



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione 2024

Eventi evitati, avversi, sentinella

Relazione ai sensi art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24



28 gennaio 2025

S.C. Risk Management ASLTO4 – Direttore Medico Legale - Dott.ssa Vincenza Palermo

Via Aldisio, 2 – 10015 Ivrea (To)

Sistema di Incident Reporting - allestito su piattaforma Survey Monkey, accessibile attraverso Intranet aziendale.

Gestione piattaforme Incident Reporting ed elaborazioni dati: dr.ssa Alessandra Luciano

«La fallibilità è una caratteristica dell'essere umano.
Noi non possiamo cambiare l'essere umano,
ma possiamo cambiare le condizioni
in cui gli esseri umani lavorano».

James Reason, 2003

Sommario

Introduzione.....	4
1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2024	8
1.1 – Dati aggregati da 2018 a 2024.....	8
1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2024.....	9
1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2024	11
1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2024	13
1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2024.....	14
1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anni 2020-2024	15
1.7 – Esiti relativi agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2024 – n. 53 eventi	16
1.8 - Segnalazioni anonime utenti 2024	17
2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2024	19
2.1 – Sistema di segnalazione implementato nel 2023.....	19
2.3 - Cause che hanno determinato i 24 episodi di violenza verbale-fisica	20
3 - Cadute accidentali anno 2024.....	22
3.1 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2024	23
3.2 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2024.....	23
3.3 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2024.....	24
3.4 - Tasso di incidenza cadute anni 2018- 2023 (2024 dato non ancora disponibile).....	24
3.5 - Azioni di miglioramento.....	25

Introduzione

La relazione è redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 24 dell'8 marzo 2017 e fornisce i dati relativi al monitoraggio degli eventi evitati/avversi e sentinella segnalati dagli operatori delle strutture di degenza, degli ambulatori dei distretti, RSA e Hospice della ASLTO4, alla S.C. Risk Management da 1° gennaio a 31 dicembre 2024.

La 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", meglio nota come Legge Gelli-Bianco, ha disposto che le strutture sanitarie, pubbliche e private, pubblichino sul sito internet i dati di monitoraggio sugli eventi avversi che si sono verificati all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Come stabilito dal Ministero della Salute (vd. pubblicazione "La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – Glossario" Luglio, 2006) si definisce **evento avverso** un 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". Si indica come **evento evitato (Near miss)** l'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.

Si indica come **evento sentinella** un 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: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "principio dell'imparare dall'errore". In tale ambito il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità e pertanto gli eventi sentinella, ai sensi del DM 11 dicembre 2009 che ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), sono segnalati attraverso il predetto sistema. Secondo quanto previsto dal Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella dell'Osservatorio Nazionale degli eventi sentinella (aggiornato a luglio 2024), il Ministero della Salute ha elaborato l'elenco degli Eventi Sentinella come di seguito elencati:

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

La presente relazione presenta tutti i dati relativi alla diversa tipologia di eventi, segnalati spontaneamente dagli operatori dell'Azienda alla S.C. Risk Management, riferendoli all'elenco dei 23 tipi di Eventi Sentinella stilato dal Ministero della Salute, identificando il tipo di evento in relazione all'essere o meno avvenuto (evento evitato/evento avverso) e, in caso di evento avverso, in relazione alla gravità dell'esito occorso in seguito all'accadimento (evento avverso/evento sentinella). Al fine di acquisire una visione globale del fenomeno aziendale è stato predisposto il monitoraggio del fenomeno sia nelle strutture ospedaliere sia a livello territoriale nelle strutture Ambulatoriali/Consultori/Studi dei MMG e PLS.

Occorre specificare che in questa relazione sono presentati separatamente dal monitoraggio eventi evitati/avversi: i dati relativi alle cadute accidentali e il report sulle segnalazioni di violenza verbale e fisica su operatore effettuata ai sensi della Legge 14 agosto 2020 n.113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni";

Il report sulle segnalazioni di violenza verbale e fisica su operatore è elaborato sulle segnalazioni inviate in modo volontario e anonimo, attraverso un modulo on line accessibile attraverso la intranet aziendale e specificamente dedicato a questo tipo di evento. La scheda di segnalazione on line prevede una serie di item utili a identificare le variabili socio-anagrafiche degli aggressori, i contesti nei quali si verificano gli episodi, le cause che sono all'origine dell'episodio di violenza, le azioni di miglioramento suggerite dai segnalanti.

Il monitoraggio delle cadute accidentali nella ASLTO4 è previsto attraverso la somministrazione di specifico modulo "on line" specificamente dedicato a questo tipo di evento, accessibile attraverso la intranet aziendale che i coordinatori compilano ogni volta che si verifica una caduta accidentale. Il monitoraggio delle cadute accidentali (parallelo a quello degli eventi evitati/avversi) consente di individuare le diverse variabili qualitative correlate all'evento caduta, utili a identificare opportune azioni di prevenzione di questo specifico fattore di rischio.

I dati riportati nella presente relazione sono di tipo aggregato e fotografano la realtà complessiva delle Strutture sanitarie dei PP.OO. di Ciriè-Lanzo, Chivasso, Ivrea-Cuornè e delle Strutture ambulatoriali e consultori dei cinque Distretti territoriali della ASLTO4. Sono qui presentati i dati quantitativi inerenti il numero di eventi evitati/avversi segnalati dagli operatori sanitari nell'anno 2024, con specifico focus sulle segnalazioni di violenza su operatore e sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2024. Per quanto concerne le cadute accidentali sono presentati anche i dati relativi agli esiti occorsi (con esito e senza esito) in seguito alla caduta.

Il Sistema integrato di Incident Reporting ASLTO4

Dal 1° gennaio 2018 la ASLTO4 ha messo a disposizione degli operatori sanitari un sistema di *Incident reporting* (Segnalazione eventi), accessibile “on line”, attraverso cui segnalare gli eventi evitati, gli eventi avversi e le cadute accidentali. Gli eventi sentinella sono invece segnalati dagli operatori sanitari al Risk Management attraverso la modulistica aziendale appositamente predisposta.

Il sistema di *Incident reporting* on line è accessibile per gli operatori sanitari attraverso un link tramite intranet: un primo modulo di segnalazione è dedicato al monitoraggio degli eventi evitati/avversi, e consente di segnalare gli eventi evitati e gli eventi avversi attraverso un percorso interattivo che guida

l'operatore nella segnalazione; un secondo modulo è dedicato alla segnalazione delle cadute accidentali, consiste in un percorso interattivo che consente di segnalare la caduta accidentale e di classificarla come evento avverso/evento sentinella a seconda dell'esito occorso in seguito alla caduta. In caso di evento sentinella la segnalazione specifica viene attuata dall'operatore sanitario anche attraverso l'apposita procedura aziendale, delibera n.167 del 25.2.2014 del Direttore Generale, elaborata per la gestione del processo di accadimento degli eventi sentinella nell'ASLTO4.



La segnalazione degli **eventi evitati - avversi** da parte degli operatori sanitari è un tipo di segnalazione spontanea, già prevista dall'art.1 comma 539 della Legge 28/12/2015 n. 208 (Legge di stabilità), a cui gli operatori sono invitati ad aderire, per promuovere nell'ASLTO4 una cultura *no-blame* (non colpevolizzante) e di prevenzione del rischio. Questo tipo di segnalazione anonima e spontanea è utile a raccogliere dati indicativi per individuare le aree potenzialmente a rischio e predisporre adeguate azioni di miglioramento. Poiché la segnalazione di eventi evitati o avversi è fortemente raccomandata, ma non obbligatoria per gli operatori, i dati relativi al numero di segnalazioni di eventi evitati o eventi avversi che pervengono all'Ufficio Risk Management - attraverso il sistema on line di *Incident reporting* - non rappresentano un indicatore specifico di rischio, ma un indicatore del grado di sensibilità degli operatori ad una cultura della sicurezza e la loro propensione alla segnalazione. Ne consegue che un numero elevato di segnalazioni di eventi evitati o avversi non è uno specifico indicatore di maggiore esposizione delle persone assistite a rischi clinici. Altrettanto un numero esiguo di segnalazioni da parte degli operatori non è indicatore di un basso livello di esposizione delle persone assistite a rischi di incidenti. Al contrario, un basso numero di segnalazioni potrebbe rappresentare un insufficiente livello di percezione del rischio da parte degli operatori, mentre un alto numero di segnalazioni rappresenta, invece, un alto livello di attenzione degli operatori sanitari nei confronti dell'identificazione e prevenzione dei possibili rischi connessi con le prestazioni cliniche e assistenziali, consentendo all'Azienda di attivare azioni di miglioramento. È evidente che le segnalazioni spontanee e anonime degli operatori sono indice di una più spiccata sensibilità e di una più radicata cultura *no-blame* nei confronti dell'errore in sanità. Altrettanto occorre considerare che il tipo di segnalazioni che sono effettuate in modo più consistente di altre (relative a specifiche categorie di eventi) sono indicatori del grado di percezione del rischio da parte degli operatori, e non l'indicatore di un rischio effettivo, il quale potrebbe anche non essere segnalato dagli operatori solo perché non adeguatamente percepito come tale.

