S.S. RISCHIO CLINICO E INFETTIVO
S.C. GOVERNO CLINICO – QUALITÀ – RICERCA
Direttore f.f. Guglielmo PACILEO

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI ANNO 2024

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

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

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.

Nell'ASL AL è in vigore il documento aziendale "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi e gli eventi sentinella" (Codice AL.RCRI.042.2012.01) emesso nell'anno 2012.

Con questo atto è stato introdotto, disciplinato e diffuso l'utilizzo di una specifica scheda di Incident Reporting finalizzata alla segnalazione volontaria, da parte di tutti gli operatori sanitari, degli eventi avversi, eventi sentinella ed eventi mancati accorsi.

Inoltre presso l'ASL AL è in vigore il documento aziendale "Criteri guida aziendali per la prevenzione delle cadute dei pazienti afferenti all'ASL AL" (AL.RCRI.010.2015.03) che prevede l'utilizzo di una scheda di segnalazione specifica per gli eventi riferiti a cadute degli assistiti nelle strutture aziendali.

Le tabelle di seguito riportano gli Eventi Sentinella, i Quasi Evento (Near Miss) e gli Eventi Avversi raccolti attraverso gli strumenti di Incident Reporting attivi a livello aziendale.

"QUASI EVENTO" SEGNALATI NELL'ANNO 2024 (totale 4)					
n° eventi	**Area di appartenenza**	**Tipologia**	**Cause**	**Danno**	**Azioni di miglioramento**
1	**Dip. Chirurgico** (SC Chirurgia) **Dip. Servizi Diagnostici** (SSD SIMT)	Discrepanza dati anagrafici tra richiesta e provetta campione sangue	Bias cognitivo di stampa etichette	Nessuno	• Confronto con l'Infermiere coinvolto. • Riesame della procedura specifica con l'equipe infermieristica del reparto nel corso di riunione verbalizzata; indicazione specifica alla identificazione della provetta prima dell'esecuzione del prelievo di sangue.
1	**Dip. Emergenza – Urgenza** (SC MeCAU) **Dip. Materno - Infantile** (SC Ostetricia) **Dip. Servizi Diagnostici** (SSD SIMT)	Mancata consegna emocomponenti Rh 0neg stoccati presso SC MeCAU per emergenze - urgenze	• Mancato rispetto delle procedure di richiesta di emocomponenti in urgenza. • Problematiche di coordinamento all'interno delle equipe assistenziali.	Nessuno (Non è stata data indicazione alla trasfusione)	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Ricondivisione con gli operatori interessati circa le procedure da adottare per la richiesta di emocomponenti in urgenza e l'acquisizione di sacche Rh0neg adibite all'emergenza e stoccate presso SC MeCAU. • Suggerimento al SIMT di dettagliare le modalità di contatto del medico trasfusionista reperibile per il ritiro degli emocomponenti stoccati presso SC MeCAU. • Esortazione a migliorare il coordinamento tra personale operante presso la sala parto ed il settore di degenza in corso di procedure / interventi.
1	**Dip. Medico** (SC Medicina) **Dip. Servizi Diagnostici** (SSD SIMT)	Mancata restituzione di n. 2 sacche di emazie al SIMT dopo ritiro per eventuale somministrazione	In fase di determinazione	Nessuno (al paziente è stata garantita la terapia trasfusionale nei tempi e nei modi appropriati)	In fase di programmazione un incontro di approfondimento con i responsabili e gli operatori coinvolti.
1	**Dip. Chirurgico** (SC Ortopedia) **Dip. Servizi Diagnostici**	Creazione anagrafica ricovero errata con conseguente emissione di referti esami errati	In fase di determinazione	Nessuno	In fase di accertamento lo svolgimento degli eventi (passaggi dell'assistito nei vari setting assistenziali) e delle possibili cause.

