



¹
A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Relazione 2025

Eventi evitati, avversi, sentinella

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



Struttura Complessa RISK MANAGEMENT ASLTO4- Regione Piemonte
Direttore Medico Legale dott.ssa Vincenza Palermo

Ivrea, 28 gennaio 2026

Relazione a cura S.C. Risk Management ASLTO4- Regione Piemonte
Direttore Medico Legale - Dott.ssa Vincenza Palermo
Via Aldisio, 2 – 10015 Ivrea (To)
Email: riskmanagement@aslto4.piemonte.it

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

Gestione piattaforme Incident Reporting ed elaborazioni dati:
Dott. Luca Chiara,
Dott.ssa Carmen Savarese,
Dott.ssa Federica Rotella

«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.....	5
1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2025.....	10
1.1 – Dati aggregati da 2018 a 2025.....	10
1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2025.....	11
1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2025.....	13
1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2025.....	14
1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2025.....	15
1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anni 2020-2025.....	17
1.7 – Esiti relativi agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2025 – n. 68 eventi.....	18
1.8 - Segnalazioni anonime utenti 2025.....	19
2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2025.....	20
2.1 – Sistema di segnalazione su piattaforma digitale Survey Monkey.....	20
2.3 - Cause che hanno determinato i 47 episodi di violenza verbale-fisica.....	21
3 - Cadute accidentali anno 2025.....	23
3.1 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2025.....	24
3.2 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2025.....	24
3.3 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2025.....	25
3.4 - Tasso di incidenza cadute anni 2018- 2024.....	25
3.5 - Azioni di miglioramento.....	26

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. A rafforzare l'attività di risk management nelle aziende sanitarie è intervenuto il Decreto Ministeriale 15 dicembre 2023, n. 232 *"Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati"*, che all'art. 16 prevede quanto segue:

"La struttura sanitaria istituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, la funzione valutazione dei sinistri in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Tale funzione dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio relativamente ai fondi di cui agli articoli 10 e 11. Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire sono le seguenti:

- a) medicina legale;*
- b) perito («loss adjuster»);*
- c) avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;*
- d) gestione del rischio («risk management»).*

Pertanto le aziende sanitarie dovranno provvedere in tal senso al fine della gestione preventiva dei sinistri, l'appropriatezza delle prestazioni e la sicurezza delle cure.

Per quanto riguarda la gestione degli eventi, 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 abbiamo 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/smarrimento 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 2025, con specifico focus sulle segnalazioni di violenza su operatore e sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2025. 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 2025 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 2025, 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 2025.

1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2025

1.1 – Dati aggregati da 2018 a 2025

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 01-01-2018 a 31-12-2025.