La segnalazione di **Eventi Sentinella** da parte degli operatori avviene attraverso specifica modulistica aziendale cartacea (Format aziendale Prime Specifiche Evento sentinella, previsto dalla specifica procedura aziendale); la S.C. Risk Management dopo attenta valutazione dell'evento segnalato lo comunica, qualora si tratti di evento

sentinella, alla piattaforma del Sistema Informativo Sanitario per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, (SIMES) secondo quanto previsto dal Protocollo per il Monitoraggi degli Eventi Sentinella 2009, dal Ministero della Salute.

La segnalazione di **caduta accidentale** (che rappresenta una specifica categoria dell'elenco di Eventi Sentinella proposta dal Ministero della Salute) è invece prevista nella ASLTO4 come attività di monitoraggio dal 2011, ed è effettuata con precisione e costanza da parte degli operatori ogni qualvolta si verifichi una caduta accidentale di persone assistite, familiari, ospiti in occasione di degenza, di prestazioni sanitarie presso ambulatori o di residenza presso RSA e Hospice. La segnalazione costituisce un importante strumento di analisi e monitoraggio dell'evento caduta accidentale, utile ad individuare specifici fattori di rischio e ad elaborare le conseguenti azioni di miglioramento.

In questa relazione saranno dunque presentati i risultati relativi ai dati quali-quantitativi inerenti a:

1- Monitoraggio Eventi evitati/avversi/sentinella costituito da:

- a- dati quanti-qualitativi relativi alle segnalazioni spontanee effettuate nel 2024 dagli operatori sanitari inerenti eventi evitati o avversi, di cui sono stati testimoni o che sono occorsi in occasione di prestazioni assistenziali, sia nelle strutture di degenza sia nelle strutture territoriali della ASLTO4;
- b- dati quantitativi relativi al numero di segnalazioni pervenute alla S.C. Risk Management di **eventi sentinella** occorsi nel 2024, raccolti attraverso specifica modulistica aziendale cartacea (Format aziendale *Prime Specifiche Evento sentinella*, previsto dalla specifica procedura aziendale) e dal Risk Management successivamente segnalati attraverso il *Sistema Informativo Sanitario per il Monitoraggio degli Errori in Sanità*, previsto dal *Protocollo per il Monitoraggi degli Eventi Sentinella 2009*, del Ministero della Salute.

2- Focus su monitoraggio violenza a danno di operatore sanitario e socio-sanitario

In particolare il sistema di segnalazione prevede un sistema specifico per le segnalazioni di **violenza su operatore**, attraverso il quale è possibile raccogliere dati inerenti le variabili socio-anagrafiche degli aggressori e degli aggrediti, i contesti nei quali tendono a verificarsi episodi di violenza, le cause che sono all'origine degli episodi di violenza su operatore, le azioni di miglioramento proposte dai segnalanti. Già a partire dal 2023 sulla base delle segnalazioni pervenute, si sono distinte le segnalazioni di criticità comunicative e relazionali tra Operatori e utenti, dalle segnalazioni di violenze verbali (minacce, insulti e intimidazioni) e violenze fisiche (su persone e ambienti). Si è rilevato che gli operatori non avevano ben chiaro il concetto di "minaccia" in riferimento a quanto previsto dall'art. 612 C.P., pertanto ciò ha richiesto di individuare una ulteriore categoria relativa a segnalazioni di disagi relazionali tra operatori e utenza.

3- Monitoraggio cadute accidentali

Dati quali-quantitativi relativi alle segnalazioni da parte delle Strutture di degenza, ambulatoriali e da RSA e Hospice della ASLTO4, inerenti l'evento di caduta accidentale e specifici esiti, pervenute alla S.C. Risk Management nel 2024.

1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2024

1.1 – Dati aggregati da 2018 a 2024

Il grafico fornisce l'andamento del numero di segnalazioni spontanee relative ad Eventi evitati/Eventi avversi, e del numero di segnalazioni obbligatorie di Eventi sentinella, che sono giunte alla S.C. Risk Management dal 1-01-2018 a 31-12-2024.

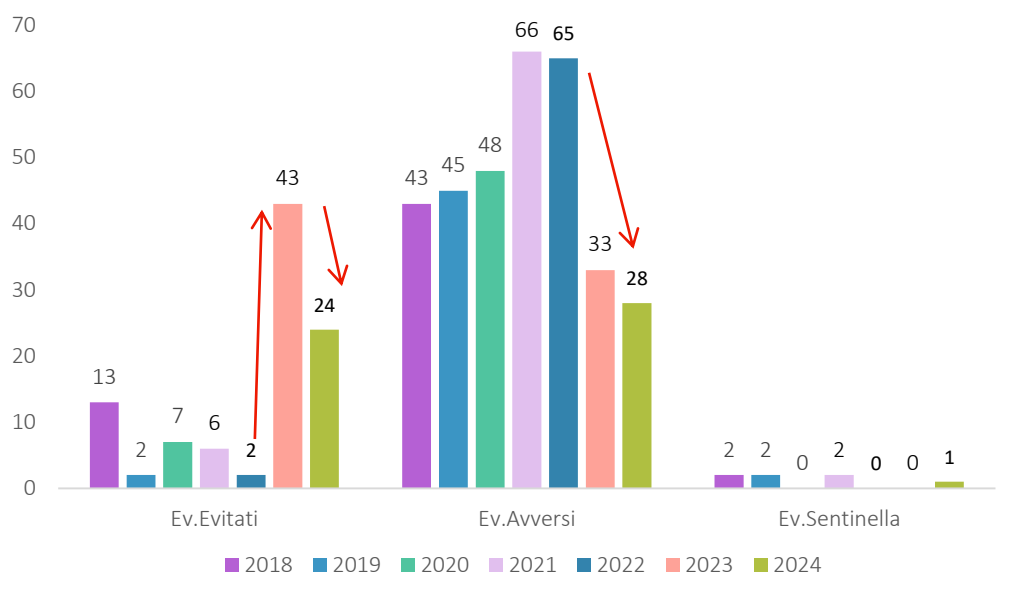


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web. Nel 2024 sono giunte n. 53 segnalazioni relative a tutti gli eventi segnalati di cui: n.28 eventi avversi, n.24 eventi evitati, n. 1 evento sentinella.

1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2024

Tabella A - Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2024 a 31-12-2024

EVENTI EVITATI ANNO 2024 – tot. N. 24				
N. 25 EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	AREA DI APPARTENENZA
3	Errori in terapia che non hanno causato alterazioni funzionali/intercettati prima di somministrazione.	2 - STU compilata in modo non leggibile	Audit interno dell’evento e delle cause che hanno determinato l’errore con sollecitazione a maggior attenzione degli infermieri e dei medici prescrittori al rispetto delle procedure aziendali per la compilazione STU e somministrazione farmaci.	2- CARDIO CIRIE
		1-Errata identificazione pz. in somministrazione farmaci		1- SPDC CH
2	Errore inerente campione di laboratorio.	2-Scambio provette/errata etichettatura in prelievo ematico	Audit interno con richiamo a corretta modalità di esecuzione dei prelievi e applicazione della procedure aziendali.	1-NEURO IV 1-NEFRO CIRIE
2	Carenza / malfunzionamento attrezzature	1-Mancanza carrozzine trasporto pazienti	Sollecito rifornimento carrozzine già richieste più volte	1-DEA CIRIE
		1-Letto non sicuro, pericolante ancora in uso	Sollecito smaltimento e sostituzione letto già indicato a S.S. Manutenzione	1-CARDIO CHI
4	Carenze organizzative/gestionali/incidenti	3-Organico insufficiente/carenze organizzative	Richiamo a DMO e Distretti colmare carenze gestionali e organizzative	3-SALA OPERATORIA CIRIE’
		1-Dispositivo in uso dopo data scadenza sterilizzazione		1-SALA OPERATORIA IVREA
		1-Caduta improvvisa porta tagliafuoco		1-DISTRETTO SETTIMO
12	Violenza verbale su operatore	Il numero di segnalazioni di violenza verbale ricevute (insulti e minacce) sono indicati nella colonna qui a fianco per PP.OO. / SERD / Cure domiciliari / MMG. Le cause sono correlate a: pazienti sotto effetto abuso sostanze /parenti di pazienti in fine vita/ informazioni non corrette per utenti/pazienti con patologie cognitive/neurologiche/psichiatriche, pazienti in condizioni di stress e dolore fisico /	Percorsi formativi per professionisti e operatori su modalità di comunicazione – relazione con pazienti portatori di patologie cognitive-psichiatriche-dipendenze. Formazione operatori professionisti in relazione a gestione del dolore anche in fase di triage in DEA.	4 - P.O. CHIVASSO
				5 -P.O. IVREA
				2 -DIP. DIPENDENZE
				1- MMG
				1 -CURE DOMICILIARI
1	Violenza verbale-fisica tra operatori	Lancio bisturi in S.O. da chirurgo verso operatore che si conficca nella parete	Informata Direzione Medica di Presidio che ha attuato audit interno	1 – P.O. CIRIE SALA OPERATORIA

DIVERBI E DISAGI RELAZIONALI ANNO 2024 – TOT. N. 35

35

segnalazioni non categorizzabili come violenza verbale in quanto non implicanti minacce e insulti, ma riferibili a disagi relazionali e di comunicazione nel rapporto utenti-operatori.

ALTRO – DIVERBI E DISAGI RELAZIONALI

Diverbi tra operatori ed utenza in relazione a disagi organizzativi/tempi di attesa, mancate informazioni/difficoltà relazionale medico-paziente/divieti impropri/stress/dolore fisico/patologie utenza/diverbi tra operatori.

