

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025
INTRODUZIONE

Nell'ASL CN1 sono presenti due Presidi Ospedalieri (Mondovì Ceva, Savigliano Saluzzo Fossano), e 4 Distretti (Sud Est, Sud Ovest, Nord Est, Nord Ovest) e agisce una Struttura Semplice in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure: S.S. Risk Management.

In Azienda è inoltre presente la S.S. Prevenzione Rischio Infettivo Correlato Assistenza (PRICA), ugualmente in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, che analogamente alla precedente si occupa delle attività di prevenzione degli eventi avversi, specificamente per quelli infettivi nei pazienti.

DATI DI ATTIVITA'

La valutazione della frequenza degli eventi avversi contenuti in questa relazione richiede anche la nozione dell'entità totale delle prestazioni fornite. Di seguito una tabella con i dati di produzione dell'ASL CN1 dell'anno 2025 che rappresentano il notevole denominatore per il calcolo della numerosità relativa.

Dati produzione ASL CN1 anno 2025					
Prestazioni Ambulatoriali	Sede	Passaggi PS/DEA	Ricoveri Diurni	Ricoveri Ordinari	TOT ricoveri DH+RO
4.378.861	Mondovì	36.516	2.130	6.874	9.004
	Ceva	8.441	736	894	1.630
	Savigliano	44.522	2.983	7.895	10.878
	Saluzzo	10.025	932	1.245	2.177
	Fossano		11	805	816
	TOTALE	99.504	6.792	17.713	24.505

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025
IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'ASL CN1 ha recepito tutte le Raccomandazioni Ministeriali emesse. Il Servizio Risk Management in collaborazione con i diversi gruppi di lavoro ha elaborato i documenti necessari alla contestualizzazione delle indicazioni fornite dalle Raccomandazioni, ha provveduto alla loro pubblicazione sulla intranet aziendale e ne ha dato ampia diffusione a tutti gli operatori interessati.

Raccomandazione	Applicabilità in Azienda	Implementazione
Racc N° 1 Uso KCL	SI	SI
Racc N° 2 Prevenzione ritenzione materiale chirurgico	SI	SI
Racc N° 3 Identificazione paziente e lato	SI	SI
Racc N° 4 Prevenzione suicidio	SI	SI
Racc N° 5 Prevenzione reazione trasfusionale	SI	SI
Racc N° 6 Prevenzione morte materna	SI	SI
Racc N° 7 Prevenzione morte e danni da terapia	SI	SI
Racc N° 8 Prevenzione violenza contro operatori	SI	SI
Racc N° 9 Prevenzione EA da dispositivi e malfunzionamenti	SI	SI
Racc N° 10 Prevenzione osteonecrosi mandibola	SI	SI
Racc N° 11 Prevenzione morte e danni da trasporto	SI	SI
Racc N° 12 Prevenzione errori terapia con farmaci LASA	SI	SI
Racc N° 13 Prevenzione e gestione cadute	SI	SI
Racc N° 14 Prevenzione errori terapia antitumorale	SI	SI
Racc N° 15 Prevenzione morte e danni da errato triage	SI	SI
Racc N° 16 Prevenzione morte neonato	SI	SI
Racc N° 17 Riconciliazione Terapeutica	SI	SI
Racc N° 18 Uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	SI	SI
Racc N° 19 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	SI	SI
Manuale Gestione Eventi Avversi	SI	SI
Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria	SI	SI

Vengono inoltre effettuate in modo sistematico alcune attività finalizzate all'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza:

- aggiornamento procedure;
- elaborazione procedure/istruzioni operative ritenute necessarie in casi specifici;
- corsi di formazione.

Periodicamente in base a quanto previsto dalle procedure e in situazioni particolari, come in caso di eventi o di segnalazioni, si effettuano valutazioni sul grado di applicazione.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza dell'Azienda segue quanto previsto dal Ministero della Salute, "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella", luglio 2024.

La procedura aziendale, aggiornata a dicembre 2024, prevede che sia segnalato alla S.S. Risk Management ogni evento sentinella verificatosi e che le informazioni relative siano registrate sul portale Sistema Piemonte. La Regione Piemonte ha previsto anche la relazione, a distanza di tempo, sulle azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi accaduti.

Per ogni evento sentinella viene condotta un'analisi approfondita e strutturata con tecniche specifiche (Root Cause Analysis, Audit) per valutare i fatti, le dinamiche, le cause e i fattori contribuenti; inoltre individuare, progettare ed attuare le azioni correttive necessarie e possibili e ancora misurare gli esiti sull'organizzazione nel tempo.

