

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 dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure: S.S. Risk Management.

Tra le principali attività svolte dalla Struttura Semplice vengono segnalate:

- Contestualizzazione e implementazione del Programma Regionale sul Rischio Clinico
- Valutazione proattiva (FMEA e PRORA) e reattiva del rischio (RCA e SEA)
- Mappatura rischi tramite cartorisk, studio interventi di riduzione, monitoraggio rimedi
- Contestualizzazione dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali
- Segnalazione e gestione degli eventi sentinella, eventi avversi "near miss"
- Gestione del sistema Incident Report mediante compilazione di modulo aziendale presente sulla intranet, analisi, produzione di report e azioni di miglioramento
- Gestione del sistema informatizzato della segnalazione delle cadute, analisi, produzione di report e azioni di miglioramento
- Formazione degli operatori sanitari sulle tematiche riguardanti il rischio clinico e legislazione connessa
- Valutazione esiti, anche tramite PNE
- Monitoraggio e verifica utilizzo Scheda Unica di Terapia Riconciliata
- Monitoraggio e verifica utilizzo Check List OMS in sala operatoria
- Diffusione, facilitazione e adozione delle Linee Guida validate secondo la Legge 24/2017.
- Partecipazione al Gruppo Regionale Rischio Clinico e implementazione locale delle indicazioni
- Attività di facilitazione obiettivi Direzione Generale
- Attività di valutazione dell'Appropriatezza e di Audit
- Supporto alle attività di autovalutazione della documentazione clinica
- Supporto alle attività di informatizzazione e all'adozione di presidi di sicurezza
- Coordinamento dei seguenti gruppi di lavoro:
 - Elaborazione ed implementazione di istruzioni e procedure nell'ambito della gestione della pandemia da COVID-19;
 - Elaborazione di percorsi differenziati per pazienti COVID +, specifici per ogni struttura.
- Collaborazione con:
 - Responsabili di farmacovigilanza e di dispositivivigilanza;
 - Comitato Gestione Sinistri;
 - Accreditemento istituzionale.

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

Nell'ambito delle Infezioni Correlate all'Assistenza tra le principali attività vengono segnalate:

- Misure di isolamento del paziente in ospedale
- Prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali
- Sorveglianza attiva e passiva, sorveglianza microbiologica e da consumi di antibiotici
- Elaborazione e diffusione di procedure
- Formazione per il personale sanitario sul controllo delle infezioni
- Implementazione Linee Guida OMS Clean your hands, Safe Surgery saves lives, Infezioni del sito chirurgico, CVC, IVU
- Protocolli e Prontuari terapia antibiotica
- Antibiotic Stewardship
- Casi di positività per multi resistenza e carbapenemi-resistenza.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

Come già nel 2020 e nel 2021, anche nel 2022 le attività dell'intera Azienda, degli Ospedali e delle due strutture citate sono state modificate dall'evento pandemico COVID-19.

La presenza di pazienti affetti da un patogeno contagioso per via aerea e per contatto ha reso necessario il trattamento – ordinario e intensivo ma anche ambulatoriale -, di tali persone, in strutture normalmente non a ciò dedicate, non all'uopo progettate, adattate per quanto possibile.

Superata la fase iniziale le dotazioni dei DPI sono state adeguate in qualità e quantità, ed il loro utilizzo corretto, anche grazie all'esperienza accumulata, oltre che alla formazione mantenuta.

Nel 2022 l'incidenza delle polmoniti interstiziali nei pazienti covid è diminuita mentre le positività più numerose sono state connesse ad accessi in ospedale per motivi diversi dalla malattia virale.

Mantenendo sostanzialmente le competenze esercitate in tempi ordinari, sono state quindi potenziate e aggiunte attività legate a:

- Misure di precauzione ed isolamento (standard, contatto, droplet, aeree);
- DPI necessari, disponibilità e modalità di utilizzo;
- Controllo delle sovra infezioni;
- Potenziamento delle misure di prevenzione ambientale;
- Cambiamenti organizzativi e riconversioni;
- Studio, emissione e diffusione di istruzioni specifiche;
- Progettazione e costruzione di nuovi percorsi per adeguare l'esistente ai nuovi problemi;
- Adattamento a nuove necessità di comunicazione, consenso e umanizzazione;
- Visite di verifica e supporto.

Le sovrainfezioni in pazienti isolati a coorte per covid sono state un problema emergente.