Le cause dei diverbi segnalate da operatori e professionisti riguardano: patologie delle P.A. (disagio psichico, decadimento cognitivo, utenti SERD con dipendenze e doppie diagnosi); disagi e criticità organizzative; ritardi e tempi di attesa; diverbi telefonici inerenti prenotazioni, tempi di attesa e ritiro documentazione clinica; stress e dolore fisico dei pazienti in degenza o in attesa triage DEA.

Sono state individuate le cause delle segnalazioni di disagio degli operatori nel rapporto con l'utenza evidenziando le carenze organizzative e gestionali, e sono state stimulate azioni di miglioramento dei processi organizzativi nelle strutture, nonché azioni formative per gli operatori finalizzate a rafforzare capacità relazionali e di gestione dei conflitti.

14-- P.O. IVREA

1. Anestesia e Rianimazione
1. Cardiologia
7. DEA
1. Dialisi
2. Neurologia
2. Amb. ospedalieri

9 – P.O. CHIVASSO

4. Medicina
2. Neurologia
1. Pediatria
1. SPDC
1. Amb. Orl

2 – P.O. CIRIE'

1. Neurologia
1. Ortopedia

3 – DIP. DIPENDENZE

2. SERD IVREA
1. SERD RIVAROLO

7 – DISTRETTI TERRITORIALI IVREA/CHIVASSO/CIRIE'

2. AMB./PORT Ivrea Comunità
1. RRF SETTIMO
1. RRF CUORGNE
1. AMB. VOLPIANO
1. AMB. CORIO
1. SEGR. MED. INTEGRATIVA
1. STUDIO MMG IVREA

1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2024

Tabella B - Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2024 a 31-12-2024

EVENTI AVVERSI ANNO 2024– tot. 28					
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
1	Procedura in pz.sbagliato/prelievo eseguito su pz. sbagliato	Deficit di attenzione	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto Audit interno con revisione di istruzioni operative per corretta identificazione paziente.	Pz. sottoposto a prelievo non necessario. Nessuna altra conseguenza perchè ci si è accorti in tempo dell'errore.	1-P.O. IVREA Neurologia
1	Errata trascrizione dati in referto ematologico	Disservizio tecnico di refertazione	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno motivato l'incidente a causa di un temporaneo disservizio tecnico occorso nella giornata di esecuzione dell'analisi.	Ripetizione dell'esame	1-P.O. CHIVASSO Laboratorio analisi
1	Errori in terapia farmacologica che hanno causato alterazioni funzionali	Causa dovuta a errato passaggio informazioni tra operatori	Invio segnalazione ai coordinatori che hanno eseguito audit interno e predisposto azioni di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi	Comparsa di insufficienza respiratoria prontamente trattata.	1-P.O. CHIVASSO Sala Operatoria
2	Stravasos farmaci (con o senza conseguenze)	Cause dovute a sganciamento imprevisto dei deflussori.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno e inviato le segnalazioni relativamente ai dispositivi difettosi ai Servizi predisposti di vigilanza.	Comparsa di rossore e bruciore nella zona di sversamento	2-P.O. CIRIE Oncologia
		Assenza maniglioni in bagno	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno ed inoltrato agli uffici competenti le segnalazioni relativamente alla mancanza di attrezzature, e al malfunzionamento dei dispositivi .	Ustione del paziente che si è retto al termosifone in mancanza di maniglioni	1-P.O. CIRIE' Medicina
		Malfunzionamento bisturi elettrico		Ustione dell'operatore in procedura di emostasi	1-P.O. CHIVASSO Sala Operatoria
		Cattiva qualità del materiale catetere		Trombosi venosa senza esiti	1-P.O. IVREA Neurologia
4	Eventi clinico-diagnostici-assistenziali	Episodio di crisi psicotica in CSM.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno per analisi del caso e richiamo a procedure aziendale da adottare per le rispettive criticità segnalate.	Porta divelta	1-CSM CIRIE'
		Non presa in carico assistita per terapia, proveniente da altro CSM.		Mancata rimodulazione della terapia.	1-CSM CIRIE
		Non congrua custodia cornee da espianto.		Cornee di donatore in obitorio, introdotte in contenitori adatti alla loro conservazioni ma contenenti già cornee di altro donatore. Nessun danno di contaminazione e confusione reperti, in quanto ci si è accorti in tempo dell'errore.	1-P.O. IVREA Sala settoria
		Manovra con versamento in endoscopia	Svolto Audit interno che ha approfondito la dinamica dell'evento segnalato, e rilevato la necessità di dispositivi medici più performanti.	Nessun danno. L'evento collegato a complicanza in corso di procedure invasive con dispositivi medici, immediatamente risolte.	1 – P.O CHIVASSO

1	Evento avverso in ostetricia	Inadeguatezza della pediatria nella gestione di neonato "critico".	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno e segnalato a strutture competenti criticità nell'utilizzo di pediatri gettonisti in Sala parto.	Trasferimento neonato in struttura extraaziendale	1-P.O. CHIVASSO Sala parto
1	Danni imprevisti a seguito di intervento chirurgico.	Particolare conformazione del cavo orale del paziente.	Invio segnalazione a coordinatori e responsabili che hanno predisposto audit interno, che ha definito che si è trattato di errore accidentale anche legato alla patologia dentaria di base.	Avulsione accidentale parte di ponte dentario.	1-P.O. CIRIE Sala Operatoria
1	Lipotimia dopo prelievo ematico	Mobilizzazione utente precoce dopo prelievo ematico.	Richiamo a maggior vigilanza su utenti sottoposti a prelievo prima di alzata da seduta di prelievo.	Piccolo ematoma e lieve contusione	1-DISTR. SETTIMO-SAN MAURO- Centro Prelievi
1	Danni imprevisti non gravi a seguito di manovre invasive	Errato posizionamento da parte di personale medico gettonista di drenaggio per toracentesi e successivo tentativo di migliorare il posizionamento con esito di drenaggio posizionato in addome.	Svolto Audit con i dirigenti medici del PS di Cuorgnè e predisposte azioni di miglioramento per evitare procedure invasive, e la corretta gestione/formazione di medici gettonisti in servizio.	Ricovero in struttura aziendale	1-P.O. CUORGNE Pronto Soccorso
1	Disguidi documentazione clinica: perdita/privacy	Pericolo di perdita documentazione clinica di paziente.dopo l' accesso in DEA	Richiesta la ricerca della documentazione, che era stata archiviata per errore in contenitore sbagliato.	Ritardo consegna documentazione successivamente ritrovata.	1-P.O. CUORGNE' Pronto Soccorso
11	Violenza fisica su operatore e ambientale (vedi focus in questa relazione a pag. 18)	TUTTI GLI EVENTI SEGNALATI DI VIOLENZA SONO CORRELATI ALLA PATOLOGIA DELL'UTENZA: disagio psichico/decadimento cognitivo/stress post traumatico/dipendenze sostanze d'abuso. In due specifiche segnalazioni del DEA di Ivrea, la violenza è correlata a: -reazione aggressiva del pz.a ricorso a immobilizzazione con contenzione meccanica -reazione pz. con dipendenze a effetti secondari farmaci.	Si sono svolti Audit interni, per individuare le cause delle violenze correlate alla patologia dell'utenza, onde individuare specifiche modalità di prevenzione, nonché di formazione dei professionisti Elaborazione di procedura aziendale per la prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica, causa della reattività del paziente. Come azione di miglioramento urgente per quanto concerne i danni ambientali, gli operatori del SERD insistono sulla necessità di adeguare ambienti e strutture (sostituendo ad esempio porte a vetri), pericolose per il tipo di utenza che accede al servizio.	Danni fisici per 6 operatori (edemi, contusioni, frattura), e 3 danni ambientali (porte divelte, vetri rotti, danni pareti mobili). Inoltre denunce - Autorità giudiziaria n. 6 - Denunce infortunio Inail n. 6	P.O. Ivrea Cuorgnè 4 DEA IVREA 1 CASA CIRC. IVREA P.O. Ciriè Lanzo 2 SPDC CIRIE' P.O. Chivasso 1 SPDC CHIVASSO Dipartimento salute mentale 1 CSM Settimo Dipartimento dipendenze 2 SERD SETTIMO

1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2024

Tabella C - Elenco dei casi di Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2024 a 31-12-2024

EVENTI SENTINELLA ANNO 2024 n. 1				
NUMERO EVENTO n. progressivo SIMES Regionale	AREA Es.S.C./Dipartimento	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI AZIONE	SCHEDA DI MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE
NJ.649 del 21-2-2024	MATERNO INFANTILE OSPEDALE CHIVASSO	MORTE dopo dimissioni da DEA-PEDIATRICO	Non sono state accertate cause e fattori che hanno contribuito a determinare l’evento.	/

1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2024

Le segnalazioni sono suddivise secondo l'elenco stilato dal Ministero della Salute: TOTALE EVENTI N. 53