Nel corso del 2025 in Azienda sono stati segnalati 5 Eventi Sentinella secondo la precitata classificazione: 1 tentativo anticonservativo, 2 traumi maggiori da caduta, 1 ritardo diagnosi medica, 1 impossibilità di processazione di campioni biologici. Le aree coinvolte sono state: psichiatrica, emergenza, riabilitativa, medica, servizi.

Gli eventi, come da normativa, sono stati inseriti sulla piattaforma SIMES e sono state compilate le rispettive schede A, B e C.

Gli eventi sono stati tutti analizzati mediante RCA e Audit. I piani di azione hanno previsto le seguenti azioni di miglioramento:

Azioni di miglioramento

Riunione équipe su prevenzione cadute. Programmata revisione procedura cadute. Implementazione sistema di prevenzione cadute.

Emissione di nuovi protocolli relativi al triage.

Implementazione formazione per i Medici gettonisti relativamente alle procedure/protocolli in uso in Azienda.

Standardizzazione tempistiche di rilevazione dei parametri vitali dei pazienti in attesa presso la sala barelle.

Valutazione da parte del Medico di reparto dei pazienti ricoverati il pomeriggio precedente, prima dell'ordinario giro visita medica giornaliero.

INCIDENT REPORTING

L'Incident Reporting è una raccolta strutturata delle segnalazioni di eventi o quasi eventi che gli operatori sanitari effettuano, anche in forma anonima.

Questa attività è utile nel fornire la base per l'analisi, monitoraggio e prevenzione degli errori e anche per la valutazione del rischio.

Presso l'Azienda è in uso un modulo cartaceo, tramite il quale gli operatori descrivono l'evento, le circostanze, le modalità, la gravità per il paziente, la comunicazione ed i rimedi.

Nel 2025 è entrato in uso il modulo informatizzato per le segnalazioni, che prevede la compilazione di una serie di dati secondo lo schema seguente:

- ☐ area di appartenenza;
- ☐ dati relativi al paziente;
- ☐ circostanze dell'evento: luogo e data in cui si è verificato;
- ☐ tipo di prestazione;
- ☐ descrizione dell'evento;
- ☐ conseguenze dell'evento;
- ☐ valutazione gravità del danno;
- ☐ azioni correttive/preventive intraprese in seguito all'evento;
- ☐ comunicazione del danno;
- ☐ qualifica di chi segnala l'evento;
- ☐ tipologia di errore;
- ☐ possibili fattori che hanno contribuito al suo accadimento.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

Le schede di segnalazione sono inviate alla SS Risk Management dove i dati contenuti vengono analizzati singolarmente e poi sistematizzati in report cumulativi. Da questi derivano l'individuazione di azioni correttive e la mappatura del rischio.

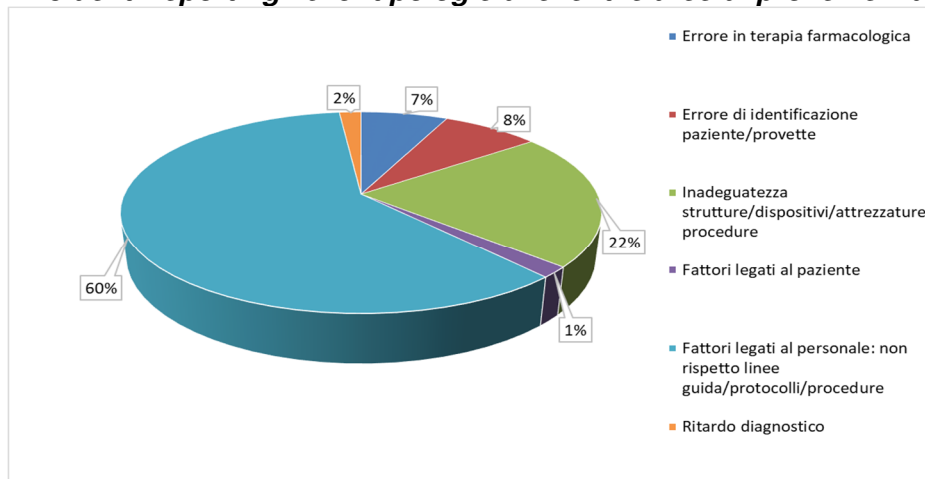
Gli eventi valutati come significativi per potenziale dannoso, per eziologia, per modalità, per frequenza sono oggetto di studio specifico con il metodo del SEA (Significant Event Audit) o con l'analisi come da London Protocol. Nel 2025 sono stati segnalati n. 46 eventi avversi e n. 69 quasi eventi.

