

RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI ANNO 2023 ASST CREMONA (art. 2 comma 5 Legge 24/2017)



PRESIDIO OSPEDALIERO DI CREMONA



PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO



CASA DI COMUNITÀ
CASALMAGGIORE



CASA DI COMUNITÀ SORESINA



CASA DI COMUNITÀ CREMONA



ALTRE STRUTTURE
TERRITORIALI

U.O.S. Qualità e Risk Management PREMESSA

Gli ospedali sono organizzazioni complesse ove vengono svolte molteplici attività volte a migliorare lo stato di salute del paziente. Tali attività non sono però esenti da rischi ed è importante che il paziente ed i suoi familiari ne siano consapevoli.

I sistemi sanitari regionali hanno promosso ormai da anni l'istituzione all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private, della funzione di Risk Management, deputata alla gestione del rischio clinico.

L'attività di Risk Management mira, attraverso strumenti e metodologie specifiche, a valutare le aree e le tipologie di rischi dell'organizzazione, analizzarle e mettere in atto le azioni più idonee per ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili, identificando con gli operatori le barriere più efficaci e sostenibili da introdurre stabilmente nell'organizzazione.

La Legge 8 marzo 2017 n. 24, all'art. 2 comma 5 prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto, così come sottolineato anche nelle Linee di Indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri emanate da Regione Lombardia con Decreto di Regione Lombardia n. 15406 del 27.10.2022.

La ASST di Cremona è costituita da due Ospedali di cui uno a Cremona (Ospedale di Cremona) ed uno a Vicomosciano di Casalmaggiore (Ospedale di Oglio Po), dalle Case di Comunità (una a Soresina presso il POT, una a Casalmaggiore e una a Cremona) all'interno delle quali sono variamente declinate le attività dell'area socio sanitaria territoriale che comprende le attività delle Reti territoriali materno infantili, con i Consultori, le Reti integrate di continuità clinico assistenziale con la gestione delle cronicità e l'integrazione delle valutazioni delle fragilità, l'U.O.C. Vaccinazioni e sorveglianza delle malattie infettive, i Servizi Dipendenze nonché la Medicina Legale territoriale per tutto il territorio cremonese e casalasco.

Dall'anno 2016 vengono monitorati dal Risk Manager gli eventi avversi (comprensivi dei quasi eventi) che accadono nella ASST di Cremona. Nel POAS 2022-2024 è stata istituita la U.O.S. Qualità e Risk Management, in staff alla Direzione Generale. Prima della riforma sanitaria regionale con la Legge Regionale 23/2015 gli eventi erano già monitorati ed erano relativi alla Ex Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona (dall'anno 2004).

Si definiscono eventi avversi.

- Evento - Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.
- Evento avverso (Adverse Event) evento inatteso correlato al processo assistenziale e 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".
- Evento evitato (Near Miss o Close Call) Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- Evento sentinella (Sentinel Event) - 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 abbiano causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive

La segnalazione dei evento avverso è definita Incident Reporting ed avviene su base volontaria, caratterizzata dal massimo livello di confidenzialità. Proprio per tale motivo, essa risente del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza. Il numero di segnalazioni è quindi correlato alla diffusione aziendale della cultura del rischio/sicurezza; pertanto, l'aumento negli anni delle segnalazioni nell'ASST non viene valutato quale indicatore negativo, ma come espressione del grado di maturità di un sistema che per migliorare deve dichiarare le proprie criticità.