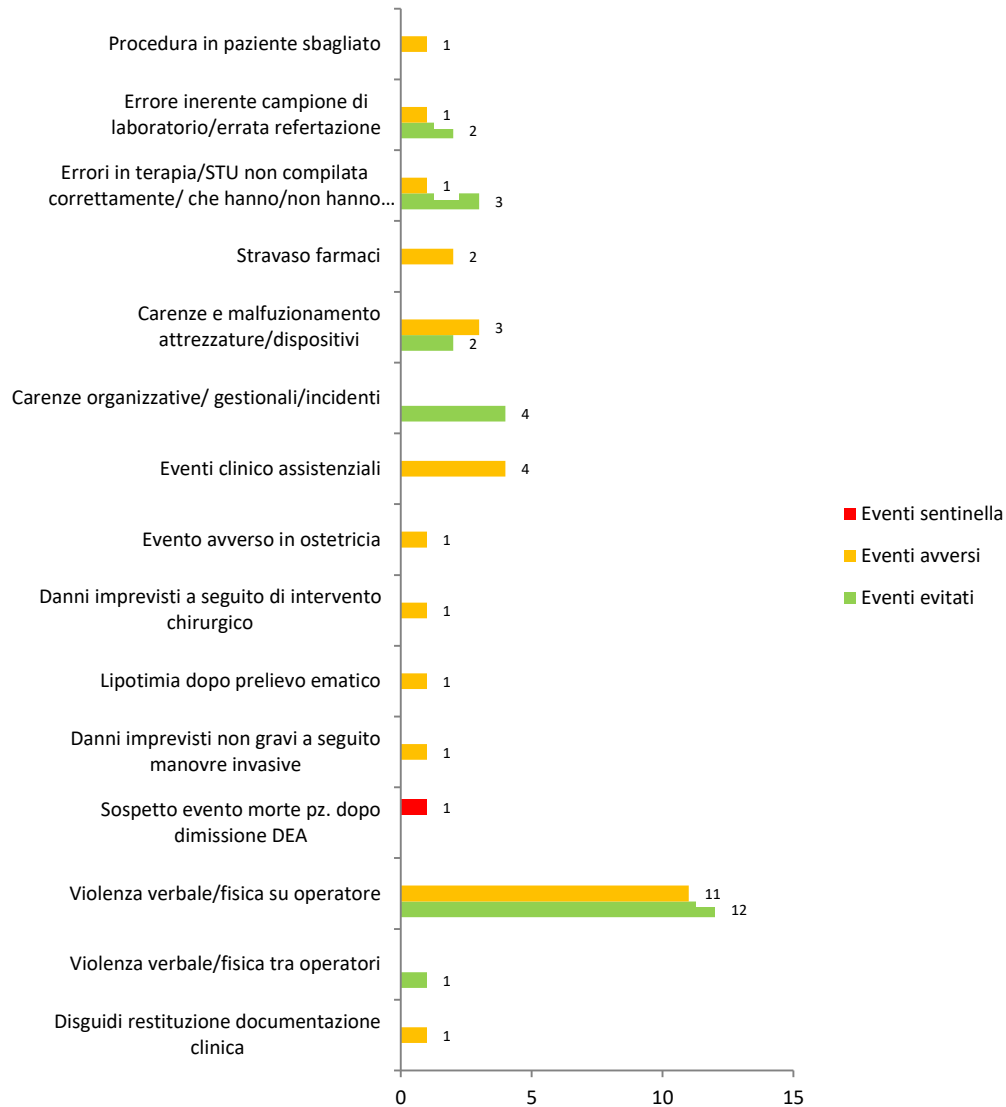


Figura 2 - Quadro riassuntivo del numero di 53 segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2024 presso i PP.OO. e Distretti territoriali della ASLTO4: Eventi evitati (verde) n. 24; eventi avversi (arancio) n. 28; eventi sentinella (rosso) n. 1.

1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anni 2020-2024

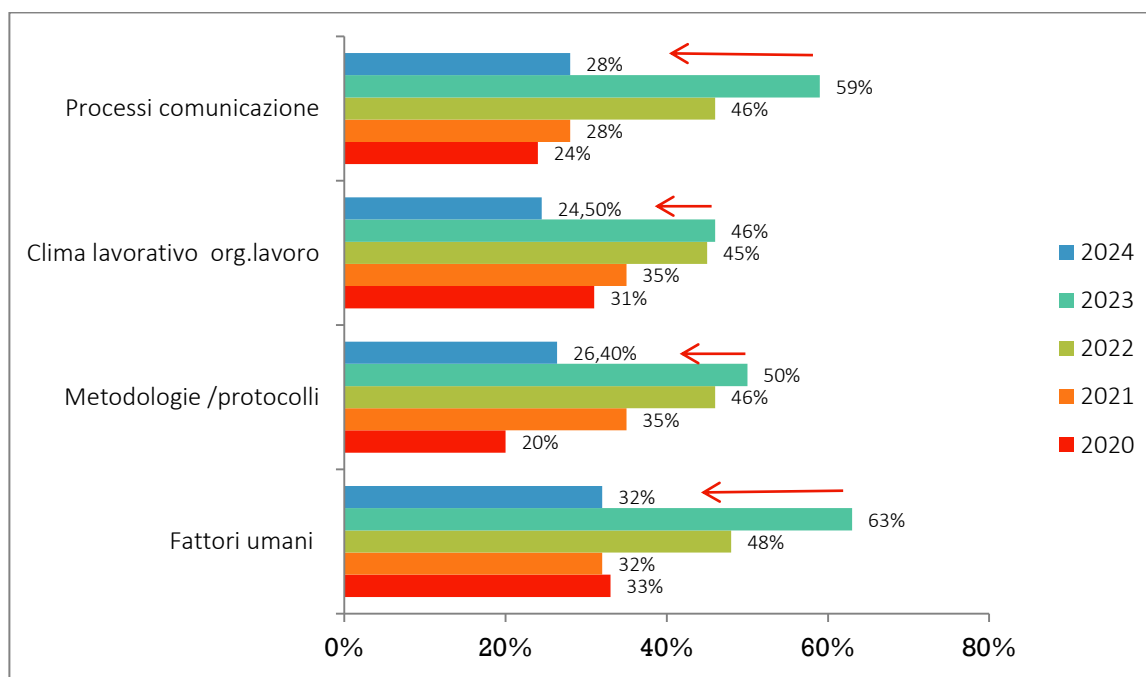


Figura 3 – Il grafico rappresenta in percentuale tutte le cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati da 2020 a 2024. Si evidenzia che nel 2024 si sono ridotte le cause in modo pressoché uniforme che negli anni precedenti determinavano il verificarsi di eventi sfavorevoli. Ciò è indicatore di un processo costante di miglioramento in atto nelle Strutture (ospedaliere e territoriali) nelle procedure di prevenzione dei possibili eventi sfavorevoli. Le percentuali di incidenza delle cause, si sono riallineate con quelle pre-covid, superando le criticità organizzative e gestionali, nonché di non adeguati processi di interazione con l'utenza, conseguenti alle misure restrittive per il contenimento dell'epidemia, che si sono protratte impropriamente anche nel biennio immediatamente successivo al superamento dello stato di emergenza.

1.7 – Esiti relativi agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2024 – n. 53 eventi

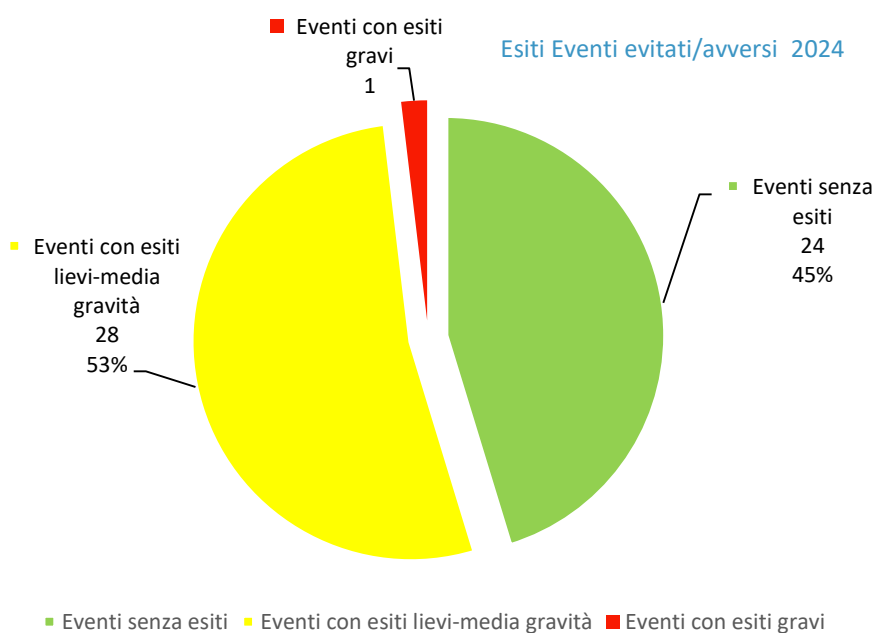


Figura 4 – Stratificazione degli esiti dei 53 Eventi evitati, avversi e sentinella segnalati nel 2024; il 45% non ha avuto esiti, il 53% ha determinato esiti lievi-medio gravi sia su persone che su ambienti. In un caso vi è il sospetto di un esito grave avvenuto in altro ospedale extraziendale (di cui ancora non si hanno tutti gli elementi per la valutazione definitiva).

1.8 - Segnalazioni anonime utenti 2024

Tabella D – il Sistema di Incident Reporting della ASLTO4 comprende anche uno specifico modulo on line, accessibile attraverso il sito aziendale, per le segnalazioni anonime da parte degli utenti. Nel 2024 sono giunte n. 11 segnalazioni anonime di utenti, che sono state analizzate ed approfondite quando le indicazioni fornite dalla segnalazione hanno consentito di individuare l’episodio accaduto.