Tipologia quasi eventi	N
Presidi/attrezzature/manutenzione	5
Trasfusioni	2
Stoccaggio farmaci	2
Preparazione pre-operatoria	49
Braccialetto identificativo	3
Confezionamento campioni	8
Totale	69

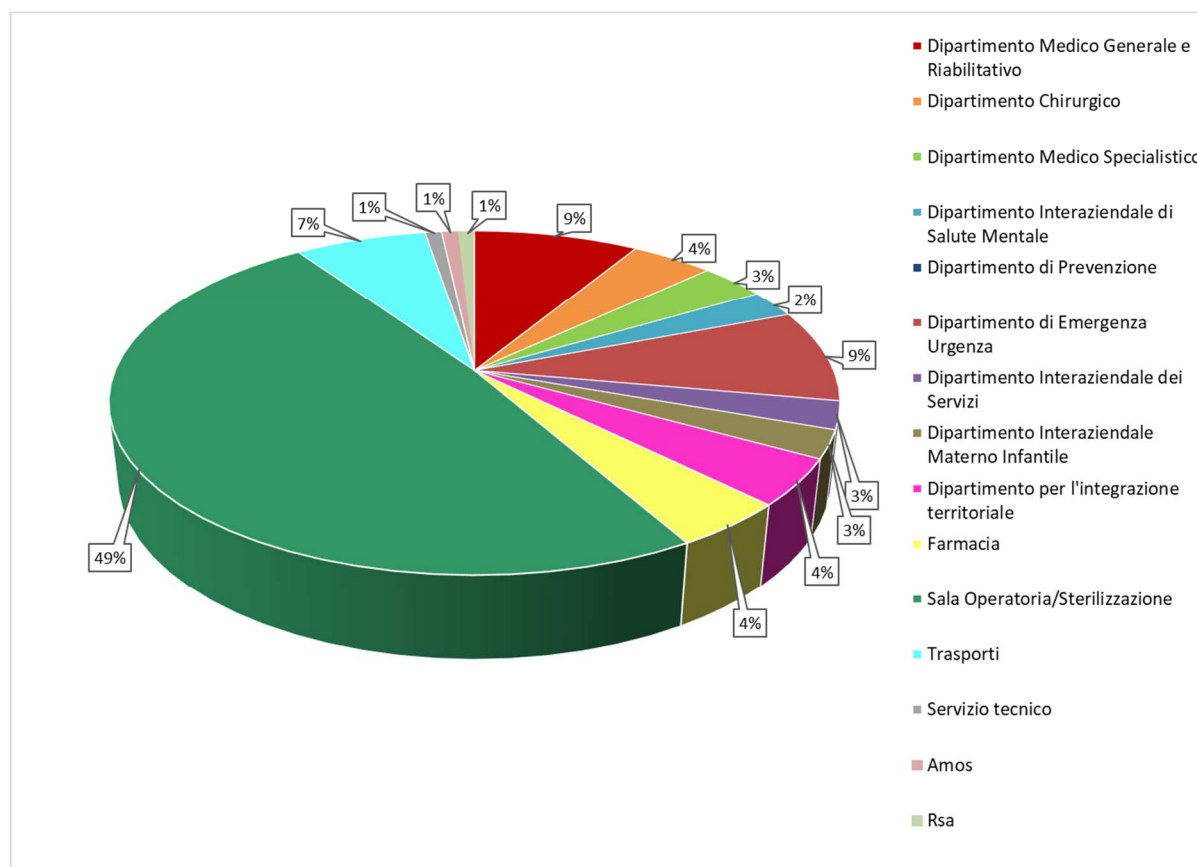
Tipologia eventi avversi	N
Terapia farmacologica	10
Dispositivi medici	8
Attrezzature	7
Identificazione paziente	8
Organizzazione	1
Campioni/referti	2
Urto	1
Complicanze da stravasamento	2
Gestione dispositivi medici	2
Blocco informatico	3
Alimenti	2
Totale	46

Nel 2025 alla ricezione delle segnalazioni è stata affiancata la ricerca attiva di eventi o quasi eventi tramite la consultazione dei registri delle Non Conformità tenuti nei reparti che ne dispongono. Questa modalità attiva ha incrementato il numero delle risultanze localizzate nei blocchi operatori, rappresentando quindi una progressione di conoscenza più che un aumento dei fenomeni.

Di seguito i grafici rappresentano le aree di provenienza e le tipologie **del totale** delle segnalazioni:

Incident Reporting 2025: tipologie di eventi e aree di provenienza


Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025



Azioni di miglioramento:

In relazione ai diversi casi e alle diverse tipologie sono state messe in atto:

- 1) Ripasso procedure nelle strutture coinvolte, formazione sul campo, revisione modalità organizzative.
- 2) Revisione/elaborazione procedure e modulistica.
- 3) Segnalazioni a strutture competenti su via gerarchica.
- 4) RCA, Audit e discussioni di gruppo su specifiche criticità.
- 5) Interventi del Servizio Tecnico.
- 6) Acquisizione e sostituzione attrezzature medicali.
- 7) Segnalazioni alle ditte che forniscono i dispositivi tramite la Farmacia Ospedaliera.
- 8) Segnalazioni malfunzionamenti informatici al CED e successive riunioni organizzative.
- 9) Segnalazioni e restituzione materiale non conforme e/o difettoso.