Al momento incontra difficoltà il potenziamento delle attività dirette alle strutture residenziali e territoriali, a causa della temporanea carenza di risorse umane, in via di ricambio.

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 2022 che rappresentano il notevole denominatore per il calcolo della numerosità relativa.

Dati produzione ASL CN1 anno 2022¹						
Sede	Prestazioni Ambulatoriali	Passaggi PS/DEA	Ricoveri Diurni	Ricoveri Ordinari	Ricoveri COVID	TOT ricoveri per sede
Ceva	3.690.395	5.010	516	781	19	1.316
Fossano		-	2	632	28	662
Mondovì		31.550	1.673	5.887	490	8.050
Saluzzo		8.537	302	409	686	1.397
Savigliano		39.758	2.024	7.585	22	9.631
TOTALE	2.768.156	84.855	4.517	15.294	1.245	21.056

¹ dati provvisori periodo 1/1/2022 – 31/12/2022.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

CASI COVID

Si riportano i dati relativi alle notifiche ricevute come denunce di malattia infettiva dal servizio PRICA nel corso del 2022, oggetto di trasmissione, analisi, gestione di tracciamento dei contatti.

SEDE	TOT CASI COVID NOTIFICATI	DI CUI PZ	DI CUI OPERATORI
MONDOVI'	949	503	446
CEVA	127	64	63
SAVIGLIANO	256	238	18
SALUZZO	458	294	164
FOSSANO	77	29	48
TOTALE	1.867	1.128	739

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.

EVENTI SENTINELLA

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

La procedura aziendale 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 segnalazione, a distanza di tempo, delle 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.

EVENTI SENTINELLA 2022					
N°	Area	Categoria evento	Metodo analisi	Piano d'azione	Scheda monitoraggio azioni a lungo termine
1	Emergenza Urgenza	Trauma maggiore conseguente a caduta	RCA	Messa in sicurezza arredi	SI
2	Ostetricia	Morte neonato	RCA	Non emerse necessità	NO
3	Ostetricia	Morte neonato	RCA	Revisione procedura. Nuova programmazione formazione. Supporto psicologico équipe	SI
4	Ostetricia	Morte neonato	RCA	Modifica presenza del personale	SI
5	Medicina	Trauma maggiore conseguente a caduta	RCA	Non emerse necessità	NO
6	Emergenza Urgenza	Trauma maggiore conseguente a caduta	RCA	In fase di studio	IN STUDIO

Dati estrapolati da SIMES al 31/12/2022

Nel corso del 2022 in Azienda sono stati constatati 6 Eventi Sentinella, analizzati con metodo di Audit, i piani di azione hanno previsto le seguenti azioni di miglioramento:

Azioni di miglioramento

Evento n° 1: Messa in sicurezza arredi rivelatisi pericolosi (fissati al muro gli armadi dei reparti).

Evento n° 3: Revisione parziale procedura. Nuova programmazione formazione specifica. Supporto psicologico équipe.

Evento n° 4: Modifica presenza del personale.

INCIDENT REPORTING

L'Incident Reporting è una raccolta strutturata delle segnalazioni di eventi o quasi eventi che gli operatori sanitari fanno, in maniera spontanea ed eventualmente 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.

È allo studio un modulo informatizzato.

Il modulo 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;

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

- 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.

Le schede di segnalazione sono inviate alla SS Risk Management dove i dati contenuti vengono analizzati singolarmente e 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) e con l'analisi come da London Protocol.

Nel 2022 sono stati segnalati n. 3 quasi eventi e 29 eventi avversi:

Quasi Eventi segnalati 2022						
N.	Area	Tipologia evento	Danno	Livello	Cause	Azioni di miglioramento
1	Day Surgery	Potenziale contagio	Nessuno	2	Positività Covid	Contact tracing
2	Medicina	Potenziale contagio	Nessuno	1	Non rispetto del regolamento	aumentare la vigilanza – ripasso procedura
3	118	Fattori legati al sistema	Nessuno	2	Non rispetto delle procedure	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura

Eventi avversi segnalati 2022						
N.	Area	Tipologia evento	Danno	Livello	Cause	Azioni di miglioramento
1	Chirurgia	Potenziale contagio di altri	Nessuno	3	Non rispetto procedura	Paziente trasferito in reparto COVID.Monitoraggio p.te
2	Pediatria	Errore in farmacologia	Nessuno	3	Errore via somministrazione	Follow up telefonico
3	Pediatria	Errore in farmacologia	Nessuno	3	Errore dosaggio	Follow up telefonico
4	Ambulatorio Pediatria	Errore in farmacologia	Nessuno	3	Errore dosaggio	Follow up telefonico
5	Medicina	Potenziale contagio	Nessuno	3	Non rispetto del regolamento	Sanificazione percorso
6	Distretto	Errore in farmacologia	Nessuno	3	Errore via somministrazione	Follow up telefonico
7	Distretto	Errore in farmacologia	Nessuno	3	Errore dosaggio	Follow up telefonico
8	118	Incidente stradale	Danni ai veicoli e al personale sanitario	5	Non rispetto del regolamento	Riunione col personale e con gli autisti
9	Ostetricia	Manovra intraparto	Infrazione costale	4	Errore dosaggio forza	Follow up telefonico
10	Anestesia	Errore in anestesia spinale	Dolore	4	Errore esecuzione tecnica	TAC di controllo e follow up
11	Ambulatorio	Fattori legati al sistema	Trauma operatore	5	Non rispetto della procedura	Riunione Personale servizio, Responsabile, SPP e Uff Tecnico
12	Chirurgia	Inadeguatezza strutturale	Nessuno	3	Verifiche e competenza incerta	Sostituzione armadietto

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

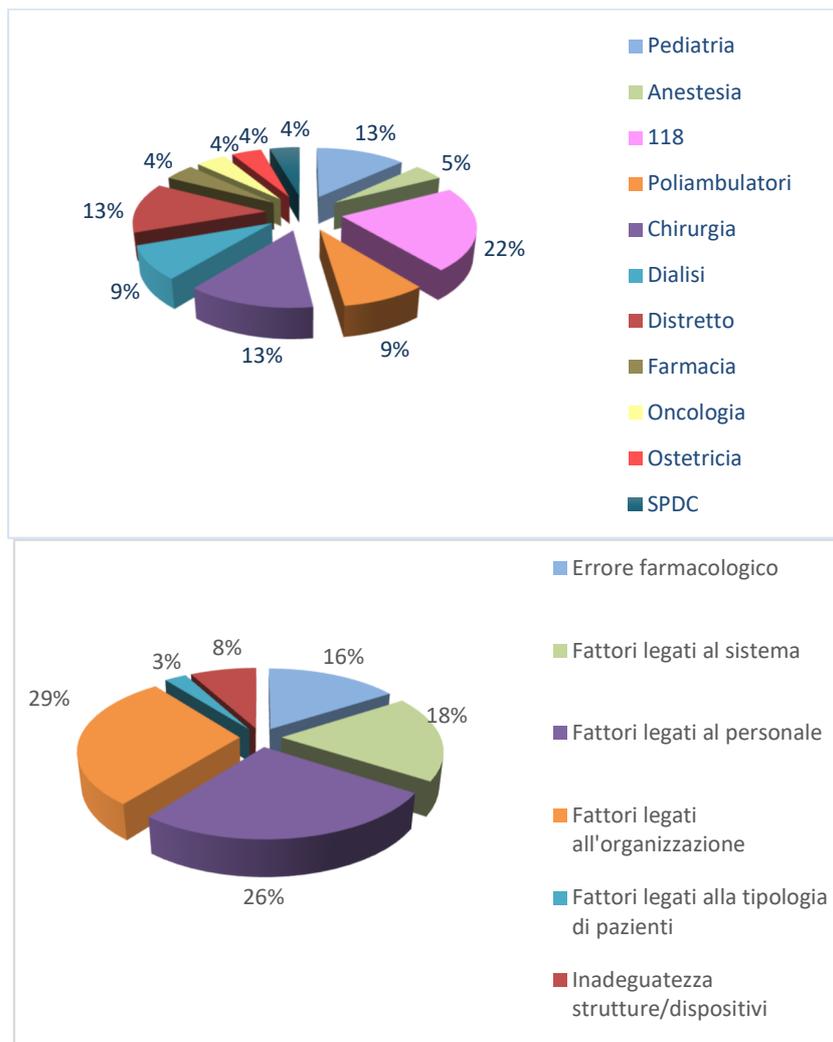
13	Dialisi	Fattori legati al sistema	Nessuno	4	Non rispetto delle procedure	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura -
14	Medicina	Fattori legati al personale	Nessuno	3	Non rispetto delle procedure	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura -
15	Dialisi	Fattori legati al personale	Nessuno	4	Stress/ansia	Audit vedi verbale allegato
16	Consultorio	Fattori legati alla tipologia di paziente	Nessuno	3	Lipotimia	Assistenza alla paziente
17	Medicina	Errore terapia	Nessuno	4	Scambio paziente	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura
18	Drive Tamponi	Fattori legati organizzazione	Nessuno	3	Non rispetto della procedura	Attivazione urgente reperibile
19	Oncologia	Inadeguatezza dispositivo	Nessuno	3	Rottura vaschetta del deflussore	Sostituito deflussore. Segnalazione a Dispositivo Vigilanza
20	Farmacia	Fattori legati organizzazione	Ritardo terapia	2	Non rispetto delle procedure	Ripasso procedure
21	Ostetricia	Fattori legati organizzazione	Ritardo trasporto in utero	8	Temporanea mancanza ambulanza	Riunione 118 + OST + Risk Ripasso procedure
22	Ostetricia	Fattori legati organizzazione	Ritardo trasporto in utero	3	Temporanea mancanza ambulanza	Riunione 118 + OST + Risk Ripasso procedure
23	Medicina	Fattori legati organizzazione	Mancata documentazione allegata, invio ritardato cornee	3	Carente informazione e comunicazione	Ripasso procedura. Revisione Procedura
24	Pronto Soccorso	Fattori legati organizzazione e al personale	Shock da grave reazione allergica	6	Carente anamnesi	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura
25	Medicina	Fattori legati organizzazione	Mancata comunicazione e decesso a familiari	3	Carente informazione e comunicazione, equivoco organizzativo	Ripasso procedure. Verifica Contratto.
26	Centro Prelievi	Fattori legati organizzazione e al personale	Ritardo consegna campioni ematici risultati avariati	5	Non rispetto delle procedure	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura
27	Medicina	Fattori legati al personale	Frattura femore da caduta	7	Non rispetto delle procedure	Riunione personale del servizio RX - applicazione Procedura
28	SPDC	Fattori legati alla tipologia di paziente	Tentativo anticonservativo	3	Mancata valutazione preventiva problema	Riunione personale del servizio - applicazione Procedura
29	118	Incidente stradale	Danni al veicolo	4	Non rispetto del regolamento	Riunione col personale e con gli autisti