SEGNALAZIONI ANONIME UTENTI – N. 11					
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
2	Segnalata criticità tempi di attesa prenotazione CUP	Eccessivo ritardo consegna referti ematici (15 giorni da prelievo) in pz. in attesa di intervento chirurgico	Effettuato Audit con Responsabili Laboratorio e Servizi informativi e flussi, coordinatrice CUP. Previsti adeguamenti/con riduzione tempi di attesa in piattaforme per consegna referti di alcune tipologie di analisi . Sollecitata presso i Direttori di Distretto l’abolizione della prenotazione telefonica degli utenti per accedere ai CUP, riducendo così inutili tempi di attesa per l’utenza.	Disagio Pazienti.	dei CUP Castellamonte
		Criticità accesso a CUP (richiesta ancora prenotazione telefonica) criticità per ritirare contenitori per esame citologico urinario.			
1	.Segnalate disagi relazionali da parte di operatori in ritiro referti istologici	Disagi utenza per ritiro referto istologico on line, (non prevista attualmente) con sovraccarico per operatori del servizio ritiro referti.	Effettuato Audit con Responsabili S.C. Gastrosopia, S.C. Anatomia Patologica, S.C. Servizi informativi e flussi per individuare modalità di ritiro referti on line anche per campioni istologici. Individuata procedura per mettere a disposizione dell’utenza il referto in Fascicolo elettronico, solo per referti negativi, indicando ad utenza le modalità per accedervi.	Disagi pazienti	dei Gastrosopia P.O. Chivasso
1	Segnalato Medico di medicina generale in stato alterato in Studio medico	Segnalazione inoltrata a uffici competenti per verifiche idoneità	Segnalazione inoltrata a Direttore di Distretto competente che ha provveduto ad attuare le pratiche per le verifiche del caso	Disagi pazienti	dei Studio medico Ivrea
1	Segnalata impossibilità di individuare personale di portineria P.O. (non in divisa) a cui richiedere informazioni per accesso a ambulatori.	Operatori di portineria presenti ma non in divisa e non riconoscibili dall’utente, (come negli altri PP.OO.ASLTO4)	Inviata richiesta di adeguamento a regolamento interno a responsabile di Struttura.	Disagio utenti	degli P.O. Ciriè
1	Disagi di accesso Centro prelievi e CUP, con code e tempi di attesa lunghi e difficoltà utente ad accedere, tanto che si reca presso altro Centro Prelievi per effettuare la prestazione.	Carenze organizzative e gestionali	Segnalazione al Direttore di Distretto, che ha preso in carico la criticità e predisposto azioni di miglioramento	Disagi degli utenti in accesso a prestazioni	Centro prelievi San Mauro torinese

1	Incidente imprevisto che ha coinvolto operatore	Caduta accidentale bombola di ossigeno, agganciata a pediera letto.	Segnalazione alla Struttura per le azioni di miglioramento necessarie	Contusione al piede dell'operatore coinvolto	Dialisi P.O. Ciriè
1	Criticità su non qualità alimenti e non rispetto menù e diete, per ospiti	manca presenza in struttura di dietologa	Rinviata segnalata a Commissione di vigilanza ASL competente (ASL città di Torino)	Inadeguatezze per ospiti RSA	RSA Trifoglio - Torino
1	Segnalazione di pz. in attesa di intervento in Sala Operatoria, circa esternazioni e imprecazioni medico temporaneamente uscito dalla Sala Operatoria	Stress e nervosismo degli operatori di Sala Operatoria	Inviata segnalazione a DMO e responsabile di Struttura	Clima di tensione e paura dei pazienti in attesa di intervento chirurgico	Sala Operatoria di P.O. Ciriè
1	Accesso visite a Pazienti ricoverati in DEA (oltre 24 ore di impedimento visita parenti per donna anziana)	Criticità comunicative e organizzative nel rapporto con familiari)	Richiesti chiarimenti a Responsabili di Struttura che hanno evidenziato criticità di comunicazione, che hanno determinato il ritardo di accesso alle visite.	Stato di preoccupazione dei familiari	DEA di Ivrea
1	Mancate informazioni a familiari di pz. straniera ricoverata d'urgenza in DEA temendo che la loro congiunta non riesca ad essere compresa.	Pz. straniera che non conosce lingua italiana, ricoverata d'urgenza per malore	Contattata struttura che ha garantito la presenza in turno di operatrice mediatrice culturale, e rassicurato su condizioni della paziente.	Stato di preoccupazione familiari prontamente risolto	DEA di Ciriè.

2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2024

2.1 – Sistema di segnalazione implementato nel 2023

Il sistema di segnalazione specifico per gli episodi di Violenza su operatore prevede un percorso di segnalazione dell'evento Violenza verbale e fisica su operatore e danni ambientali. Con il nuovo format dati dell'ONSEPS trasmesso dalla REGIONE PIEMONTE, per lo specifico rilevamento degli episodi di violenza su operatore, si è reso necessario distinguere i reali episodi di violenza su operatore (che consistono in minacce di aggressione fisica, insulti e offese, danni verso ambiente), da diverbi e criticità relazionali che sopravvivono nel rapporto con l'utenza, soprattutto in conseguenza di carenze organizzative e disagi nell'accesso ai servizi sanitari, o correlati a patologie dell'utenza (di tipo psichiatrico, neurologico cognitivo, dipendenza da sostanze da abuso).

Il sistema di segnalazione Violenza verbale e fisica su operatore considera come **violenza verbale** le minacce secondo le definizioni dell'art.612 del C.P. Di conseguenza le segnalazioni inerenti discussioni e diverbi tra operatori e utenza, con eventuali minacce di denuncia da parte dell'utenza, sono stati categorizzati come eventi che scaturiscono da criticità dei processi comunicativi tra utenza e operatori, che non gestiti correttamente possono procedere verso escalation di violenza verbale e/o fisica. La stratificazione di questi diversi tipi di segnalazioni consente di analizzare con più attenzione le variabili che possono produrre l'escalation verso la violenza su operatore, ricorrendo a modalità di prevenzione dell'evento, che può essere effettuata rafforzando le competenze comunicative e di capacità di gestione dei conflitti da parte degli operatori.

2.2 - Dati di contesto e socio-anagrafici di aggressori e aggrediti

Nel 2024 gli operatori hanno segnalato 24 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore, nelle sedi indicate dal grafico fig. 5

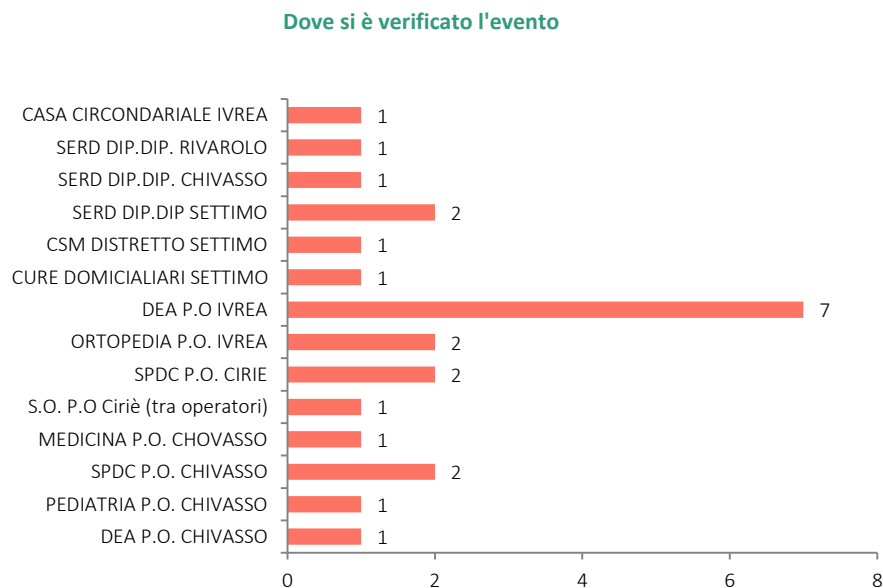


Figura 5 – Contesto di degenza dove si è verificato l'evento segnalato.

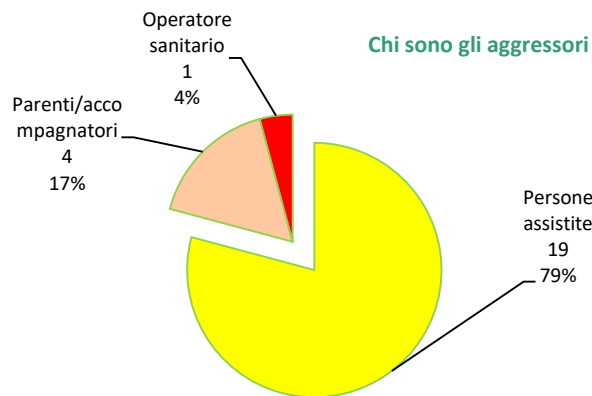


Figura 6

Fig.6 – Nel 79% dei casi gli aggressori sono Persone assistite, nel 17% dei casi sono parenti o accompagnatori. Nel 2024 si è verificato anche un caso di violenza tra operatori (vedi report eventi evitati/avversi).

