazione in uso
1	Area ambulatoriale / diurna	Errata somministrazione di terapia	Mancata comunicazione	Evento occorso che non ha portato danni	Variata scheda unica di terapia
1	Area ambulatoriale / diurna	Scambio di provette per esami ematici	Mancata identificazione di pazienti	Ripetizione esame	Sollecito identificazione attiva
1	Area ambulatoriale / diurna	Errata programmazione orari prelievi ematici	Inesperiencia operatore rispetto a nuova tecnologia	Riprogrammazione e ripetizione esami	Addestramento specifico
3	Area diagnostica	Scambio di referti	Inserimento manuale di esami	Evento occorso, intercettato che non ha portato danni	Richiesta integrazione informatica

1	Area amministrativa	Errata consegna di referto a paziente	Mancata formazione	Evento occorso che non ha portato danni	Formazione al personale neoassunto
---	---------------------	---------------------------------------	--------------------	---	------------------------------------

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

Le schede di rilevazione cadute delle persone assistite pervenute nell'anno 2025 sono state 224.

La tabella seguente riporta la distribuzione dell'evento caduta, in numeri assoluti, all'interno delle strutture.

STRUTTURE	N. CADUTE SEGNALATE (TOT: 224)
Medicina Interna	77
CAVS Canale	38
Ortopedia e Traumatologia	16
CAVS Verduno	13
SPDC	13
Neurologia	12
Hospice	12
Chirurgia Generale	11
Cardiologia - Utic	10
DEA /Pronto Soccorso	6
Urologia	5
Nefrologia	2
Oncologia	2
Daye Week Surgery	2
Pediatria	2
Medicina di Emergenza e Urgenza	1
Ostetricia	1
Gastroenterologia	1

AGGRESSIONI E VIOLENZA SU OPERATORI

A partire dal 2024 la Regione Piemonte ha implementato per le aziende sanitarie, il caricamento su applicativo SIMES degli eventi di aggressione e violenza da parte degli utenti a danno degli operatori.

L'ASL CN2 ha una specifica procedura interna per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori, con specifico modulo e percorso di segnalazione.

Gli episodi di violenza segnalati per il 2025 sono stati in tutto 85, per un totale di 109 operatori coinvolti. Tutti gli eventi segnalati vengono puntualmente riportati sull'applicativo informatico regionale.

PROCEDURE AZIENDALI

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
PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
GESTIONE INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE
TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE A LIVELLO DELL' APPARATO RESPIRATORIO
PROCEDURA GENERALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE
GESTIONE DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSERIMENTO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO AFFERENTE ALLA DIPSА
PIANO DI RISPOSTA ALLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE
CONSENSO INFORMATO
PROCEDURA GENERALE INERENTE LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE IN AMBIENTE OSPEDALIERO
TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO URGENTE
PROCEDURA PER L'ACCOMPAGNAMENTO URGENTE DEI PAZIENTI IN AMBULANZA CON ACCOMPAGNAMENTO INFERMIERISTICO
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO
RACCOMANDAZIONI PER LE MISURE DI ISOLAMENTO IN OSPEDALE
PROCEDURA PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DEL MRSA
GESTIONE FARMACI
GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI E PSICOTROPI
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI
PROCEDURA PER L'IGIENE DELLE MANI E L'UTILIZZO DEI GUANTI NELL'ASSISTENZA SANITARIA
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE INERENTE IL CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA E AD INTERMITTENZA
STERILIZZAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI RIUTILIZZABILI
ISTRUZIONE OPERATIVA DI SANIFICAZIONE E SANITIZZAZIONE DEI MATERASSI ANTIDECUBITO
GESTIONE DEI CARRELLI DI EMERGENZA
PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA
PROFILASSI DEI TROMBOEMBOLISMI
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA
LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI PER L'ELABORAZIONE DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA
CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN OSPEDALE
PROCEDURA PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA: CHECKLIST
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DELLE PERSONE ASSISTITE
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO IN SALA OPERATORIA
PREPARAZIONE E POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA
SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI NEL PRESIDIO OSPEDALIERO
TRASPORTO DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI
GESTIONE SPANDIMENTI ACCIDENTALI DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI
SORVEGLIANZA DEI GERMI SENTINELLA
GESTIONE DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO
PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI E DENOSUMAB
GESTIONE PERIOPERATORIA DELLA TERAPIA ANTIAGGRGANTE ANTICOAGULANTE



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Sede Legale: Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel: +39 0172 -1401111

e-mail: aslcn2@legalmail.it

sito aziendale: www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

TITOLO
GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE TAO/TOACS CON SOVRADDOSAGGIO E/O SANGUINAMENTO
PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELL'ASPERGILLOSI NOSOCOMIALE
L'EMOTRASFUSIONE
GESTIONE DELL'EMERGENZA PRESSO LE SEDI EXTRA-OSPEDALIERE
SEGNALAZIONE INCIDENTI E RECLAMI DI DISPOSITIVI MEDICI E DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NELLE STRUTTURE SANITARI
UTILIZZO DEI PRESIDI DI SICUREZZA CHE LIMITANO I MOVIMENTI DEI PAZIENTI
DIAGNOSI E ANTIBIOTICOTERAPIA DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE (I.V.U.)

IL RESPONSABILE

S.S. QUALITA' – RISK MANAGEMENT –
RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Luciano VERO

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

LV/eg