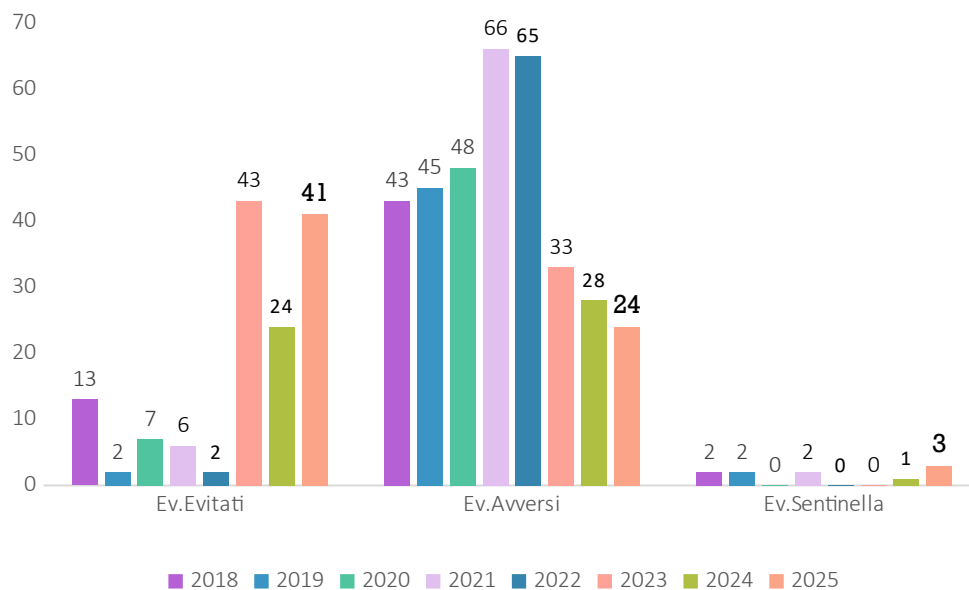


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web. Nel 2025 sono giunte n. 68 segnalazioni relative a tutti gli eventi segnalati di cui: n.24 eventi avversi, n.41 eventi evitati, n. 3 evento sentinella.

1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2025

Tabella A - Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2025 a 31-12-2025

EVENTI EVITATI ANNO 2025 – tot. N. 41				
N. 41 EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	AREA DI APPARTENENZA
1	Errore identificativo delle provette di prelievo esami ematologici	Errata identificazione dei pazienti	Immediata identificazione delle persone assistite e ricollocazione corretta delle etichette sulle provette di laboratorio	1-Laboratorio analisi CIRIE'
3	Carenza / malfunzionamento attrezzature	Guasto sistema di allarme del frigorifero farmaci	Inoltrata richiesta agli uffici preposti che sono intervenuti per sanare le criticità	1-Sala operatoria CUORGNÈ
		Guasto letto operatorio		1-Sala operatoria IVREA
		Obsoleta fibra ottica del colposcopio		1-Consultorio SETTIMO T.SE
1	Evitata trasfusione errata	Istruzioni o disposizioni previste ma non adottate	Richiamo agli operatori del rispetto di tutte le disposizioni	1-DEA IVREA
2	Carenze organizzative/gestionali/incidenti	Segnalazione di personale in turno inferiore a numero previsto	Segnalato a DIPSA la carenze di personale perché possa provvedere	1-Nido CHIVASSO
				1-Pediatria CHIVASSO
3	Evitata procedura in paziente sbagliato o in parte del corpo sbagliata	Istruzioni o disposizioni previste ma non adottate correttamente	Riverificata tempestivamente dagli operatori la documentazione clinica e la corrispondenza con il braccialetto identificativo p.a. sanando la criticità.	2- Sala Operatoria (1 caso riportato anche da Ortopedia IVREA)
				1-Cardiologia CIRIÈ
1	Evento evitato che avrebbero potuto causare morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr. non correlata a malattia congenita	Il medico pediatra gettonista disconosce le procedure aziendali.	La pediatra gettonista coinvolta nell'episodio è stata sollevata dall'incarico. Il personale del reparto effettua corsi di aggiornamento continuo sulla rianimazione neonatale che comprende anche i gettonisti.	1-P.O. CHIVASSO Ostetricia/Ginecologia
30	Violenza verbale su operatore	Il numero di segnalazioni di violenza verbale (insulti e minacce) sono indicati, nella ultima colonna, per PP.OO. / Cure domiciliari / Strutture territoriali ecc. Le cause sono correlate a: pazienti sotto effetto abuso sostanze, patologie cognitive/neurologiche/psichiatriche, informazioni /difficoltà comunicative non corrette per utenti/pazienti	Percorsi formativi per professionisti e operatori su modalità di comunicazione- relazione con pazienti portatori di patologie cognitive- psichiatriche- dipendenze	9- Strutture territoriali 9- P.O. IVREA 6- P.O. CHIVASSO 4- P.O. CIRIÈ 2-Cure domiciliari

DIVERBI E DISAGI RELAZIONALI ANNO 2025 – TOT. N. 21					
21	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.	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; diverbi inerenti prenotazioni e tempi di attesa; stress e dolore fisico dei pazienti in degenza; informazioni incomplete/errate; numero organico ridotto e sottoposto a stress; istruzioni o disposizioni inadeguate; carente o inadeguata pianificazione organizzativa.	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.	5- P.O. IVREA 1.Amb. oculistica 1.Cardiologia 1. SPDC 1.Neurologia 1.Amb. neurologia 4 – P.O. CHIVASSO 1.DEA 1.Pediatria 2.Amb. allergologia 3 – P.O. CIRIE' 1.RRF 2.DEA 9 – DISTRETTI TERRITORIALI IVREA/CHIVASSO/SETTIMO T.se 2.Amb. SETTIMO T.se 1.Consultorio età evolutiva CHIVASSO 1.Consultorio familiare SETTIMO T.se 2.Centro prelievi IVREA 2.SERD IVREA 1.Cure domiciliari