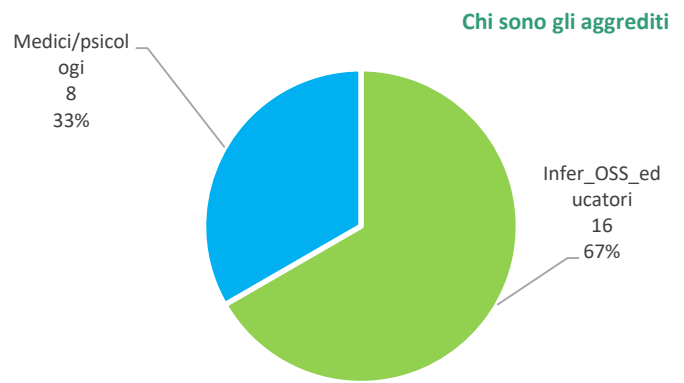


Figura 7

Fig.7 – Nel 67% dei casi gli aggrediti sono operatori di assistenza (OSS e Infermieri, fisioterapisti, ecc.), il 33% delle aggressioni coinvolge personale medico, di cui 1 psicologo.

2.3 - Cause che hanno determinato i 24 episodi di violenza verbale-fisica

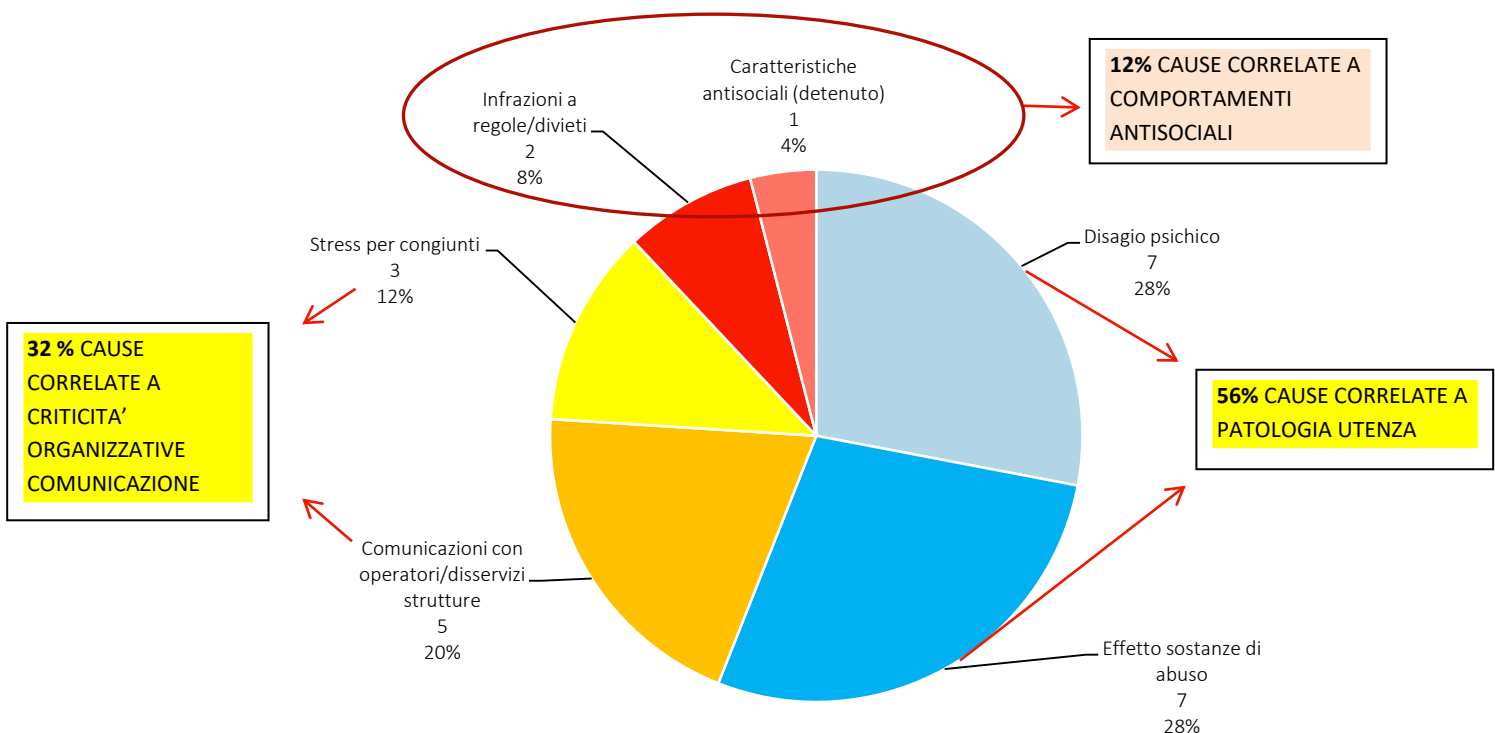


Figura 8 - Uno specifico item della scheda di monitoraggio sugli episodi di violenza verbale e fisica subiti dagli operatori, consente ai professionisti di indicare più cause scatenanti la violenza, (è possibile inserire più opzioni per cause coesistenti, pertanto il numero totale delle opzioni di risposta selezionate per una domanda può essere superiore al numero di rispondenti che hanno risposto alla domanda). Come si può evincere dalle percentuali il **56% delle segnalazioni ricevute concerne aggressori portatori di patologie psichiatriche** (28%) o di **dipendenza sostanze d'abuso** (28%). Un altro 32% delle segnalazioni concerne utenti e familiari che vivono criticità di accesso ai servizi, o sono in ansia per i propri cari (tempi di attesa e mancate informazioni). **Solo il 12% delle segnalazioni di violenza ricevute è agito da utenti (pazienti o familiari) con comportamento antisociale**, pretese infondate, prepotenza. In conclusione l'88% delle segnalazioni ricevute come violenza verbale e fisica, potrebbe essere prevenibile rimuovendo le cause scatenanti e che dipendono da modalità assistenziali, e da modelli organizzativi e gestionali migliorabili.

Danni subiti dagli operatori 2024

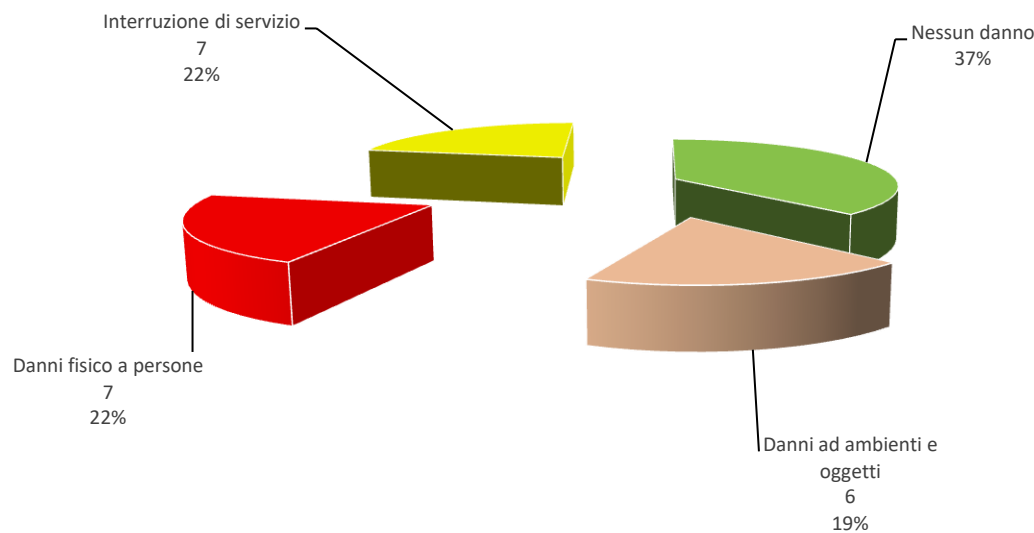


Figura 9 - 7 Operatori hanno dichiarato di aver subito danni fisici, ma sono state segnalate n. 6 denunce all'Autorità giudiziaria e n. 6 denunce di infortunio INAIL. I danni fisici subiti sono: edemi, contusioni, distorsioni, fratture. I danni recati ad ambiente sono: rottura vetro, porte scardinate/ divelte, attrezzature e intonaci danneggiati.

Considerando TUTTE LE SEGNALAZIONI (violenze verbali/violenze fisiche/diverbi e discussioni), si ri-stratificano le percentuali relativamente alle cause che determinano le escalation nella figura 9.1, qui sotto.