U.O.S. Qualità e Risk Management

Gli eventi avversi vengono segnalati al Risk Manager con le seguenti modalità:

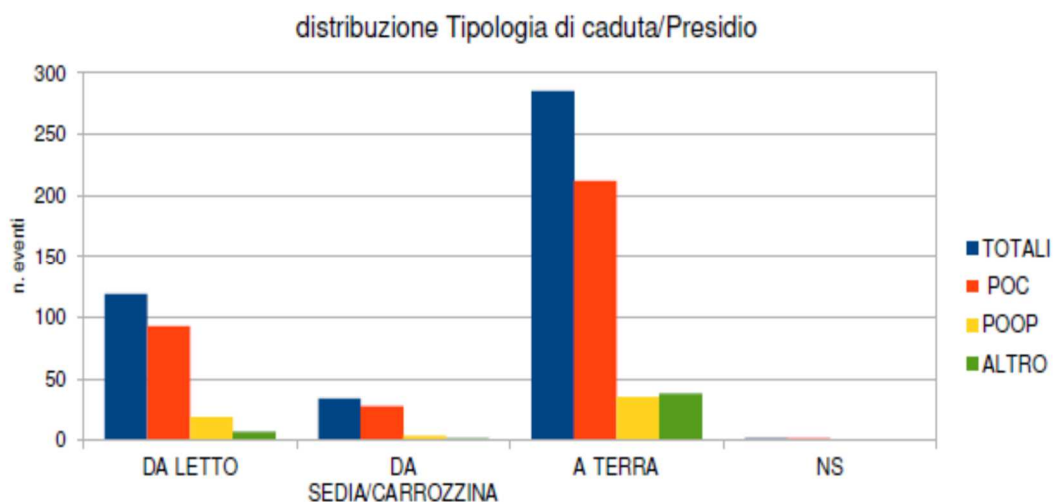
- segnalazione spontanea mediante scheda di incident reporting codificata nell'apposita procedura (si tratta di un format strutturato che prevede la descrizione della tipologia di evento; in alcuni eventi significativi vi è richiesta di approfondimento mediante Significant Event Audit da parte dei livelli di responsabilità dell'Unità Operativa ove l'evento si verifica;
- in caso di agiti violenti contro gli operatori, segnalazione spontanea mediante modulo specifico codificato in apposito protocollo aziendale, strutturato secondo una prima parte che prevede indicatore di processo (colti o meno i segnali premonitori dell'innescò scegliendo tre tipologie di segnali di allarme di gravità crescente) e una seconda parte con indicatore di esito (scala di gravità MOAS)
- invio da parte della UO Trasfusionale di segnalazione eventi avversi /quasi eventi relativi a somministrazione di emocomponenti o derivati
- invio da parte della UO Farmacia di eventi avversi relativi a prescrizione, preparazione di terapie antiblastiche o relativi alla distribuzione diretta di terapia ai pazienti ambulatoriali sia di tipo oncologico che non oncologico (es per epatite c)
- invio da parte del SPP degli infortuni sul lavoro avvenuti agli operatori della ASST di Cremona
- invio da parte del Punto Nascita degli eventi trigger dell'area ostetrica e neonatale
- incrocio dei dati con le richieste risarcitorie pervenute all' Avvocatura

Gli eventi avversi monitorati nell'anno 2023 sono quelli di seguito riportati:

CADUTE

Le cadute, complessivamente, risultano:

<i>Struttura</i>	<i>Numero totale</i>
Presidio di Cremona	335
Presidio di Oglio Po	58
Territorio di Cremona: (Territorio di Casalmaggiore; CRA; CPS; Comunità la Vela; Altro).	33
Domicilio	11
Non segnalato	3
Totale: 440 (439 Pazienti – 1 Visitatore)	



Il numero delle cadute a letto e a terra è maggiore rispetto alle cadute da sedia. Il totale delle cadute presso il POC (n.335 cadute) e il POOP (n.58 cadute) è omogeneo rispetto alle dimensioni della struttura e il numero di reparti/servizi.

ALTRI EVENTI AVVERSI

Nel corso di Dicembre 2022/ Dicembre 2023 gli eventi avversi che sono stati segnalati attraverso la scheda di incident reporting sono n.73.

I dati ricavati dalle schede sono stati raggruppati per presidio di provenienza, unità operativa, distribuzione nei mesi dell'anno e delle fasce orarie.