1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2025

Tabella B - Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2025 a 31-12-2025

EVENTI AVVERSI ANNO 2025– tot. 24					
N. 24 EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
1	Errori in terapia farmacologica che non hanno causato alterazioni funzionali (eparina)	STU con correzioni ripetute quindi scarsamente leggibile	Richiamo agli operatori del rispetto di tutte le disposizioni. In itinere cartella informatizzata contenente STU	Nessuno	1-P.O. CHIVASSO Chirurgia
1	Malfunzionamento dispositivi medici	Malfunzionamento apparecchio per magnetoterapia	Segnalazione agli uffici preposti e revisione straordinaria apparecchiature	Lesione cutanea (flittene) del p.a. adeguatamente trattata senza esiti	1-RRF Caluso Distr. IVREA
1	Somministrazione di pool piastrinico non necessario in trombocitosi	Errata interpretazione da parte del medico del numero di piastrine nell'emocromo	Richiamo alla valutazione attenta e oculata dei referti di laboratorio che possono cambiare range proposto.	Nessuno	1-P.O. CHIVASSO DEA
3	Eventi clinico-diagnostici-assistenziali	Rapidità dell'infusione	Richiamo alla corretta pianificazione assistenziale e rispetto delle prescrizioni	Ematoma localizzato trattato senza esiti	1-P.O. IVREA Cardiologia
		Deficit di attenzione durante trasporto di utente allettato	Richiamo maggiore attenzione da parte dell'operatore	Escoriazione gomito senza esiti	1-P.O. CIRIÈ Ortopedia
		Manovra anestesiológica d'intubazione p.a. in sala operatoria	Richiamata un'accurata valutazione pre-operatoria della cavità orale	Avulsione dente incisivo	1-P.O. CIRIÈ Sala Operatoria
1	Errore procedura trasfusionale	Errata applicazione procedura di assegnazione sacche trasfusionali	Predisposto Audit da parte del Centro Trasfusionale in cui si sono ribadite le disposizioni per la corretta gestione del processo di assegnazione delle sacche di sangue ai reparti e da parte dei Tecnici per un miglior controllo informatico	Nessuno	1 – Centro trasfusionale

17	Violenza fisica su operatore e ambientale (vedi focus in questa relazione a pag. 17)	<p>13 DEGLI EVENTI SEGNALATI DI VIOLENZA SONO CORRELATI ALLA PATOLOGIA DELL'UTENZA: disagio psichico/decadimento cognitivo/stress post traumatico/dipendenze sostanze d'abuso.</p> <p>3 NON HANNO FORNITO SPECIFICHE</p>	<p>Le strutture interessate hanno provveduto ad individuare le cause delle violenze correlate alla patologia dell'utenza, onde individuare specifiche modalità di prevenzione, nonché di formazione dei professionisti.</p> <p>L'elaborazione in itinere di procedura aziendale per la prevenzione al ricorso della contenzione meccanica, causa della reattività del paziente, ma è stata sospesa in attesa di quella regionale</p>	<p>11 danni fisici (contusioni, traumi)</p> <p>9 danni ambientali (vetri rotti, allagamento, danni attrezzature informatiche, arredi, serramenti).</p>	<p>P.O. IVREA/DIST CUORGNÈ 1 AMB RIVAROLO 1 CASA CIRC. IVREA 4 SPDC IVREA 3 DEA</p> <p>Dipartimento salute mentale 1 CSM CIRIÈ</p> <p>P.O. CHIVASSO 4 SPDC</p> <p>P.O. CIRIÈ 2 DEA</p> <p>DISTRETTO IVREA 1 CONT ASS CALUSO</p>
----	--	--	--	--	---

NOTA: Si segnala che sono pervenute ulteriori segnalazioni n.6 non rubricabili per dati insufficienti