CADUTE

Ogni anno, nella popolazione generale, circa un terzo dei soggetti con più di 65 anni è vittima di una caduta. Vista la numerosità dei casi di cadute di pazienti, è inoltre attivo un flusso informativo specifico, facilitato mediante l'utilizzo di modulo di segnalazione informatizzato reperibile su intranet. Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da disturbo della coscienza e demenza.

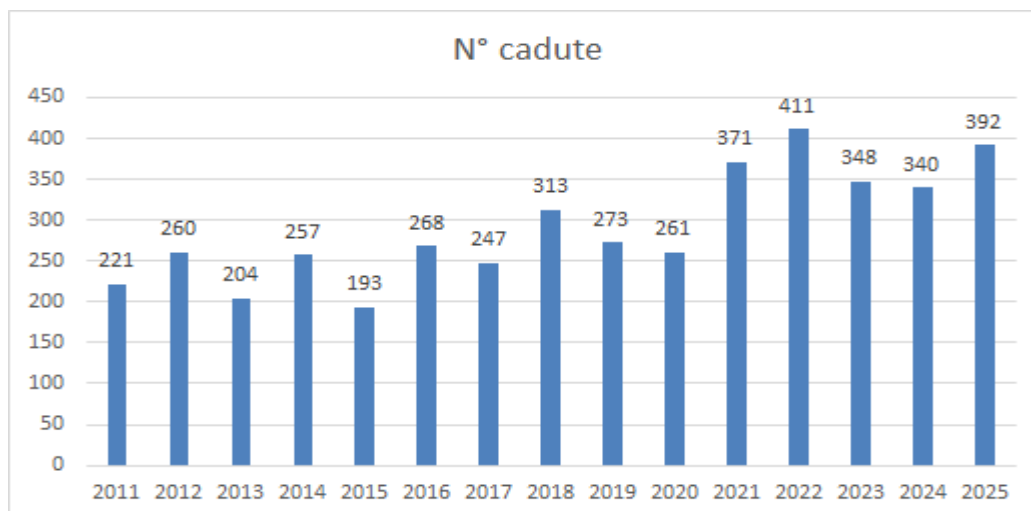
L'andamento delle segnalazioni dal 2011 al 2025 è descritto nel grafico successivo.

Il tasso rilevato presso l'ASL CN1 è del 1,6%, in linea con l'atteso di letteratura.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

Il numero bruto delle cadute è lievemente aumentato rispetto all'anno precedente, ma i casi gravi stanno diminuendo passando dal 2,59% del 2023 all'1,76% del 2024 e al 1,25% del 2025, si suppone che ciò possa essere dipeso da:

- informazione fornita agli operatori sull'importanza della correttezza delle segnalazioni;
- attuazione di strategie organizzative di prevenzione sia delle cadute che dei danni;
- crescente coinvolgimento attivo dei caregivers.



AREA DI DISTRIBUZIONE	NUMERO	PERCENTUALE
Aree Comuni	3	0,75%
Ambulatorio	5	1,25%
Anestesia/Rianimazione	6	1,50%
Cardiologia/UTIC	23	5,90%
Cavs	2	0,50%
Chirurgia	19	4,80%
Psichiatria	40	10,15%
Dea	19	4,80%
Distretto	4	1,00%
Ginecologia E Ostetricia	1	0,25%
Hospice Busca	12	3,00%
Lungodegenza	11	2,80%
Medicina Fisica Riabilitativa	34	8,70%
Medicina	163	42,00%
Neurologia Neuroriabilitazione	19	4,80%
Ortopedia	15	3,80%
Otorinolaringoiatria	4	1,00%
Pediatria	2	0,50%
Riabilitazione Cardiologica	5	1,25%
Urologia	5	1,25%
TOTALE	392	100%

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

L'analisi relativa alle schede cadute del 2025 mostra i seguenti dati di rilievo:

- a) ricovero ordinario 88,5%
- b) fascia di età oltre agli 80 anni: 38%
- c) sesso maschile: 58,2%
- d) calzature assenti o non idonee: 75,7%
- e) terapia con almeno 4 farmaci: 79%
- f) posizione seduta 49,5%
- g) assenza di fattori strutturali 92%
- h) pazienti informati su rischio cadute 84%
- i) nessun danno: 67,6%
- j) accertamenti richiesti: 79%
- k) trattamenti terapeutici di minima entità: 70,3%.
- l) casi gravi: 1,25%.