Dall'analisi dei dati, condotta per aggregazione si sono stabilite le tipologie prioritarie di segnalazione in base alla natura dell'evento:

- aggressione/autolesionismo;
- rottura-malfunzionamento-guasto-danneggiamento;
- errori di terapia;
- smarrimento-criticità organizzative-assistenziali-strutturali;
- errori di identificazione/scambio;



U.O.S. Qualità e Risk Management

PRESIDIO	NUMERO EVENTI
POC	63
POOP	1
TERRITORIO (CREMONA, CASALMAGGIOR E, CARCERE)	8
NS	1
TOTALE	73

Tipologia di evento	POC	POOP	TERRITORIO	NS	NUMERO EVENTI
AGGRESSIONE /AUTOLESIONISMO	17	0	8	1	26
ERRORI DI IDENTIFICAZIONE/S CAMBIO	6	0	0	0	6
ERRORI TERAPIA	8	1	0	0	9
ROTTURA/ MALFUNZ /GUASTO /DANNEGGIAMENTO	15	0	0	0	15
SMARRIMENTI/CRITICI CITA'ORG	4	0	0	0	4

In dettaglio analitico si specifica quanto segue:

Rottura/malfunzionamento/guasto/danneggiamento: riguarda n.1 malfunzionamento di pinza bipolare in camera operatoria, n.2 casi di rottura cannula durante revisione di cavità uterina, n.1 ritenzione di corpo estraneo, n.1 malfunzionamento pompa, n.1 guasto elettrico, n.4 episodi di rottura protesi dentale/dente, n.2 segnalazioni per malfunzionamento amplificatore di brillantezza, n.1 sfondamento/rottura porta antincendio, n.2 segnalazioni per malfunzionamento materassino termo riscaldante in camera operatoria. In alcuni di questi casi è stata fatta la segnalazione di malfunzionamento a Dispovigilance.

U.O.S. Qualità e Risk Management

Smarrimento/Criticità organizzative-assistenziali-strutturali: riguardano n.1 caso di errato referto in paziente gravida, n.1 ammanco di farmaco stupefacente, n.1 trasporto da POOP non protetto, n.1 errata procedura di incannulamento cvp in arteria radiale

Errori in terapia: riguardano n.4 casi di somministrazione farmaco in paziente allergico, n.1 errore lateralità in A.L.R. in paziente corretto, n.1 somministrazione di farmaco scorretto in giusto paziente, n.1 somministrazione doppia anti-aggregazione in paziente corretto, n.1 caso di errata trasfusione, n.1 somministrazione di profilassi anti-D in paziente con RH positivo. A tali situazioni non è corrisposto un danno ai pazienti.

Aggressione/autolesionismo: riguardano prevalentemente episodi di etero-aggressione e colluttazione vs altri pazienti/utenti, n.1 casi di suicidio per caduta volontaria, agito violento vs oggetti/proprietà e ideazioni autolesive.

Errori di identificazione/scambio: riguardano n.5 casi di esami diagnostici in paziente errato, n.1 somministrazione di giusto farmaco in paziente sbagliato.

Urto/schiacciamento/ustione/stravasato/frattura: riguardano n.1 FLC su paziente anziano dopo episodio di agitazione, n.1 perforazione vescicale a seguito di posizionamento cv, n.1 episodio presincopale con lesione dopo urto con lavandino, n.1 rovesciamento di tè bollente su torace, n.1 schiacciamento braccio dx, n.1 abrasione cutanea da applicazione kiwi, n.1 schiacciamento arto inferiore fra sponde letto, n.1 urto caviglia/letto, n.1 rilevazione di ematoma non segnalato all'ingresso, n.1 urto da ostacolo suola/pavimento PS, n.1 schiacciamento del primo dito di un piede durante una mobilizzazione, n.1 escoriazione scapola post-intervento chirurgico in paziente cachettica.

U.O.S. Qualità e Risk Management
NEAR MISS TRASFUSIONALE

Nell'ambito del monitoraggio continuo di Risk Management degli errori/quasi errori di terapia, dal 2017 è stata inserita anche la rilevazione degli errori trasfusionali.