1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2025

Tabella C - Eventi Sentinella inseriti nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori (SIMES) in Sanità del Ministero della Salute al 31 dicembre 2025

NUMERO EVENTO n. progressivo SIMES Regionale	AREA/S.C./Dipartimento Eventi Sentinella	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI AZIONE
N. 779 del 23-05-2025	SPDC CHIVASSO	Tentativo anticonservativo con ingestione di farmaco sottratto impropriamente dalla p.a. dall'infermeria. Nessun danno alla p.a.	Elaborate disposizioni di servizio in riferimento alla chiusura a chiave dell'infermeria e/o presenza continua di personale in infermeria
N. 778 del 03-07-2025	DEA CHIVASSO	Decesso p.a., in osservazione breve intensiva (OBI), in attesa di ricovero in SPDC	Audit con gli operatori coinvolti, sospeso il giudizio in quanto si è in attesa di autopsia giudiziaria
N. 819 del 01-10-2025	OSTETRICIA E GINECOLOGIA CHIVASSO	Arresto cardio-respiratorio a seguito errata somministrazione farmaco alla p.a. e conseguente ricovero in RIA. Dimessa senza conseguenze.	Audit con gli operatori coinvolti e date disposizioni per i piani di miglioramento di tipo organizzativo.

1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2025

Le segnalazioni sono suddivise secondo l'elenco stilato dal Ministero della Salute: TOTALE EVENTI N. 68