Azioni di miglioramento

Rispetto ai casi segnalati, si analizza la frequenza per reparto e si analizzano i casi più significativi per conseguenze o per specificità particolari.

In caso di riconoscimento di fattori eziologici strutturali vengono integrate le rilevazioni del Servizio Tecnico e sollecitate le richieste di interventi necessari, anche nel corso di visite di ricognizione.

Nei rari casi di non completa applicazione della procedura aziendale vengono effettuate riunioni di reparto, per valutare la violazione e supportare le azioni di miglioramento.

Negli anni la dotazione di letti per degenza è stata ammodernata, con acquisizione di tipologia abbassabile e iperabbassabile, quest'ultima permette di ridurre il danno connesso alla caduta. Anche le barelle dei DEA e Pronto Soccorso e di trasporto sono state rinnovate nella tipologia con sbarre di prevenzione e protezione.

Sono stati effettuati audit nelle strutture con maggiore casistica.

Ogni anno viene offerto il corso FAD interno sul rischio clinico di base, comprendente una lezione specifica dedicata alla prevenzione delle cadute e per il 2026 è prevista la formalizzazione di un ulteriore corso FAD specifico sul tema. La natura di corso attivabile a distanza permette la frequenza, la compliance nonché l'attivazione in tempo utile nei casi di personale di nuova assunzione.

È stata progettata nel 2025 e programmata per il 2026 un'esperienza pilota per il monitoraggio paziente con utilizzo Intelligenza Artificiale per la prevenzione delle cadute.

INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA

Le ICA sono eventi avversi, dei quali rappresentano teoricamente almeno un terzo del totale. Riconoscono fattori legati al paziente, alle manovre assistenziali e cliniche, all'ambiente.

La positività per alcuni particolari batteri o virus, o per i ceppi con resistenze significative, è particolarmente rilevante per la valutazione del rischio del singolo paziente, della coorte di ricoverati e del reparto.

MICORGANISMI SIGNIFICATIVI RISCONTRATI SUI PAZIENTI	Numero Casi		
	2023	2024	2025
ACINETOBACTER BAUMANNII	5	3	1
SALMONELLA	8	9	11/9
CLOSTRIDIUM DIFFICILE (GDH)	108	94	69
BACILLI GRAM NEGATIVI PRODUTTORI DI BETA LATTAMASI A SPETTRO ESTESO (ESBL)	253	569	498
BACILLI GRAM NEGATIVI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (KPC)	23	36	17
STAFILOCOCCO AUREO METICILLINO – RESISTENTE (MRSA)	41	45	43
ENTEROCOCCI RESISTENTI A GLICOPEPTIDI (VRE)	28	30	23
LEGIONELLA ANTIGENE URINARIO	5	14	16
ROTAVIRUS FECI	83	91	40
VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE	39	113	79

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025
Sorveglianze

I pazienti sottoposti ad alcune tipologie di intervento vengono sorvegliati attivamente, anche dopo la dimissione, tramite richiami di visita ambulatoriale di controllo ad 1 mese dalla data dell'intervento per colon/retto e prostatectomia ed a 3 mesi per interventi di protesi d'anca, secondo il protocollo SNICH – Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del sito chirurgico Regione Piemonte.

Sorveglianza attiva infezioni interventi chirurgici	2022		2023		2024¹		2025	
	Interventi Sorvegliati	Infezioni Ricontrate	Interventi Sorvegliati	Infezioni Ricontrate	Interventi Sorvegliati	Infezioni Ricontrate	Interventi Sorvegliati	Infezioni Ricontrate
Interventi colon retto	145	1	147	1	120	2	50	In corso di verifica
	57	0	118	0	108	1	50	In corso di verifica
Interventi protesi anca	291	0	290	0	203	1	50	In corso di verifica
	170	1	266	3	210	4	50	In corso di verifica
Interventi prostatectomia	37	0	55	0	82	0	50	In corso di verifica
	68	2	126	3	104	1	50	In corso di verifica

I tassi riscontrati vengono valutati nell'ambito dello studio multicentrico regionale e non hanno presentato scostamenti statisticamente significativi dall'atteso.

Le terapie intensive si distinguono per invasività delle manovre compiute e condizioni defedate dei pazienti. Viene monitorata l'insorgenza di infezioni nei portatori di catetere intravascolare e ventilati meccanicamente (VAP), secondo il protocollo GiViTi Prosafe Istituto Mario Negri. Gli ultimi dati disponibili, in quanto oggetto di elaborazione nazionale, sono relativi all'anno 2024.