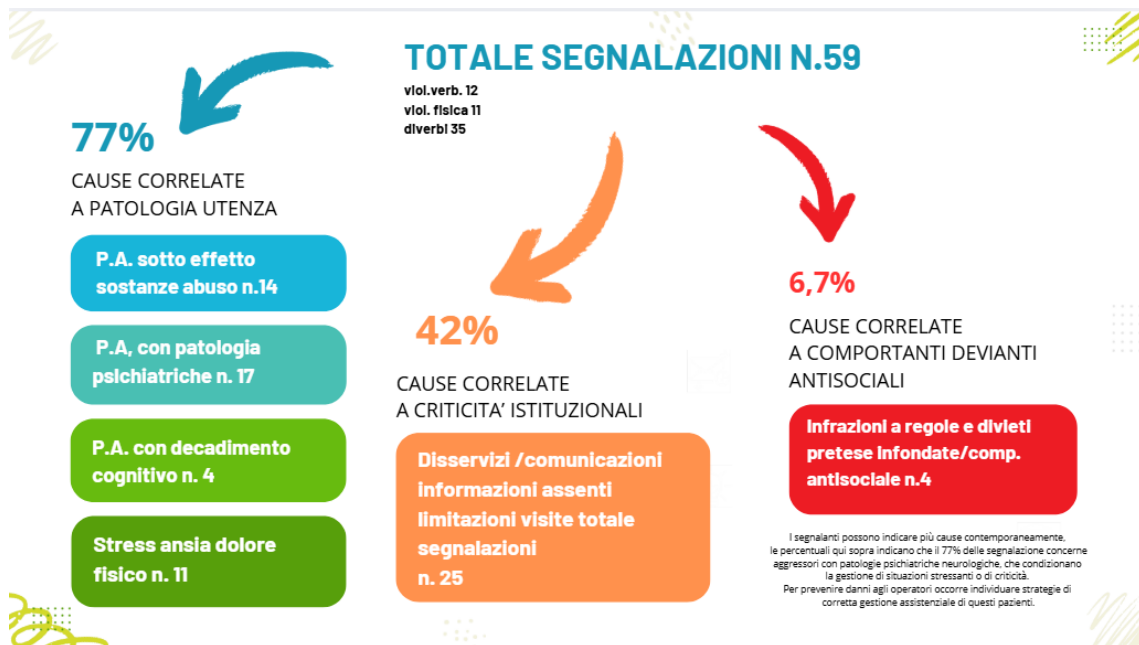


Figura 9.1 – Si ricorda che i segnalanti possono indicare più cause contemporaneamente. Le percentuali indicano che il 77% delle segnalazioni concerne **aggressori con patologie psichiatriche/neurologiche/dipendenze da sostanze d'abuso**, le quali condizionano la capacità di relazione, soprattutto in situazioni stressanti o di criticità. Per una efficace prevenzione dei danni agli operatori di assistenza di questi pazienti, occorre individuare e formare gli operatori all'acquisizione di competenze di specifica gestione assistenziale. Altrettanto occorre una efficace azione di efficienza organizzativa e gestionale, finalizzata a ridurre i disagi degli utenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie (il 42% di queste criticità incide nell'escalation di episodi di violenza); una efficace azione di prevenzione attraverso barriere, presenza di FF.OO. e guardie, è invece quanto richiede la gestione dei veri episodi di violenza su operatore, che costituiscono solo il 6,7% dei casi segnalati.

3 - Cadute accidentali anno 2024

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2024 CADUTE ACCIDENTALI PP.OO/ AMBULATORI/RSA/HOSPICE ASLTO4				
Sedi dell'evento	Totale segnalazioni cadute accidentali	Numero cadute senza conseguenze	Numero di cadute con conseguenze	
			Non gravi	Fratture
PP.OO. Ciriè-Lanzo-Chivasso-Ivrea-Cuorgné.	393	292	89	12
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	21	5	14	2
RSA/HOSPICE	14	12	2	0
Totale	428	309	105	14

Tabella E – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2024 a 31-12-2024

Il monitoraggio delle cadute accidentali si fonda su un sistema di segnalazione on line che è suddiviso in tre piattaforme:

- segnalazioni di cadute accidentali che si verificano nei PP.OO. della ASLTO4, con item specifici sia relativi alle Strutture di degenza, sia alle condizioni strutturali e ai fattori correlati alla patologia e alle terapie cui è sottoposto il paziente. Il questionario ha anche specifici item dedicati all'assunzione di farmaci del paziente che ha subito una caduta accidentale, finalizzato a studiare la correlazione tra l'assunzione di specifiche categorie di farmaci e l'incremento della possibilità di caduta accidentale e dei suoi esiti;
- segnalazioni di cadute accidentali che si verificano in RSA e Hospice (vedi item sopradescritti);
- segnalazioni di cadute accidentali che si verificano in accesso a Ambulatori/ Consultori del territorio della ASLTO4.

La tabella D presenta i dati aggregati relativi al numero di segnalazioni ricevute per l'evento caduta accidentale, in relazione alla sede di accadimento e agli esiti occorsi in seguito all'evento caduta.

3.1 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2024

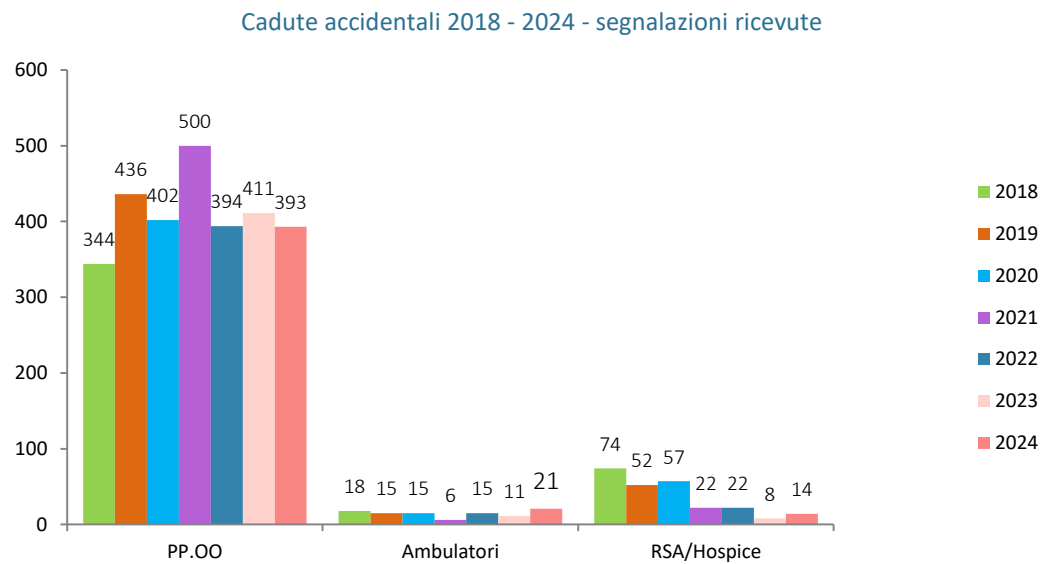


Figura 10 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 da 2018 a 2024.

3.2 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2024

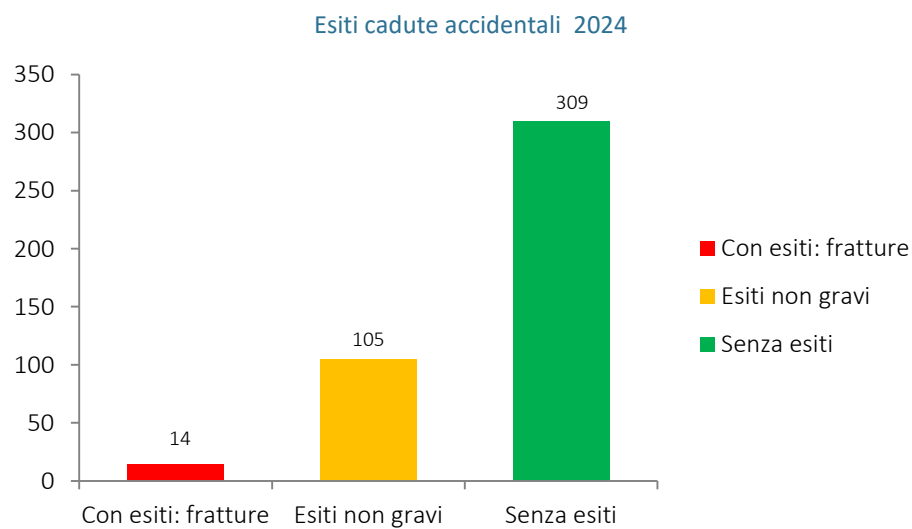


Figura 11 – Esiti degli episodi di cadute accidentali segnalate nel 2024. Si evidenzia che nel 2024 le 14 fratture non riguardano arti inferiori.

3.3 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2024

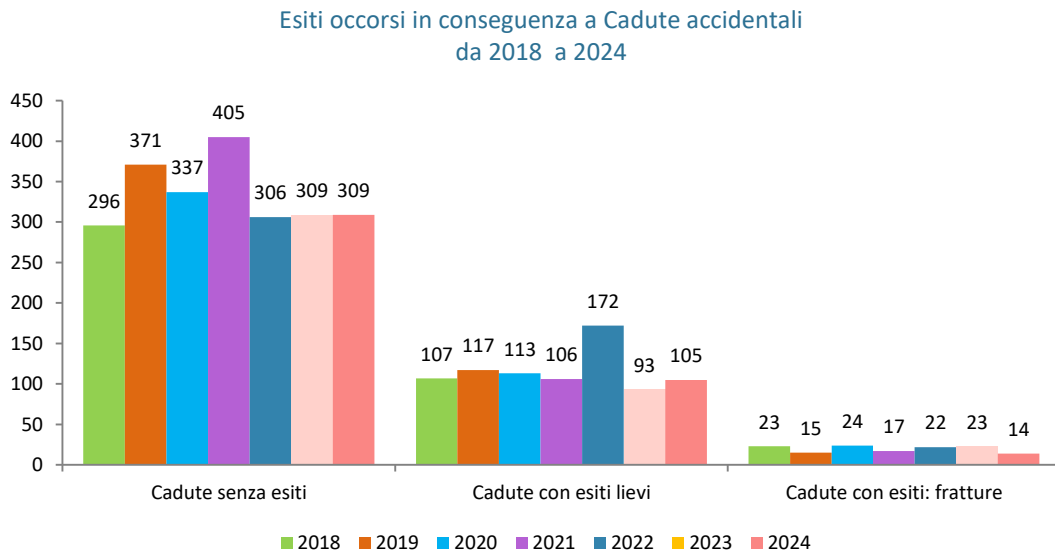


Figura 12 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2024. Si evidenzia un incremento di esiti lievi da 2021, e un dato stabile rispetto agli esiti gravi, nell'arco degli anni tra 2018 e 2024.