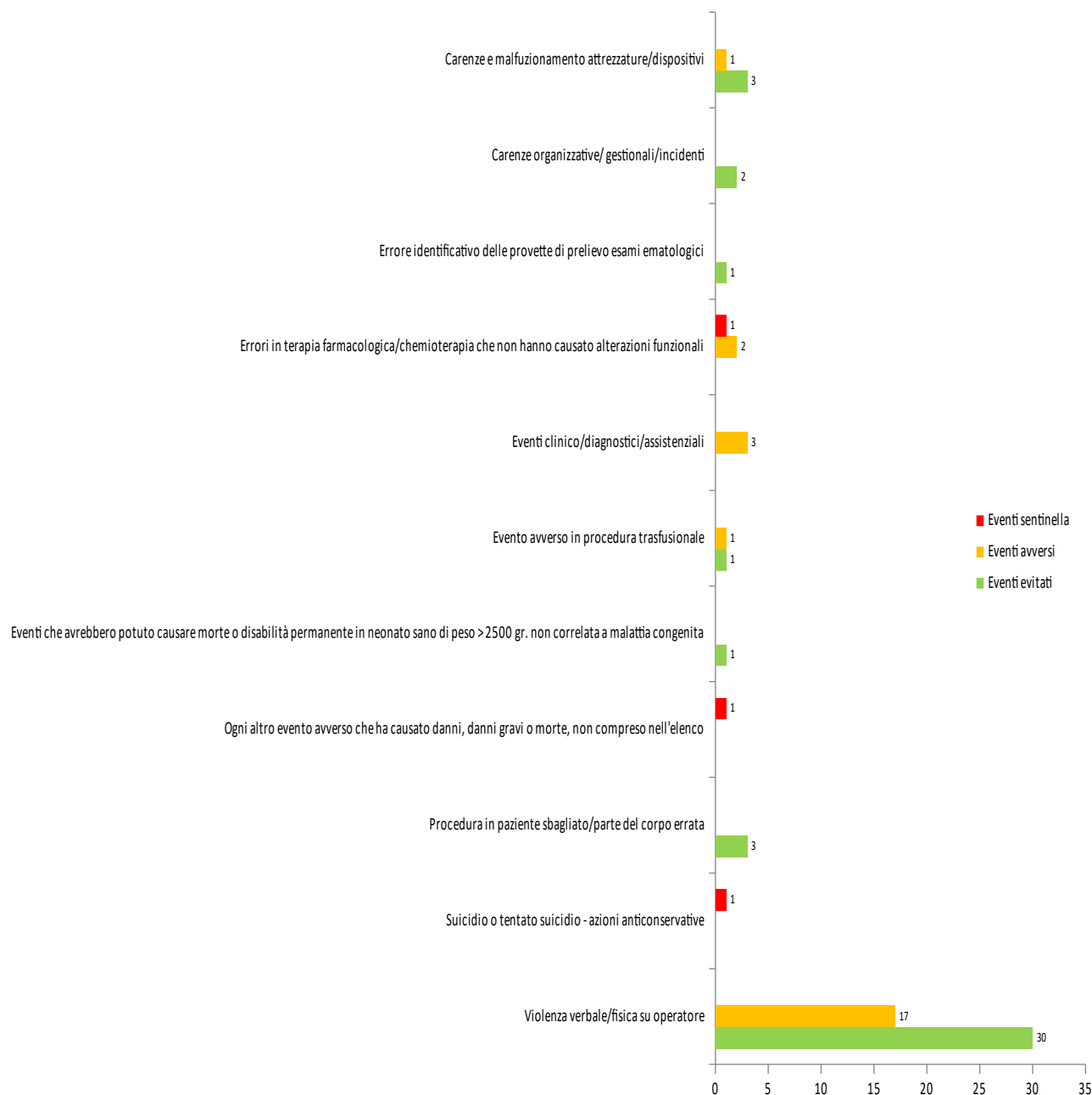


Figura 2 - Quadro riassuntivo del numero di 68 segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2025 presso i PP.OO. e Distretti territoriali della ASLTO4: Eventi evitati (verde) n. 41 eventi avversi (arancio) n. 24; eventi sentinella (rosso) n. 3.

1.6 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anni 2020-2025

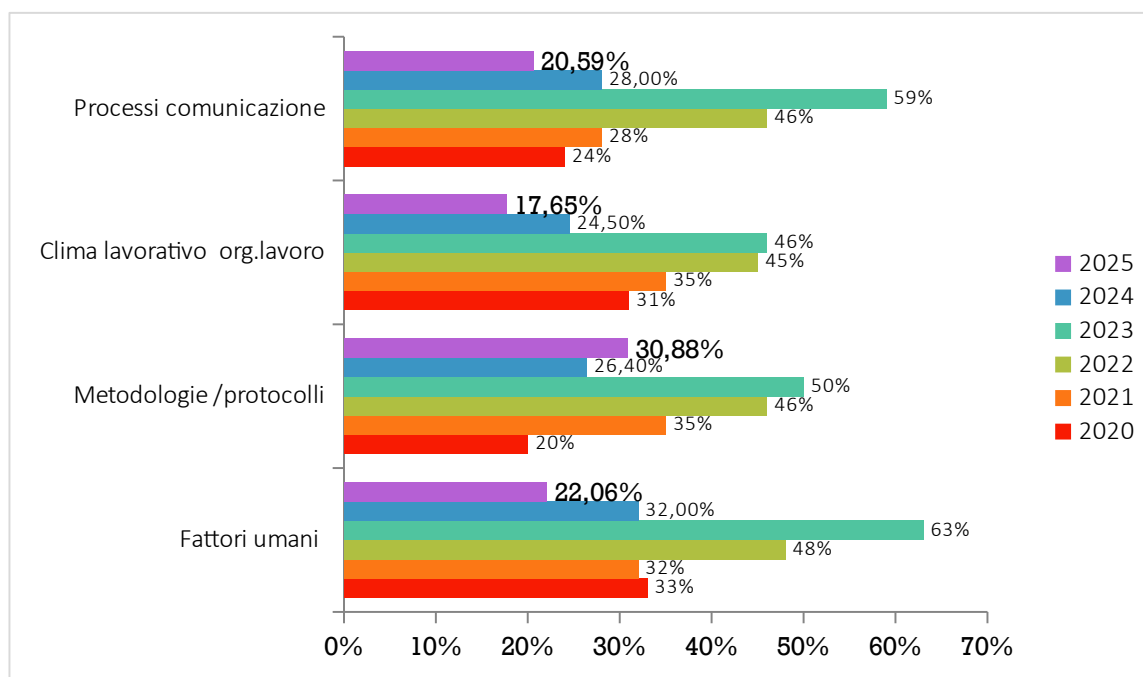


Figura 3 – Il grafico rappresenta in percentuale tutte le cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati da 2020 a 2025. Si evidenzia che nel 2025 si sono ridotte le cause in modo pressoché uniforme che negli anni precedenti determinavano il verificarsi 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. A differenza del 2024 è incrementata la percentuale di cause legate a violazione di metodologie e protocolli, spesso per la presenza di gettonisti non formati e/o per carenza di personale divenuto un problema ormai endemico.