Tali errori vengono prevalentemente segnalati dal Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) che provvede anche, di volta in volta, a informare il Direttore ed il Coordinatore della U.O. coinvolta, previa analisi degli stessi. In forma residuale si verificano segnalazioni anche dalle UU.OO.

Nel 2023 l'errore ha riguardato 18 pazienti, di cui 1 presso il Presidio Ospedaliero di Oglio Po. Per ogni evento segnalato concomitano quasi sempre più errori che vedono coinvolti più operatori nelle diverse fasi del processo (per esempio, all'ingresso del paziente viene aperta Cartella Clinica con cognome errato, il medico compila la richiesta cartacea proseguendo nell'errore, così come chi esegue il prelievo. Una seconda richiesta, effettuata da altro medico, sempre in cartaceo, riportante i dati corretti, fa emergere l'errore).

ASST CREMONA - ANNO 2023 - AREA/N. E TIPOLOGIE DI ERRORE (near miss)												
AREA	N. PAZIENTI COINVOLTI	IDENTIFICAZIONE PAZIENTE ALL'INGRESSO	INSERIMENTO PAZIENTE IN EMONET	RICHIEDSTA SU ANAGRAFICA IN EMONET	PRELIEVO	PAZIENTE	ETICHETTATURA PROVETTE	CONTROLLO LABORATORIO	FOGLIO CONTROLLO RITRO	CONTROLLO PRE TRASFUSIONE	ALTRO	n° ERRORI
AREA CHIRURGICA	7	0	2	3	5	0	3	1	0	0	0	14
AREA INTERNISTICA	2	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	5
AREA PS	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4
AREA TI	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UTIN	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
TOTALE	18	2	3	6	7	0	7	1	2	0	0	28

Il numero di errori rilevati è superiore al numero di pazienti coinvolti in quanto nella quasi totalità dei casi si riscontra più di un errore. Più precoce è l'errore, infatti, più aumenta il rischio di mancati controlli nelle fasi successive.

Al fine di illustrare la metodica di richiesta ed esecuzione delle emotrasfusioni il SIMT ha implementato un corso FAD nell'anno 2022, proseguito per il 2023, in modo da avere una diffusione capillare delle informazioni a tutti i dipendenti dell'azienda.

ERRORI TERAPIA

Sono stati segnalati 9 errori di terapia senza conseguenze nelle schede di incident reporting. In azienda la prescrizione della terapia è informatizzata su software SOFIA e nel 2023 è stata implementata la prescrizione informatizzata anche della terapia oncologica.

Tale modalità ha consentito di azzerare le precedenti tipologie di errori di terapia in UMACA, quali l'incongruità tra protocollo prescritto e farmaci indicati, la mancanza dei dati antropometrici del paziente

nel calcolare e verificare la dose, l'errore manuale nell'inserimento del dato nella fase di trascrizione della prescrizione cartacea sul gestionale di farmacia. Si conferma il controllo sulle terapie sprecate, ossia quelle confermate in anticipo non somministrate ai pazienti per vari motivi, ad esempio la mancata presentazione del paziente per un ciclo di chemioterapia per insorgenza di febbre o l'errore di conferma della terapia per un giorno sbagliato rispetto a quello pianificato per il ciclo. Tali

U.O.S. Qualità e Risk Management

sprechi sono onerosi per l'azienda, visto il costo dei farmaci. Il totale delle preparazioni non somministrate è di 437.

Nuove tipologie di errori emergono dall'uso del sistema informatizzato:

- Terapie aperte (tot 140)
- Terapie preparate dopo le 13.30 (16)
- Compresenza dello stesso modello oncologico (49)
- Compresenza di più modelli oncologici (146)

Il totale degli errori/near miss in ambito UMACA è quindi di 788 su un totale di 15129 terapie preparate (5,2%).