Legenda conseguenze e gravità

QUASI EVENTO	LIVELLO 1 Situazione pericolosa /danno potenziale /evento non occorso	EVENTO AVVERSO	LIVELLO 3 nessun esito (evento accaduto, nessun danno)
			LIVELLO 4 esito minore (osservazioni extra, nessun danno)
	LIVELLO 5 esito moderato (osservazioni extra, lieve danno)		
	LIVELLO 6 esito tra moderato e significativo		
	LIVELLO 7 esito significativo (re intervento/prolungamento degenza)		
	LIVELLO 8 esito severo (disabilità permanente decesso)		

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

Incident Reporting 2022: aree di provenienza e tipologie di eventi



Azioni di miglioramento

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

- 1) Ripasso procedure nelle strutture coinvolte e formazione sul posto.
- 2) Revisione procedure sui farmaci (PGsq029 Prevenzione errori in terapia con farmaci antineoplastici, IOonc004 Gestione stravano farmaci antineoplastici, Procedure accesso visitatori in reparto).
- 3) Interventi del Servizio Tecnico, manutenzione e sostituzione arredi.
- 4) Interventi di Ingegneria clinica e manutenzione.
- 5) Consulenze specialistiche: attivazione e gestione.
- 6) Acquisizione e sostituzione attrezzature medicali.
- 7) Segnalazione alla Dispositivovigilanza.

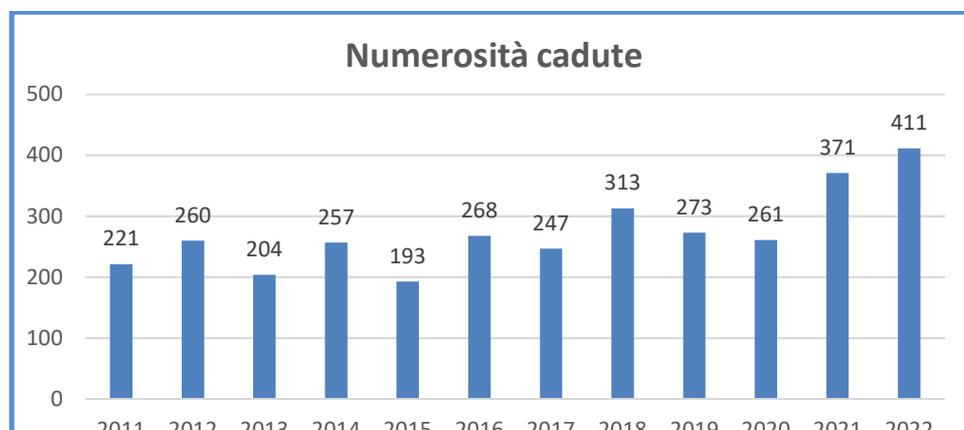
CADUTE

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. Ogni anno, nella popolazione generale, circa un terzo dei soggetti con più di 65 anni è vittima di una caduta.