Totale Quasi Evento anno 2024: n° 24

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Dipartimento
Attività Integrate
Ricerca e Innovazione
AOU AL - ASL AL

"EVENTO AVVERSO" SEGNALATI NELL'ANNO 2024 (totale 24)

n° eventi	Area di appartenenza	Tipologia	Cause	Danno	Azioni di miglioramento
7	**Dip. Servizi Diagnostici** (SC Radiologia)	Stravaso di mezzo di contrasto in corso di esami radiologici	Fragilità patrimonio venoso	Edema perivasale senza altre conseguenze	Cause intrinseche individuali legate al patrimonio venoso.
3	**Dip. Chirurgico** (Blocco Operatorio)	Avulsione dentale in corso di IOT	IOT difficile	Avulsione dentale	• Esecuzione di consulenza odontostomatologica prima della dimissione.
1	**Dip. Chirurgico** (Blocco Operatorio)	Lussazione spalla durante manovre di mobilizzazione in blocco operatorio in assistito.	Agitazione psicomotoria in fase di risveglio con necessità di contenimento	In fase di determinazione da parte del Comitato Sinistri a seguito di richiesta risarcitoria	In fase di determinazione da parte del Comitato Sinistri a seguito di richiesta risarcitoria
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC Anestesia – Rianimazione)	Riscontro di malposizionamento di SNG per nutrizione enterale in paziente sottoposto a supporto ventilatorio con IOT.	Utilizzo di metodica non efficace per la verifica del posizionamento (auscultazione)	Riposizionamento del dispositivo	• Suggerimento dell'utilizzo della Phmetria e delle indagini radiologiche (ecografia – radiografia) in caso di forte dubbio per la verifica del posizionamento del dispositivo. • Trasmissione delle evidenze scientifiche in merito all'argomento. • Incremento delle verifiche pre e post somministrazione della nutrizione enterale con attenzione alla tracciabilità delle stesse.
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC Anestesia – Rianimazione)	Rottura di un ago (set siringa con ago per anestesia) durante il posizionamento di un drenaggio toracico.	Difetto del dispositivo	Intervento di rimozione del corpo estraneo	• Trasmessa segnalazione a Dispositivo Vigilanza per le procedure del caso.
1	**Dip. Chirurgico** (SC Otorino)	Rottura timpanica durante pulizia del CUE in regime ambulatoriale	Complicanza della procedura	Rottura timpanica	• Programmazione controllo dopo prima visita per attuare le cure del caso.
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC MeCAU)	A seguito di accesso alla SC MeCAU prescrizione e somministrazione di terapia domiciliare (scritta su documento inviato da RSA) di altro assistito ricoverato nella medesima RSA	• Trasmissione di documentazione errata da parte della RSA di provenienza • Bias cognitivo nella rilevazione della terapia domiciliare	NESSUN DANNO rilevato	• Coinvolgimento della SSD Vigilanza utile al confronto con il personale della RSA per invitare lo stesso a prestare attenzione alla documentazione di accompagnamento degli assistiti.
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC MeCAU) **Dip. Servizi Diagnostici** (SC Radiologia)	Errore di refertazione.	• Bias cognitivo in fase di dettatura del referto al sistema informatizzato	Esecuzione di esame radiologico in distretto corporeo errato	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Nell'immagine radiografica è presente la lateralità inserita manualmente da parte del TSRM al momento dell'esecuzione dell'indagine diagnostica. Ciò permette di certificare ed identificare la lateralità del distretto indagato. • Richiesta alla ditta fornitrice del sistema R.I.S. in merito all'eventuale disponibilità di aggiornamenti riferiti al riconoscimento vocale ed alla trascrizione del testo.

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Dipartimento
Attività Integrate
Ricerca e Innovazione
AOU AL - ASL AL