EVENTI TRIGGER IN AREA OSTETRICA/NEONATALE

Nella tabella seguente sono riportati gli eventi materni distinti per tipologia di evento. Il periodo considerato è da Novembre 2022 a Novembre 2023

DIAGNOSI	NUMERO TOTALE
MORTE MATERNA	0
SEPSI	0
DISTOCIA DI SPALLA	2
EMORRAGIA >1500	16
RITORNO IN SALA OPERATORIA	4
PRE ECLAMPسيا/ECLAMPسيا	1
LAPAROTOMIA/EMBOLIZZAZIONE/ISTERCECTOMIA	2
COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE DA EPIDURALE/SPINALE	0
TROMBOEMBOLISMO VENOSO/EMBOLIA POLMONARE	0
LACERAZIONE III e IV GRADO	14
RICOVERO IN TI	5
VENTOSA O FORCIPE ADOPERATI SENZA SUCCESSO	3
TEMPO >30 MIN PER TC EMERGENZA (CODICE ROSSO)	0
PARTO A DOMICILIO NON PIANIFICATO	1
PARTO PODALICO NON PIANIFICATO	0
ROTTURA D'UTERO	0
ALTRO	0
TOTALE	48

U.O.S. Qualità e Risk Management

Il numero complessivo degli eventi verificati equivale a 48 (in riduzione rispetto ai 51 dell'anno precedente), che hanno coinvolto 37 donne (in riduzione rispetto alle n.38 dell'anno precedente). La tabella mostra il numero elevato di emorragia (16) e di lacerazioni di III° e IV ° (14). Sono inoltre segnalate n.4 rientri in Sala Operatoria e n.5 Ricoveri in TI. Non sono emersi eventi di morte materna. Dall'analisi documentale emerge che in 13 casi gli eventi trigger si sono verificati in parti indotti. In 10 casi si è trattato di parti operativi.

EVENTI FETALI

la tabella seguente descrive il numero totale degli eventi fetali/neonatali, distinto per tipologia di evento. Il numero complessivo è di n.100 eventi (in lieve riduzione rispetto ai n.109 eventi dell'anno 2022).

DIAGNOSI	TOTALE EVENTI
NATO MORTO peso >500gr (MEF)	3
MORTE PERINATALE	0
APGAR SCORE < 7 a 5 min	0
TRAUMA ALLA NASCITA	0
LACERAZIONE FETALE DURANTE PARTO CESAREO	0
PH OMBELICALE < 7.0 arterioso O < 7.1 venoso	3
COLLASSO NEONATALE	0
SGA INASPETTATO (femmina <2.050 gr; maschio <2.180 gr; E.G. >=37 settimane)	32
NEONATO A TERMINE SENZA MALFORMAZIONI RICOVERATO IN TIN	62
ANOMALIA FETALE NON DIAGNOSTICATA	0
ALTRO	0
TOTALE	100

A partire dal mese di maggio 2023 si è intrapresa una nuova modalità di analisi relativa alla mortalità perinatale a seguito di approvazione del DECRETO DG WELFARE N. 7917 Del 26/05/2023 dal titolo APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI SORVEGLIANZA ATTIVA DELLA MORTALITA' PERINATALE IN REGIONE LOMBARDIA.

Tale modello parte da definizioni di morte perinatale che introducono il concetto di mortalità "estesa":

- Morte perinatale: morte in utero e nato morto dopo 28 settimane di gestazione o più, nati vivi deceduti entro il sesto giorno di vita completo, ossia 6 gg + 23 ore.
- Morte perinatale estesa: morte in utero e nato morto dopo 22 settimane di gestazione o più, nati vivi e deceduti entro il 27° giorno di vita completo, ossia 27 gg + 23 ore. Essa include: 1. nato morto antepartum = prima dell'inizio del travaglio 2. nato morto intrapartum = dopo l'inizio del travaglio e prima della nascita 3. morte neonatale precoce = da 0 a 6 giorni e 23 ore dopo la nascita 4. morte neonatale tardiva = da 7 a 27 giorni e 23 ore giorni dopo la nascita
- Nato morto precoce: peso alla nascita ≥500 grammi o ≥22 settimane complete o lunghezza del corpo ≥25 centimetri.