L'andamento delle segnalazioni dal 2010 al 2022 è descritto nel grafico successivo.

Il tasso rilevato presso l'ASL CN1 è del 1,95% in linea con l'atteso nell'attuale situazione pandemica. Nel 2022 il numero bruto delle cadute è ulteriormente aumentato, si suppone che ciò sia dipendente da:

- capillare informazione fornita agli operatori sull'importanza delle segnalazioni;
- miglioramento del sistema di segnalazione più semplice e funzionale;
- introduzione di un nuovo sistema informatico di segnalazione, più affidabile ed efficiente del precedente, che ne ha facilitato l'accesso e la compilazione;
- probabile conseguenza di forti estemporanee variazioni organizzative in un contesto di risorse umane limitate;
- assenza o forte diminuzione del supporto legato alla presenza dei caregiver dovuto al blocco accessi imposto dal covid;
- a differenza dei precedenti anni di pandemia l'attività è invece in aumento.



L'analisi relativa alle schede cadute del 2022 mostra i seguenti dati:

- ricovero ordinario 90,5%
- fascia di età oltre agli 80 anni: 42,8%
- sexo maschile: 64,5%
- privo di calzature: 59,9%
- terapia con almeno 4 farmaci: 81%
- posizione seduta 49,6%
- assenza di fattori strutturali 91%
- pazienti informati su rischio cadute 80,3%
- nessun danno: 70,2%
- accertamenti richiesti: 66,5%
- trattamenti terapeutici di minima entità: 77%.
- casi gravi: 3,4%.

AREA DI DISTRIBUZIONE	NUMERO	PERCENTUALE
Aree comuni	1	0,2%
Cardiologica	27	6,4%
CAVS – Hospice - LDG	42	10,2%
Chirurgica	49	11,9%
Distretto	2	0,5%
DEA	26	6,2%
Ginecologia Ostetricia	1	0,2%
Pediatria-Nido	5	1,2%
Medica	174	42,2%
Neurologica	29	7,1%
Riabilitazione Fisica	25	6,7%
Psichiatrica	30	7,2%
TOTALE	411	100%

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 Safety Walk Round (SWR).

Nei 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 passati 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.

Ogni anno viene effettuato un corso di formazione aziendale ECM per il miglioramento continuo della gestione del rischio cadute, con particolare segnalazione della situazione e delle novità.

Nel 2022 è stato predisposto il corso FAD interno sul rischio clinico di base, comprendente una lezione specifica dedicata alla prevenzione delle cadute. 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.

INFEZIONI OSPEDALIERE

Le Infezioni Ospedaliere sono considerate eventi avversi, dei quali rappresentano teoricamente almeno un terzo del totale. Riconoscono fattori legati al paziente, agli operatori, all'ambiente.

Il riscontro di colture positive per alcuni batteri, o per i ceppi resistenti di alcuni batteri, è particolarmente rilevante per la valutazione del rischio del singolo paziente e della coorte di ricoverati.

MICRORGANISMI SENTINELLA RISCONTRATI NEI PAZIENTI	Numero		
	2020	2021	2022
ACINETOBACTER BAUMANNII	21	14	8
SALMONELLA	14	4	5
CLOSTRIDIUM DIFFICILE (GDH)	66	442	405
BACILLI GRAM NEGATIVI PRODUTTORI DI BETA LATTAMASI A SPETTRO ESTESO (ESBL)	518	1.986	2125
BACILLI GRAM NEGATIVI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (KPC)	24	136	139
STAFILOCOCCO AUREO METICILLINO – RESISTENTE (MRSA)	46	143	160
ENTEROCOCCI RESISTENTI A GLICOPEPTIDI (VRE)	17	172	206
LEGIONELLA ANTIGENE URINARIO	7	3	3
ADENOVIRUS FECI	120	140	387
ROTAVIRUS FECI	120	140	387
VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE	-	384	399
COVID-19 AG TEST RAPIDO (A LETTURA FACILITATA-SD BIOSENSOR)	5289	42.425	47174
COVID-19 AG TEST RAPIDO (A LETTURA MANUALE – ABBOTT)	473	10.233	839
TEST RAPIDO COV-19 PER SARS-COVID-2	3154	2.815	28178
SARS-COVID-2 Ig G NEUTRALIZZANTE - (S)	88	7166	437
RICERCA MOLECOLARE SARS-COV SU T NASALE – ID NOW	-	-	13217
RICERCA MOLECOLARE RNA CORONAVIRUS SARS- COV SU T SALIVARE	-	-	620
TAMPONE RAPIDO PANBIO COVID-19 AG	-	-	2395
TAMPONE RAPIDO STANDARD F COVID-19 AG FIA	-	-	2223
STREPTOCOCCO AG FARINGEO	-	-	13