Sorveglianza attiva infezioni in Terapia Intensiva Dati tratti da Gi.Vi.Ti.	Sede	2022		2023		2024	
		TOT pz	%	TOT pz	%	TOT pz	%
Batteriemie/1000gg catetere	Mondovì	215	1,6	273	1,6	277	1.9
VAP 1000gg ventilazione			15,6		5,3		12.6
Batteriemie/1000gg catetere	Savigliano	191	2,9	352	3,1	360	1.9
VAP 1000gg ventilazione			14,0		7,8		12.6

I tassi riscontrati vengono valutati nell'ambito dello studio multicentrico nazionale e non hanno presentato scostamenti statisticamente significativi dall'atteso.

Sepsi da enterobatteri resistenti ai carbapenemi	2022	2023	2024	2025
	5	2	2	3

Si tratta di eventi gravi in quanto connessi a batteri resistenti agli antibiotici più potenti.

Sorveglianza passiva: Polmonite nosocomiale	2022	2023	2024	2025
	14	16	13	6

Si tratta di una sorveglianza passiva con flusso a notifica assimilabile all'Incident Report.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025
Azioni di miglioramento

Nell'anno 2025 sono state condivise in varie riunioni di Dipartimento e nei Comitati Infezioni Correlate Assistenza le indicazioni fornite dalla Regione *Indicatori per Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e dell'Antimicrobicoresistenza (AMR) Anno 2025 - Regione Piemonte*.

A riguardo del buon utilizzo dei farmaci antibiotici, le due strutture di Urologia (Savigliano e Mondovì) e l'Ortopedia di Savigliano sono state oggetto dell'intervento di "Antibiotico Stewardship".

L'Azienda ha organizzato e tenuto l'evento formativo "PNRR M6 - C2 - 2.2 Corso di Formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero Moduli B e C" Finanziato dall'Unione Europea - NextGenerationEU PNRR/Missione 6 Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche - professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere. Nell'anno 2025 sono state organizzate 14 edizioni e complessivamente sono stati formati 661 operatori.

Durante l'anno 2025 la S.S. PRICA ha emesso o revisionato o collaborato con altre Strutture all'emissione dei seguenti documenti:

- PS_{DSA}018 Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto
- PS_{DSA}019 Sorveglianza Microbiologica
- PS_{DSA}020 Schede riassuntive su isolamento e gestione del paziente con infezione da morbillo, varicella, tubercolosi
- DOC_{DSA}115 Documento condiviso per il trattamento antibiotico delle infezioni delle vie urinarie non complicate nell'adulto ASL CN1 – Medici di Medicina Generale
- DOC_{DSA}117 Documento condiviso per il trattamento antibiotico delle polmoniti acquisite in comunità ASL CN1 – Pediatri di Libera Scelta
- PS_{CIO}415 Sorveglianza delle infezioni del torrente circolatorio associate a dispositivo per accesso venoso
- PS_{DSA}010 Sepsì nel paziente adulto: identificazione precoce e gestione
- PS_{DSA}021 La gestione dei rifiuti speciali e non
- PS_{DSA}007 Processo di ricondizionamento dei Dispositivi Medici riutilizzabili sterilizzabili
- PS_{CIO}408 Prontuario per l'utilizzo degli antisettici e dei disinfettanti

SEGNALAZIONI DI EVENTI AVVERSI DETTATE DA NORME SPECIFICHE

Di seguito si riporta la descrizione e la numerosità di eventi avversi che a cagione di normativa specifica hanno autonomo flusso di segnalazione e notifica.

FARMACOVIGILANZA ADVERSE DRUG REACTION 2023 – 2024 - 2025								
Tipologia			Fonte			Gravità		
2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Farmaci 32	Farmaci 40	Farmaci 35	MMG 5 PLS /	MMG 6 PLS 1	MMG 16 PLS 0	Decessi 0	Decessi 0	Decessi 1
Vaccini 27 Covid 174	Vaccini 16	Vaccini 17 Di cui 1 Covid	Medici Osp 21	Medici Osp 28	Medici Osp 22	Gravi 18	Gravi 13	Gravi 14
			Medici Terr 194	Medici Terr 9	Medici Terr 5			
			Farmacista 2	Farmacista 0	Farmacista 1	Non Gravi 215	Non Gravi 43	Non gravi 37
			Infermiere 0	Infermiere 2	Infermiere 0			
			Cittadino 10	Cittadino 10	Cittadino 8			
			Specialisti Amb. 1	Specialisti Amb. 0	Specialista ambulatoriale			
TOT 233	TOT 56	TOT 52	TOT 233	TOT 56	TOT 52	TOT 233	TOT 56	TOT 52

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

Nel 2025, sono pervenute **52** segnalazioni di sospette ADR di cui 35 relative a farmaci (67,3%) e 17 a vaccini (di cui uno al vaccino anti-Covid-19 Comirnaty), equivalenti ad un tasso di **126 segnalazioni per milione di abitanti**. Rispetto al 2024, si è registrato un decremento della segnalazione, pari al 6,7%.