U.O.S. Qualità e Risk Management

- Nato morto tardivo: peso alla nascita ≥ 1000 grammi o ≥ 28 settimane complete o lunghezza del corpo ≥ 35 centimetri.

A seguito di tali definizioni, si è stabilita una modalità di segnalazione con una diversa urgenza, maggiore per i casi di morte intrapartum a $> = 34$ settimane gestazionali o entro sette giorni dal parto alla medesima epoca gestazionale (segnalazione a Regione entro 48 ore dall'evento), mentre per i casi di morte antepartum a epoca $> o = 34$ settimane gestazionali o neonatale entro 28 giorni dal parto la comunicazione va inviata a Regione entro 30 giorni dall'evento.

Tale modello presuppone la costituzione a livello locale di un gruppo di referenti per la sorveglianza della mortalità perinatale (ostetrica, ginecologa, neonatologa) coordinati dal Risk Manager, che in caso di mortalità perinatale effettuano la comunicazione dell'evento al Gruppo di Lavoro regionale e, nel frattempo, predispongono un Significant Event Audit per analizzare cause e fattori dell'evento mediante tassonomia consolidata e confronto con la letteratura, preparano, allegano e inviano al Gruppo di lavoro Regionale la documentazione sanitaria di madre e neonato anonimizzata. Nel caso le risultanze del SEA locale siano significativamente diverse dall'analisi effettuata dal Gruppo di Lavoro Regionale, questo ne dà evidenza trasmettendo un documento ove si esplicita l'esistenza di criticità che abbiano condizionato la qualità dell'assistenza.

MONITORAGGIO AGGRESSIONI AI DANNI DEGLI OPERATORI SANITARI

Le segnalazioni sono state, complessivamente, 130.

Nell'anno 2023 si evidenzia un aumento significativo delle segnalazioni rispetto all'anno 2022 (62 unità in più rispetto l'anno precedente). Questo incremento può essere interpretato come l'esito della costante sensibilizzazione a segnalare gli eventi al Risk Manager utilizzando il corretto canale e la specifica procedura.

Per il monitoraggio, a partire dal 2023, si è deciso introdurre anche la tipologia di giorno e la fascia oraria, dai dati ottenuti si può osservare che la tipologia di giorno in cui si registrano più agiti violenti è quello feriale mentre, a livello di fascia oraria, gli eventi si manifestano soprattutto la mattina, circostanza in cui è maggiore l'afflusso dei pazienti per l'attività ambulatoriale e si concentra la maggior parte dell'attività clinica dei reparti di degenza.

Gli operatori colpiti maggiormente dagli agiti violenti, come registrato anche nel 2022, sono di genere femminile: tale dato può essere interpretato con una maggiore propensione alla segnalazione ma anche essere indice della maggiore predisposizione dei soggetti all'agito nei confronti del genere femminile. Tale considerazione è meritevole di ulteriore approfondimento anche nel contesto di discussione del CUG aziendale.

Le fasce d'età degli operatori più impattate dagli agiti sono fino a 29 anni e 30-39 anni.

L'anzianità di servizio degli operatori con il maggior numero di segnalazioni è 1-5 anni e > 10 anni di servizio, dato registrato anche nel 2022.

La qualifica degli operatori più colpiti dagli agiti violenti è l'Infermiere, questo dato si mantiene costante anche negli anni precedenti. Si può considerare che la figura infermieristica è quella di maggiore prossimità ai pazienti, ai familiari e ai visitatori, con i quali effettua attività assistenziale e attività relazionale anche a "ponte" con la figura medica, con un'esposizione maggiore alla probabilità di agiti.

Osservando la distribuzione topografica, a livello di presidio, la percentuale maggiore di agiti si verifica al POC (Ospedale di Cremona) tendenza rimasta dal 2022, mentre risulta aumentata la percentuale di agiti al POOP rispetto all'anno precedente e diminuita quella sul Territorio. Si rileva una maggiore propensione alla segnalazione da parte del personale del Presidio Oglio Po.