Si segnala come da monitoraggio microbiologico nella popolazione di riferimento la percentuale di Stafilococchi Meticillino Resistenti sia più bassa nelle colture di ricoverati che tra quelle di utenti esterni.

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.

Sorveglianza attiva infezioni interventi chirurgici	2020		2021		2022 ¹	
	Interventi	Infezioni	Interventi	Infezioni	Interventi	Infezioni
Interventi colon retto	103	4	164	4	110	1
	25	0	40	5	17	0
Interventi protesi anca	209	0	273	0	213	0
	7 ²	0	189	0	97	1
Interventi prostatectomia	6	0	15	0	5	0
	19	0	17	0	38	2

2022¹ = periodo 1/1/2022 - 30/09/2022

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

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

Azioni di miglioramento

Nel 2022 si è svolta la revisione per aggiornamento della Procedura Profilassi Perioperatoria e perfezionata l'applicazione della nuova Procedura Prevenzione Infezioni del Sito Chirurgico, comprensiva del monitoraggio di glicemia e temperatura del paziente inseriti nel bundle, aggiornata a nuove Linee Guida OMS e CDC.

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). Gli ultimi dati disponibili, in quanto oggetto di elaborazione nazionale sono relativi all'anno 2021.

Sorveglianza attiva infezioni in Terapia Intensiva Dati tratti da Gi.VI.TI.	Sede	2019		2020		2021	
		TOT pazienti	%	TOT pazienti	%	TOT pazienti	%
Batteriemie/1000gg catetere	Mondovì	209	1,9	143	1,8	206	2,26
VAP 1000gg ventilazione			9,2		9,2		7,77
Batteriemie/1000gg catetere	Savigliano	333	1,9	228	2,6	239	2,9%
VAP 1000gg ventilazione			9,2		11,5		12,3%

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	2019	2020	2021	2022
	8	8	10	5

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

Sorveglianza passiva: Polmonite nosocomiale	2019	2020	2021	2022
	35	31	15	14

Si tratta di un flusso a notifica assimilabile all'Incident Report.

Azioni di miglioramento

Durante l'anno 2022 sono state revisionate le seguenti procedure:

- IO_{DSA}005 "Covid-19: Peculiarità Circa Quarantena ed Isolamento dei Ricoverati in Ospedale e Compilazione Modulo Tracciamento"

Con annessi e correlati seguenti documenti:

- MOD_{DSA}117 "Modulo tracciamento ospedaliero pazienti/utenti che hanno avuto contatto con positivi"
- MOD_{CIO}045 "Rilevazione e tracciatura attività di sanificazione e sanitizzazione straordinarie"

Inoltre è stata revisionata:

- IO_{CIO}454: "Sanificazione e sanitizzazione camere"

Con annessi e correlati seguenti documenti:

- DOC_{CIO} 000: "Prodotti per pulizia e disinfezione ambientale" per Blocchi Operatori - Centrale di Sterilizzazione Savigliano - Sale Parto - Endoscopie (digestiva e urologica) - Emodinamica - Camere Bianche

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

- DOC_{CIO}029 “Detersione e disinfezione ambientale per operatori ASL CN1”.

Inoltre è stata predisposta revisione per emissione nel 2023:

- PS_{DSA}016 “Isolamento e gestione del paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi multiresistenti e carbapenemi produttori”.