"EVENTO AVVERSO" SEGNALATI NELL'ANNO 2024

n° eventi	Area di appartenenza	Tipologia	Cause	Danno	Azioni di miglioramento
1	**Dip. Chirurgico** (Blocco Operatorio)	Distacco di vite da strumento laparoscopico durante intervento	Difetto dello strumentario	Nessun danno	• Tramissione della segnalazione alla ditta che ha in carico il service di gestione dello strumentario la quale ha coinvolto la ditta produttrice. • Verifica della conformità dello strumentario residuo. • Formazione degli operatori addetti alla centrale di sterilizzazione da parte della ditta affidataria del servizio.
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC MeCAU) **Dip. Chirrugico** (SC Ortopedia)	Mancato accompagnamento in corso di trasporto secondario classe II di Eherenwerth verso altra struttura	Mancato rispetto della procedura in vigore al momento dell'evento	Nessun danno	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Proposta di revisione della procedura trasporti (azione attuata) • Confronto con specialista incaricato dell'accompagnamento circa il rispetto della procedura trasporti e la condotta prevista in caso di copertura della pronta disponibilità.
1	**Dip. Materno - Infantile** (SC Ginecologia)	Somministrazione di terapia non prescritta con errata gestione assistenziale	Mancato rispetto delle raccomandazioni normative e di sicurezza nella somministrazione della terapia	Ritardo di procedura	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Confronto con l'infermiere per il riesame del caso, l'evidenziazione delle criticità e gli obblighi normativi previsti. • Indicazione ad eseguire una riunione con il personale infermieristico ed ostetrico per riproporre all'attenzione le buoen pratiche specifiche. Contemporaneamente alla conduzione dell'istruttoria da parte della Funzione Rischio Clinico è stata avviata da parte degli organismi competenti un'azione disciplinare.
1	**Dip. Servizi Diagnostici** (SC Anatomia Patologica)	Smarrimento vetrini contenenti campioni biologici durante la processazione	Non determinate	Nessun danno (erano presenti altri campioni con il medesimo materiale)	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Separazione rifiuti ed aumento della conservazione per agevolare eventuali verifiche a posteriori della processazione del campione • Implementazione di un'attività di conteggio dei vetrini al termine delle operazioni di processazione per evidenziare precocemente eventuali smarrimenti.
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC MeCAU) **Dip. Chirurgico** (SC Urologia)	Gestione complicata di assistito con problemi urologici	Difficoltà di coordinamento con struttura di riferimento per la gestione del paziente urologico	Nessun danno (sono state assicurate le cure appropriate)	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Proposta alla Direzione Aziendale di organizzazione di un tavolo congiunto con la struttura di riferimento per la gestione degli assistiti con problemi uroglogici. • Proposta di aggiornamento procedura dei trasporti (azione attuata).
1	**Dip. Chirurgico** (Blocco Operatorio)	Riscontro post-procedura di piccole ustioni di I e II grado attorno al campo operatorio	In fase di determinazione	Riscontro post – operatorio di ustioni di I e II (in fase di determinazione le possibili cause)	In fase di programmazione l'incontro con i professionisti interessati.

"EVENTO AVVERSO" SEGNALATI NELL'ANNO 2024					
n° eventi	Area di appartenenza	Tipologia	Cause	Danno	Azioni di miglioramento
1	**Dip. Servizi Diagnostici** (SC Radiologia)	Rottura di parte esterna del catetere Midline in corso di infusione di mezzo di contrasto durante esame radiologico	Non determinate	Nessun danno	• Ripristino dell'integrità del catetere da parte del personale afferente all'ambulatorio specializzato nell'impianto e gestione dei cateteri venosi.
1	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC MeCAU) **Dip. Servizi Diagnostici** (SC Radiologia)	Mancato riscontro alle radiografie di frattura pertrocanterica destra in assistito allettato con Malattia di Alzheimer	• Assistito non collaborante • Esame obiettivo meritevole di approfondimento • Mancata visualizzazione della lesione al radiogramma per guasto informatico (immagini non in HD) e posizione obbligata	Ritardato riscontro della lesione per la quale non è stata indicazione trattamento chirurgico	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** • Invito a revisione caso con medico coinvolto nella gestione del paziente e con specialista radiologo per il riesame dei radiogrammi.

Totale Eventi Avversi anno 2024: n° 24

REPORT EVENTI AVVERSI da "CADUTA ACCIDENTALE ASSISTITO" ANNO 2024

Nell'anno 2024 sono pervenute alla SS Rischio Clinico e Rischio Infettivo 233 segnalazioni di caduta accidentale suddivise in

- 230 eventi in ambito ospedaliero
- 3 eventi in ambito distrettuale

Di seguito vengono espresse in forma tabellare le distribuzioni di frequenza assolute degli eventi caduta ripartite per: singola struttura di accadimento.