U.O.S. Qualità e Risk Management

Il Pronto Soccorso resta l'unità operativa che riscontra il maggior numero di agiti violenti negli anni. Si registra, inoltre, un significativo aumento di segnalazioni relativamente a Pediatria e SPDC, nonché un ristretto lasso temporale in cui sono emerse alcune segnalazioni da parte degli operatori della CPA-CRA di Cremona, avvenute dopo la fusione delle due entità territoriali a seguito della chiusura della CRA per ristrutturazione.

Osservando più nel dettaglio le UUOO Internistiche, la Medicina Generale registra il maggior numero di segnalazioni, seppur in numero minore rispetto il 2022.

Si riscontra una diminuzione degli agiti segnalati nelle UUOO Chirurgiche, solo una nel Day-Surgery, rispetto ai dati del 2022 ove erano pervenute 4 segnalazioni totali per queste tipologie di UUOO.

Nelle Aree Territoriali si osserva un aumento delle segnalazioni rispetto l'anno precedente, soprattutto per la presenza di segnalazioni ricevute dal SERD non pervenute nel 2022.

Esaminando il campione, sulla base delle caratteristiche dell'aggressione, si può notare che, rispetto gli anni precedenti, resta costante la presenza maggiore di aggressioni solo verbali e delle aggressioni miste (segnalazioni comprensive sia dell'agito verbale, sia quello contro la proprietà e/o di tipo fisico che l'agito dell'aggressore contro sé stesso). Rispetto l'anno precedente si registra una diminuzione delle aggressioni solo alla proprietà.

Il luogo ove si verificano più aggressioni sono le aree del Pronto Soccorso, anche questo dato resta costante rispetto gli anni precedenti, si registra inoltre un significativo aumento delle segnalazioni relative ad aggressioni avvenute nei reparti degenza.

Nella maggior parte dei casi segnalati, come già avvenuto nei dati registrati nel 2022, l'aggressione è attuata da un paziente o da un suo familiare, a differenza dell'anno precedente si registra però una nuova tendenza in quanto sono presenti 8 casi in cui l'aggressore risulta duplice (paziente e familiare).

Si rileva ancora la presenza di agiti tra gli operatori, che era evidente già nell'anno 2022, e che si ripresenta nell'anno 2023 seppur in minor unità: tale fenomeno nell'anno corrente è limitato a segnalazioni di intemperanze verbali.

Tale dato potrebbe essere dovuto ad una minor tolleranza tra pazienti, familiari e tra colleghi, e da una generale scarsa capacità degli operatori di gestire il conflitto, con la tendenza a esternalizzare immediatamente e in modo incontrollato le frustrazioni ed i contrasti, attraverso l'utilizzo di linguaggio improprio e offensivo fino ad arrivare all'agito fisico; comportamento che va in opposizione al contesto sanitario dove l'obbiettivo e la mission degli operatori è la cura e l'assistenza.

Si osserva un incremento delle denunce all'Autorità Giudiziaria che per il 2023 risultano essere 33 (23 in più rispetto il 2022).

Relativamente alla gravità dell'aggressione, valutata mediante la Scala MOAS, si può osservare come, rispetto l'anno precedente, le aggressioni gravi (riportanti punteggio >10 pari al 15,38% del campione) hanno subito una diminuzione mentre le aggressioni minori (punteggio 1-2 pari al 52,31% del campione) hanno registrato un incremento.

I fattori che possono aver contribuito all'aggressione rimangono maggiormente legati alle aspettative inadeguate di familiari e paziente.

Per quanto riguarda i segnali di allarme evidenziati dall'operatore si sottolinea come, anche nei dati registrati relativi all'anno 2023, nella maggioranza dei casi (57,14%) i segnali colti sono stati osservati dagli operatori in rapida consecuzione e presentano tutte le tre o due tipologie di allarme.

Le segnalazioni sono in costante aumento: si può ipotizzare che ciò sia dovuto al fatto che la modalità di segnalazione si è ormai consolidata nel tempo/negli anni, come modalità procedurale

U.O.S. Qualità e Risk Management

acquisita e inserita nella cultura organizzativa aziendale.