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 2020 – 2021 - 2022								
Tipologia			Fonte			Gravità		
2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Farmaci 94	Farmaci 49	Farmaci 40	MMG 16	MMG 1354	MMG 15 PLS 2	Decessi 1	Decessi 16	Decessi 3
Vaccini 8	Vaccini 13 COVID 2111	Vaccini 485 COVID 485	Medici Ospedalieri 74	Medici Ospedalieri	Medici Ospedalieri 27	Gravi 40	Gravi 232	Gravi 62
					Medici 327 Distretto			
			Farmacista 2	Farmacista 35	Farmacista 9	Non Gravi 60	Non Gravi 1915	Non Gravi 460
			Infermiere 4	Infermiere 179	Infermiere 9			
			Cittadino 3	Cittadino 595	Cittadino 134			
			Specialisti Amb. 3	Specialisti Amb.	Specialisti privati 2			
TOT 102	TOT 2163	TOT 525	TOT 102	TOT 2163	TOT 525	TOT 102	TOT 2163	TOT 525

Nel 2022, sono pervenute 525 segnalazioni di sospette ADR di cui 485 relative a vaccini (il 30,3% ha riguardato vaccini anti Covid-19) e 40 a farmaci, equivalenti ad un tasso di 1.261 segnalazioni per milione di abitanti, valore di gran lunga superiore al gold standard dell'OMS (indice di efficienza del sistema di Farmacovigilanza), fissato a 300 segnalazioni per milione di abitanti. Rispetto al 2021, tale tasso è diminuito di molto perché strettamente correlato alla segnalazione di ADR a carico dei vaccini anti-Covid-19, tuttavia rimane alto se confrontato con i valori degli anni pre-pandemia. Tale valore di tasso di segnalazione è ancora riconducibile ad un progetto multiregionale di Farmacovigilanza attivato in Piemonte nel 2021 e conclusosi nel 2022 volto a raccogliere le segnalazioni di ADR in età pediatrica (VigiFarmacoVax). Infatti, più della metà delle segnalazioni pervenute (61,3%) riguarda il progetto VigiFarmacoVax, il 35,4% sono segnalazioni spontanee e il rimanente 3,3% sono segnalazioni effettuate all'interno del progetto multiregionale di farmacovigilanza attiva FARO (monitoraggio delle ADR in ambito ospedaliero).

Azioni di miglioramento:

- Riunioni di ripasso per applicazione procedura aziendale per Dispositivo vigilanza;
- Partecipazione al progetto di Farmacovigilanza attiva MEREAFaPS (rilevamento di reazione avversa farmaci (ADR) nelle sedi di Pronto Soccorso/DEA/;
- Partecipazione al Progetto multiregionale di Farmacovigilanza volto a raccogliere le segnalazioni di ADR in età pediatrica (VigiFarmacoVax).
- Progetto del personale dei blocchi chirurgici sulla vigilanza sui dispositivi da Cartorisk.

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

EMOVIGILANZA reazioni indesiderate alle trasfusioni 2020 – 2021 - 2022					
Mondovì			Savigliano		
2020	2021	2022	2020	2021	2022
Allergia cutanea 2	Allergia cutanea 2	Allergia cutanea /	Febbre 3	Reazione Febbrile non emolitica 5	Reazione Febbrile non emolitica 2
Vomito 1	Vomito 1	Vomito /	Dolore Toracico 2		Dispnea 1
Febbre 4	Reazione febbrile non emolitica 10	Reazione febbrile non emolitica 2		Fibrillazione atriale e nausea 1	Sovraccarico circolatorio 1
Desaturazione senza dispnea 1	Desaturazione senza dispnea /	Desaturazione senza dispnea /	Brividi 2	Brividi 1	Reazione cutanea 1
TOTALE 8	TOTALE 13	TOTALE 2	TOT 7	TOT 7	TOT 5

Azioni di miglioramento:

- Riunioni di ripasso per applicazione procedura aziendale
- Riunioni di preparazione al futuro accreditamento
- Sedute/visite di accreditamento SIT
- Implementazione software gestionale di tutte le attività del SIT
- Certificazione e taratura dei congelatori e delle emoteche.