EMOVIGILANZA reazioni indesiderate alle trasfusioni 2023 – 2024 - 2025					
Mondovì			Savigliano		
2023	2024	2025	2023	2024	2025
Allergia cutanea /	Manifestazioni allergiche sintomi cutaneo-mucosi 1	Dispnea associata alla trasfusione 1	Reazione Febbrile non emolitica 4	Reazione Febbrile non emolitica 5	Reazione Febbrile non emolitica 2
Vomito /	Vomito 1	Vomito /	Dispnea 1		Nausea e vomito 1
Reazione febbrile non emolitica 6	Reazione Febbrile non emolitica 6	Reazione Febbrile non emolitica 4	Ipotensione 1	Ipotensione 1	Prurito 1
Desaturazione senza dispnea /	Manifestazioni allergiche, respiratorie e/o cardiovascolari 1	Manifestazioni allergiche, respiratorie e/o cardiovascolari /	Reazione cutanea 3	Reazione cutanea 1	Manifestazioni allergiche sintomi cutaneo-mucosi 2
Picco ipertensivo senza ulteriori segni di sovraccarico cardiocircolatorio 1	Ipotensione associata a trasfusione 1	Ipotensione associata a trasfusione /	Nausea e Vomito 3		Picco ipertensivo senza ulteriori segni di sovraccarico cardiocircolatorio 1
			Brividi 1	Ipotermia con brivido 1	
TOTALE 7	TOTALE 10	TOTALE 5	TOT 13	TOT 8	TOT 7

Azioni di miglioramento:

- Implementazione software gestionale di tutte le attività del SIT
- Certificazione e taratura dei congelatori e delle emoteche
- Monitoraggio azioni di miglioramento scaturite dalla valutazione proattiva del rischio effettuata nel 2023.
- Effettuate 6 edizioni del corso di formazione ECM 50007 “Le regole della trasfusione sicura”.
- Audit nelle strutture per valutazione delle non conformità e ripasso procedura aziendale
- Avvio del progetto per la richiesta informatizzata in tutte le strutture degli ospedali di Savigliano e Mondovì
- Controlli di qualità dell'efficacia della disinfezione della cute dei donatori.

DISPOSITIVOVIGILANZA			
Anno	Descrizione segnalazioni	N.	Totale
2023	Il defibrillatore ciclicamente si commuta automaticamente in modalità di sicurezza riducendo la durata della batteria e modificando la programmazione delle terapie anti tachicardiche.	1	2
	Al termine dell'ultimo punto di sutura intestinale si è assistito a disinserzione dell'ago dal filo di sutura.	1	
2024	Pace-maker - Consumo e inaspettato consumo della batteria che ha raggiunto fine vita.	1	1
2025	Nessuna	0	0

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025
Azioni di miglioramento:

- Riunioni di ripasso per applicazione procedura aziendale per Dispositivo vigilanza;
- Monitoraggio progetto dei blocchi chirurgici sulla vigilanza dei dispositivi da azioni di miglioramento scaturite dalle mappature dei rischi.
- Attivazione del nuovo corso FAD ECM 131-52928 "Dispositivo-Vigilanza: segnalazione, responsabilità e gestione della sicurezza in ambito sanitario.

RECLAMI

L'Azienda è dotata di URP che raccoglie le segnalazioni pervenute secondo le modalità previste da Legge 150/2000 e Legge 241/1990.

Tra i reclami pervenuti si segnalano quelli di interesse per il rischio clinico:

Anno	Area	Descrizione reclamo	N	Totale
2023	Urgenza	Paziente dimesso da pronto soccorso, recatosi in altro ospedale poi operato d'urgenza	1	8
	Urgenza	Avviso ritardato del decesso di un paziente ai parenti	1	
	Urgenza	Perdita effetti personali	1	
	Servizi	Errato referto	1	
	Urgenza	Errata diagnosi	1	
	Urgenza	Lamenta non riconoscimento patologia	1	
	Urgenza	Mancato ricovero di paziente poi ricoverato in altro ospedale e infine deceduto	1	
2024	Urgenza	Paziente dimesso in condizioni non adeguate	1	6
	Urgenza	Caduta da barella con trauma facciale (esitato in sinistro)	1	
	Urgenza	Errata diagnosi	1	
	Servizi	Caduta con trauma facciale durante esecuzione TAC	1	
	Servizi	Scomparsa denaro durante RMN	1	
	Croce Rossa	Caduta paziente durante trasporto in carrozzina	1	
	Chirurgica	Gestione intervento	1	
2025	Servizi	Consegna farmaco con dosaggio errato per terapia domiciliare (sventato)	1	7
	Urgenza	Caricamento su FSE di referto errato	3	
	Tecnico	Asfalto deteriorato su raccordo rampa di accesso all'Ospedale	1	
	Chirurgica	Gestione post-operatoria	1	
	Tecnico	Caduta per scala scivolosa	1	
	Tecnico	Scarsa illuminazione corridoio	1	

SINISTRI

Il Comitato Gestione Sinistri (CGS) del Piemonte Sud Ovest, è composto da: ASO Santa Croce di Cuneo, ASL CN1 e ASL CN2; si riunisce una volta al mese ed effettua la raccolta, analisi, gestione e valutazione dei sinistri.