INFORTUNI DIPENDENTI

Nell'anno 2023 si sono verificati in totale 131 infortuni: 54 infortuni da rischio biologico, 12 da rischio movimentazione, 1 da rischio chimico, eventi da altri rischi: 9 aggressione, 23 cadute, 20 in itinere, 2 urti, 1 taglio, 2 altro (sincope)

Tipo infortunio	numero
biologico	54
sforzo	12
schiacciamento	7
in itinere	20
contaminazione chimica	1
caduta	23
aggressione	9
urto	2
taglio	1
altro (sincope)	2

ANALISI DEGLI EVENTI CON STRUMENTI REATTIVI

L'attività di approfondimento dei near miss o degli eventi avversi è stata affrontata nel corso del 2023 con metodica SEA: in tutti i casi (16), l'intervento del Risk Manager è stato richiesto o dalla Direzione Strategica o dai livelli di responsabilità delle Unità Operative. È stato inviato il rapporto di audit ai partecipanti, all'interno del quale sono state esplicitate le azioni correttive intraprese. Nel corso del 2023 sono avvenuti 6 eventi sentinella, segnalati in SIMES e analizzati tutti con metodica SEA.

CAUSE CHE HANNO PRODOTTO GLI EVENTI ED EVENTUALI AZIONI DI MIGLIORAMENTO

evento	cause	Azioni di miglioramento
Cadute dal letto dei pazienti Cadute a terra dei pazienti Cadute da sedia, carrozzina o altro mezzo dei pazienti	L'evento caduta è scarsamente prevedibile e prevenibile se non utilizzando apposite scale che evidenziano i pazienti più a rischio e mettendo in atto delle azioni preventive (spondine, ecc.)	È già presente un protocollo per la prevenzione delle cadute in ambito aziendale. In ottobre 2022 è stato emesso il protocollo per la prevenzione delle Cadute in Pronto Soccorso. Nel corso del Piano Annuale di Risk Management del 2023 il progetto specifico n. 3 ha effettuato monitoraggio dell'applicazione del protocollo per la prevenzione delle cadute in Pronto Soccorso ed è in corso la revisione del Protocollo generale per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale.
Errori di terapia nei pazienti ospedalizzati	Nuove tipologie di errori emergenti dall'uso del sistema informatizzato per la prescrizione delle terapie antitumorali	<ol style="list-style-type: none"> 1) È in vigore il protocollo di "ricognizione e riconciliazione farmacologica" per effettuare la riconciliazione fra la terapia domiciliare e quella ospedaliera 2) È stata completamente informatizzata la procedura della distribuzione diretta dei farmaci con azzeramento delle tipologie di errore precedenti 3) È entrata in vigore la prescrizione informatizzata dei chemioterapici con azzeramento delle tipologie di errore precedenti 4) Verificare la nuova tipologia di errori e la percentuale sul totale delle terapie in ambito oncologico



U.O.S. Qualità e Risk Management

Errori trasfusionali	Non completa adesione alla procedura specifica	Viene eseguito un aggiornamento formativo degli operatori ad ogni protocollo emesso. Corso FAD aperto a tutti gli operatori
Trigger in area ostetrica/neonatale	Le cause sono diverse e laddove è possibile si interviene sull'aspetto organizzativo o sulla formazione specifica degli operatori e sulla educazione della paziente	
Infortuni sul lavoro dei dipendenti ASST di Cremona	Le cause sono molteplici e diverse a seconda del tipo di infortunio (a rischio biologico piuttosto che per la movimentazione dei pazienti, ecc)	Dal 2019 è in corso un monitoraggio specifico per i dipendenti vittime di agiti violenti. È inoltre in corso un monitoraggio con l'INAIL per la valutazione dello stress lavoro correlato.

Cremona 18 marzo 2024

La Risk Manager

Dott.ssa Maria Dalla Bona