DISPOSITIVOVIGILANZA			
Anno	Descrizione	N.	Totale
2020	///	0	0
2021	Malfunzionamento pace-maker	1	1
2022	Rottura della lama intrarticolare durante accesso artroscopico	1	3
	Rottura del CUP (dispositivo venoso periferico integrato)	1	
	Esplosione del dispositivo iniettore destinato all'iniezione di fisiologica e di mezzo di contrasto	1	

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
2020	SISP	Errata comunicazione referto	1	1
2021	Medicina	Richiesta chiarimenti protocolli tamponi COVID	1	4
	Ambulatorio	Contesta la somministrazione del vaccino Richiesta accompagnamento utente	2	
	Ingresso Ospedale	Richiesta facilitazione accesso disabili	1	
2022	Ingresso Distretto	Utente caduta per rampa troppo scoscesa (a norma)	1	5
	DEA	Somministrazione farmaco in pz allergica (esitato in sinistro)	1	
	Chirurgia	La pz afferma di essere stata dimessa con febbre e di aver contratto un'infezione, il medico sostiene di averla dimessa senza febbre e che l'accesso per infezione è avvenuto 25 gg dopo.	1	
	Medicina	Richiesta chiarimenti per caduta e successivo decesso del padre	1	
	Ortopedia	Mancata diagnosi, ritardo intervento al piede, lesioni permanenti	1	

Relazione consuntiva sugli eventi avversi 2022

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 servizio	2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%
Ambulatori	2	6,6	5	12,3	-	-
Anestesia e Rianimazione	1	3,3	-	-	-	-
Aree comuni, cortili ecc	-	-	1	2,4	-	-
Cardiologia	1	3,3	-	-	-	-
Chirurgia	1	3,3	3	7,3	2	6%
CAVS	-	-	1	2,4	-	-
DEA - PS	8	26,4	9	22	6	19%
Ginecologia/Ostetricia	1	3,3	5	12,3	4	13%
MMG/PLS	-	-	1	2,4	-	-
Medicina	4	13,2	4	9,8	3	10%
Mortuaria	-	-	-	-	1	3%
Neurologia	1	3,3	1	2,4	-	-
Ortopedia	8	26,4	6	14,7	9	29%
Otorino	1	3,3	-	-	-	-
Pediatria	-	-	1	2,4	1	3%
Radiodiagnostica	-	-	1	2,4	1	3%
SPDC-CSM	1	3,3	1	2,4	1	3%
Urologia	-	-	1	2,4	-	-
Veterinario	1	3,3	-	-	1	3%
118	-	-	1	2,4	2	6%
TOTALE	30	100%	41	100%	31	100%

Distribuzione per sede	2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%
Savigliano	11	36,3	14	34	8	26%
Mondovì	10	33	15	36,6	15	48%
Ceva	2	6,6	2	4,9	1	3%
Saluzzo	5	16,5	2	4,9	3	10%
Lagnasco	-	-	-	-	1	3%
Borgo San Dalmazzo	-	-	1	2,4	-	-
Cuneo	-	-	5	12,3	1	3%
Racconigi	1	3,3	-	-	-	-
Villafalletto	1	3,3	-	-	1	3%
Fuori ASL	-	-	2	4,9	1	3%
TOTALE	30	100%	41	100%	31	100%

Tipologia danno	Dati sinistri 2020-2022					
	2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%
Errore diagnostico	5	16,5	7	17	8	26%
Errore chirurgico	6	19,8	12	29,4	8	26%
Errore terapeutico	3	9,9	1	2,4	7	23%
Errore procedure invasive	2	6,6	1	2,4	-	-
Errore di prevenzione	-	-	1	2,4	-	-
Caduta	3	9,9	4	9,8	-	-
Infezioni	6	19,8	1	2,4	-	-
Danneggiamento cose	5	16,5	3	7,3	2	6%
Danneggiamento persone	-	-	-	-	2	6%
Altro	-	-	10	24,4	2	6%
Livelli di servizio (organizzazione)	-	-	1	2,4	2	6%
TOTALE	30	100%	41	100%	31	100%

Importi liquidati richieste risarcimento danno 2018/2022

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 2022 e non a quello di apertura, o di accadimento dell'evento.

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI RISARCIMENTI ULTIMO QUINQUENNIO		
Anno	N. sinistri liquidati	Importo totale liquidato
2018	24	€ 897.931,95
2019	13	€ 804.345,21
2020	17	€ 683.816,16
2021	15	€ 1.710.980,40
2022	15	€ 1.079.594,06

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, 31/01/2023

Dott. Maurizio Salvatico



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. 731 del 15/11/2017 "Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2017-2018";
- Determina Regione Piemonte n. 699 del 07/08/2014 "Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione)".
- D.D. 1223/A1400A/2020 del 20/10/2020 "Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022".
- Regione Piemonte "Programmi aziendali di Prevenzione del Rischio Infettivo" - anno 2022. Prot. 0090167 del 19/07/2022
- Delibera ASL CN1 00000428 "Programma di attività per la prevenzione del rischio infettivo correlato all'assistenza ASL CN1 anno 2022". 19/12/2022.