3.4 - Tasso di incidenza cadute anni 2018- 2023 (2024 dato non ancora disponibile)

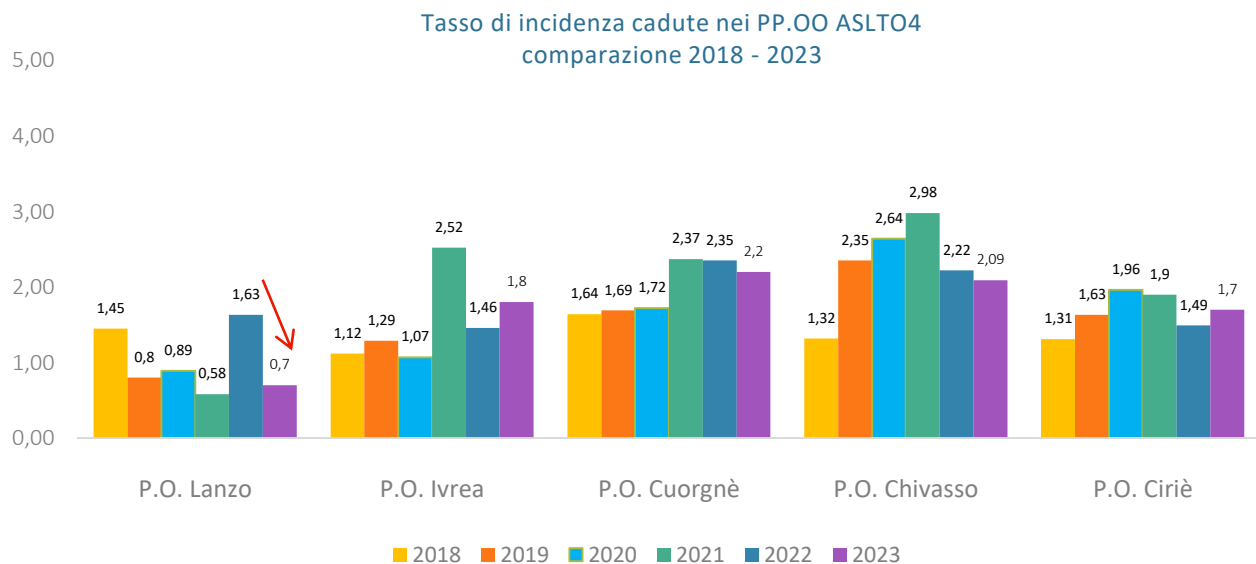


Figura 13 - Non è possibile stimare il tasso di incidenza cadute per il 2024 in quanto non sono ancora disponibili i dati relativi alle giornate di degenza 2024, definite dalla Regione Piemonte. Il tasso di incidenza cadute è il rapporto tra il numero di cadute segnalate in relazione al numero delle giornate di degenza, i valori standard previsti dalla letteratura internazionale di riferimento, risultano essere compresi nel range tra l'1,4-17/000. Per quanto concerne i dati 2018-2023 si rileva che non si evincono nei singoli Presidi e Aree Aziendali indici che superino lo standard di riferimento, inoltre nel 2023 si evidenzia un **decremento del tasso di incidenza cadute nel Presidio Ospedaliero di Lanzo**, dove è in atto anche una interessante sperimentazione di prevenzione della contenzione, attraverso un approccio assistenziale di stimolazione multisensoriale (utilizzo stimolazioni cromatiche, sonore, olfattive).

3.5 - Azioni di miglioramento

In riferimento alle azioni di miglioramento, come illustrato nella presente relazione, le attività svolte risultano già specificatamente riportate nelle tabelle relative agli eventi segnalati per ogni singolo evento e a cui si rimanda. Per quanto riguarda altri aspetti significativi si richiama l'attenzione sui seguenti argomenti:

- 1- Le segnalazioni pervenute in merito alla **criticità nella compilazione delle Schede Terapeutiche Uniche (STU)** risultano allo stato attuale difficilmente superabili finché saranno in uso STU cartacee di prescrizione e di somministrazione della terapia. Infatti, la compilazione incompleta, la grafia illeggibile, le correzioni che si sovrappongono, i dosaggi non correttamente registrati, sono forieri di potenziali errori che rischiano di determinare errata somministrazione di terapia (3 eventi evitati - 1 evento avverso).
Da tempo la S.C. Risk Management ha identificato quale azione di miglioramento per la sicurezza delle cure la necessità di passare ad un sistema digitalizzato di prescrizione con l'istituzione della Cartella Clinica informatizzata, che contenga anche un *sistema di alert* in caso di segnalate criticità (come ad es. allergia a farmaci o antibiotici ecc.).
- 2- L'accresciuta sensibilità degli operatori alla segnalazione di eventuali rischi a questa Struttura, ha portato ad evidenziare quest'anno anche problematiche inerenti ai **Dispositivi Medici difettosi**, che hanno causato stravasi e versamenti imprevisti (2 eventi evitati e 3 eventi avversi di cui 2 stravasi di chemioterapici). Ciò ha comportato la segnalazione alla Dispositivo Vigilanza Aziendale e al contempo verificare le possibili azioni di miglioramento per la sicurezza della Persona Assistita.
- 3- In riferimento **alla violenza verso gli operatori sanitari, si deve evidenziare che il 77% degli eventi è correlato all'agito di persone assistite affette da patologie quali disturbi psichiatrici/neurologici/dipendenze da sostanze/involuzione senile** ecc. che fanno scemare grandemente la capacità di intendere e di volere. Tali eventi non dovrebbero essere ascritti a casi di violenza verso gli operatori, in quanto manca l'elemento psicologico del reato. Tali eventi sono la conseguenza della patologia di base della persona assistita, pertanto sono da attribuire a rischio lavoro-correlato e in caso di danno all'operatore, risulta essere infortunio sul lavoro. Tale ambiguità tuttavia dovrebbe essere sanata dal Ministero della Salute, che ha voluto includere *apoditticamente* nell'evento violenza su operatori, anche gli agiti dal paziente, senza tuttavia differenziare l'elemento psicologico del reato.
Merita sottolineare altresì che sono stati mantenuti divieti, presenti durante l'emergenza pandemica, anche quando le problematiche infettivologiche sono state risolte e superate. Ciò ha portato a modificare il rapporto con gli utenti con limitazione di accesso alle unità operative, ad una insufficiente accoglienza specie in alcuni casi in cui occorre maggiore attenzione a pazienti fragili o in fin di vita. Sarebbe opportuno dotare ad esempio i DEA di una stanza dedicata per l'accoglienza protetta dei familiari che devono assistere i loro cari che si trovino nelle suddette condizioni.
- 4- Per quanto concerne il territorio si evidenziano ancora **disagi per l'utenza nell'accesso ai CUP**. Infatti, è stato mantenuto il sistema di prenotazione telefonica (utilizzato durante l'emergenza pandemica) per potersi prenotare al CUP e successivamente richiedere l'esame o la visita. Ciò comporta un notevole disagio all'utenza oltre che un aumento dei tempi di attesa. Le altre ASR sono già a regime con l'accesso diretto al CUP ed è un'azione di miglioramento che si auspica venga presa anche da questa Azienda in tempi brevi.
- 5- Da segnalare **l'ottimo risultato nell'ospedale di LANZO dove il tasso di incidenza delle cadute si è ridotto da 1,63 a 0,7 ‰**. Grazie alla capacità dell'équipe clinico-assistenziale, che ha seguito corsi specifici, nella struttura di Medicina non si eseguono più contenzioni atte a prevenire danni da cadute accidentali di utenti con patologie gravi, quali ad esempio demenze ecc., avendo adottato un approccio assistenziale basato su tecniche fondate su stimolazione multisensoriale attraverso cromoterapia, musicoterapia e aromaterapia. Tale approccio di medicine complementari sarebbero da implementare nella nostra azienda in quanto la stimolazione sensoriale, che va ad agire sui sensi della persona per cui non coinvolge abilità cognitive, si

utilizza infatti per lavorare con persone che hanno un grado di decadimento severo, correlato a demenza in fase avanzata o a gravi traumi acquisiti. Ad oggi, sono disponibili diversi studi in letteratura sull'uso di queste tecniche, che a seguito di stimolazione multisensoriale riducono i comportamenti non adattivi, con un'incentivazione di quelli positivi. In tal modo viene facilitata la comunicazione e l'interazione con persone che hanno evidenti difficoltà linguistico-espressive, migliorando il benessere psicologico non solo dei pazienti, ma anche degli operatori. Da quanto riferito dagli stessi operatori si è riscontrata anche una diminuzione dello stress dei familiari o caregivers.

In conclusione è possibile asserire che adottando le suddette metodologie si può addivenire a sistemi virtuosi rispettosi della persona, contribuendo a rendere più efficienti, efficaci e sicuri i nostri interventi terapeutici.

Fine

S.C. Risk Management
Direttore Dott.ssa Vincenza Palermo
riskmanagement@aslto4.piemonte.it
Tel. 0125 – 414730/414775
Via Aldisio n. 2
10015 – Ivrea (Torino)