I dati relativi ai sinistri in capo all'ASL CN1 sono riassunti nelle 3 tabelle seguenti:

Distribuzione per sede	2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%
Savigliano	17	40%	11	48%	10	40%
Mondovì	9	21%	10	43%	9	36%
Ceva	3	7%	1	4,5%	1	4%
Saluzzo	8	19%	1	4,5%	2	8%
Cuneo	3	7%	-	-	-	-
Fossano	1	2%	-	-	2	8%
Racconigi	2	5%	-	-	1	4%
TOTALE	43	100%	23	100%	25	100%

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

Distribuzione per servizio	2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%
Ambulatori	7	16%	-	-	6	24%
Chirurgia	4	9%	4	17%	6	24%
DEA - PS	9	21%	7	30%	2	8%
Ginecologia/Ostetricia	3	7%	5	22%	-	-
Medicina	4	9%	-	-	1	4%
Nefrologia	1	2%	-	-	-	-
Ortopedia	8	19%	5	22%	5	20%
Otorino	2	5%	1	4,5%	-	-
Riabilitazione	1	2%	-	-	-	-
Rianimazione	-	-	1	4,5%	-	-
SPDC-CSM	3	7%	-	-	1	4%
Urologia	-	-	-	-	3	12%
Veterinario	1	2%	-	-	-	-
Aree esterne	-	-	-	-	1	4%
TOTALE	43	100%	23	100%	25	100%

Tipologia danno	2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%
Errore anestesilogico	1	2%	2	9%	1	4%
Errore diagnostico	9	21%	6	26%	4	16%
Errore chirurgico	11	26%	9	39%	9	36%
Errore terapeutico	2	5%	3	13%	4	16%
Errore procedure invasive	2	5%	-	-	1	4%
Caduta	4	9%	2	9%	2	8%
Infezioni	3	7%	-	-	1	4%
Danneggiamento cose	2	5%	-	-	3	12%
Danneggiamento persone	4	9%	-	-	-	-
Altro	5	12%	1	4,5%	-	-
TOTALE	43	100%	23	100%	25	100%

Importi liquidati richieste risarcimento danno 2020/2025

Nella seguente tabella sono indicati, suddivisi per anno in forma aggregata, il numero dei sinistri per rischio sanitario liquidati ed i relativi importi erogati in quell'anno.

La tabella include i pagamenti riferiti all'anno di chiusura del sinistro 2025, e non a quello di apertura o di accadimento dell'evento.

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI RISARCIMENTI ULTIMO QUINQUENNIO		
Anno	N. sinistri liquidati	Importo totale liquidato
2021	15	€ 1.710.980,40
2022	15	€ 1.079.594,06
2023	20	€ 4.235.853,60
2024	13	€ 1.149.828,16
2025	12	€ 1.662.744,17

Come richiesto dalla Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3, la presente relazione è pubblicata sul sito aziendale al seguente link

Internet: <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/monitoraggio-indicatori-pne/relazioni-consuntive-sugli-eventi-avversi/>

Intranet: Home > Staff > Risk Management

Cuneo, 29/01/2026

Responsabile SS Risk Management

Dott. Maurizio Salvatico

(firmato digitalmente ai sensi del D.lgs. 82/2005)

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2025

Riferimenti

- 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”*;
- Commissione Salute Conferenza Stato Regioni *“Linee di indirizzo per Regioni e Province Autonome per l'applicazione dell'Art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24”*, Ottobre 2017
- 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”*;
- Determina Regione Piemonte n. 699 del 07/08/2014 *“Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione)”*.
- DD 2005/A1400B/2023 *“Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025”*. 28/12/2023
- DGR n. 7-8279/2024/XI del 11/03/2024 *“Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti”*.
- Nota regionale protocollo 00016037 del 09/07/2025 avente gli *“Indicatori per la sorveglianza e controllo delle I.C.A. e dell'AMR – anno 2025”*;
- Ministero della Salute. *“Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”*. Luglio 2024.
- Delibera ASL CN1 353 *“Programma di attività per la sicurezza del paziente Risk Management e prevenzione del Rischio Infettivo Correlato Assistenza – anno 2025”*. 24/10/2025.