Ripartizione per struttura

Strutture ASL AL	Totale Cadute
CARDIOLOGIA	10
CHIRURGIA	14
CONSULTORIO	2
DEA/PRONTO SOCCORSO	13
GINECOLOGIA / OSTETRICIA	3
HOSPICE	1
MALATTIE APP. RESPIRATORIO	11
MEDICINA	105
MEDICINA FISICA RIABILITAZIONE	29
NEUROLOGIA	5
ONCOLOGIA	6
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	21
PEDIATRIA	1
PSICHIATRIA	8
RADIOLOGIA	1
UROLOGIA	3
Totale complessivo	**233**

Totale Eventi Avversi da Caduta Accidentale Assistito anno 2024: n° 233

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” emesso nel luglio del 2024 dal Ministero della Salute – UFFICIO 3 - Qualità, Rischio Clinico e Programmazione Ospedaliera

Le informazioni relative agli eventi sentinella sono registrate sul portale Sistema Piemonte.

“EVENTO SENTINELLA” SEGNALATI NELL’ANNO 2024 (totale 4)					
ID eventi	**Area di appartenenza**	**Tipologia**	**Cause**	**Danno**	**Azioni di miglioramento**
ID 624	**Dip. Medico** (SC Pneumologia)	Morte o grave danno per caduta di paziente	Decadimento cognitivo in paziente con sindrome extrapiramidale	Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente	**SCHEDA C ID 75** Riproposizione all'attenzione del coordinatore infermieristico delle buone pratiche inerenti alla prevenzione delle cadute prevenibili e prevedibili. Proposta revisione della procedura aziendale specifica nella anno 2025
ID 661	**Area Coordinamento Riabilitativo** (SC RRF)	Morte o grave danno per caduta di paziente	Caduta accidentale post intervento per frattura traumatica femore sx	Reintervento chirurgico	**SCHEDA C ID 76** • Riunione di reparto con tutto il personale(infermieri, OSS e fisioterapisti): convocata in data 27/03/2024, nell'ottica di un sistema organizzativo PRO-ATTIVO • Ridiscusso il protocollo “cadute” posto in essere nella struttura e dei “metodi e strategie” da mettere in atto in caso di paziente a rischio **SCHEDA C ID 77** • Ricerca la causa radice tramite Root Cause Analysis Conclusione: la paziente ha sovrastimato la propria autonomia **SCHEDA C ID 78** • Audit interno sull’evento occorso • Riunione di equipe per impostare il PRI mirato per tutte le figure professionali. La paziente è tornata a camminare con Walker

“EVENTO SENTINELLA” SEGNALATI NELL’ANNO 2024 (totale 4)					
ID eventi	**Area di appartenenza**	**Tipologia**	**Cause**	**Danno**	**Azioni di miglioramento**
ID 698	**Dip. Emergenza - Urgenza** (SC MeCAU)	Morte o grave danno per caduta di paziente	Decadimento cognitivo	Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente. Falda emorragica epidurale. Ricovero in area medica	Riproposizione all'attenzione del coordinatore infermieristico delle buone pratiche inerenti alla prevenzione delle cadute prevenibili e prevedibili. Proposta revisione della procedura aziendale specifica nella anno 2025
ID 732	**Dip. Medico** (SC Neurologia)	Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica	Bias cognitivo, mancato rispetto protocollo	Coma	**Condotto SEA (Significant Event Audit)** Report SEA in fase di approvazione

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 A.S.R. (piani di azione) per la segnalazione delle azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi sentinella.

Totale Eventi Sentinella anno 2024: n° 4

Le procedure ad oggi in vigore presso l’ASL AL adottate per la prevenzione degli eventi sentinella, avversi e near miss, nonché per il controllo del rischio infettivo sono consultabili ai seguenti link del sito aziendale: https://www.aslal.it/rischio-clinico-e-controllo-delle-infezioni-ospedaliere