1.7 – Esiti relativi agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2025 – n. 68 eventi

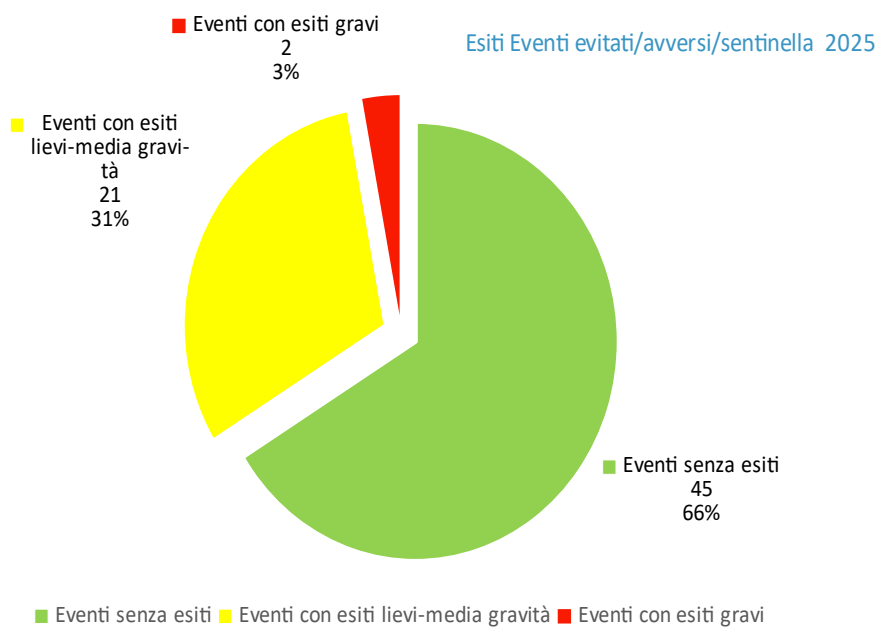


Figura 4 – Stratificazione degli esiti dei 68 Eventi evitati, avversi e sentinella segnalati nel 2025: il 66% non ha avuto esiti, il 31% ha determinato esiti lievi o di media gravità sia su persone che su ambienti e nel 3% esiti gravi.

1.8 - Segnalazioni anonime utenti 2025

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 2025 sono giunte n. 10 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. 2					
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
1	Segnalato mancato intervento e mancata comunicazione all'utente fragile a seguito di anestesia lombare	Processi di comunicazione inadeguati	Sono state introdotte disposizioni di servizio: valutazione collegiale e istero-sonoscopica pre intervento chirurgico	Disagio p.a.	Ost./ Ginecologia Ivrea
1	Segnalata mancata informazione all'utente in merito al tipo di intervento effettuato e al programma riabilitativo	Criticità comunicative e organizzative tra strutture	Sono state introdotte disposizioni di servizio che prevedono che le informazioni vengano fornite prima dell'intervento all'utente con conseguente valutazione e verifica dell'effettiva comprensione	Disagio dell'utente	Ortopedia Ivrea
SEGNALAZIONI ANONIME UTENTI –RSA TERRITORIALI N. 2					
N. EVENTI	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	DANNO	AREA DI APPARTENENZA
2	Segnalata malattia infettiva	Carenze organizzative e gestionali	Comunicazione agli uffici preposti che hanno effettuato il sopralluogo e verificato l'applicazione delle procedure	Acariasi	RSA

NOTA: Si segnala che sono pervenute ulteriori segnalazioni n.6 non rubricabili per dati insufficienti

2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2025

2.1 – Sistema di segnalazione su piattaforma digitale Survey Monkey

Il sistema di segnalazione specifico per gli episodi di Violenza su operatore è stato implementato nel 2023 e 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 2025 gli operatori hanno segnalato 47 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore, nelle sedi indicate dal grafico fig. 5

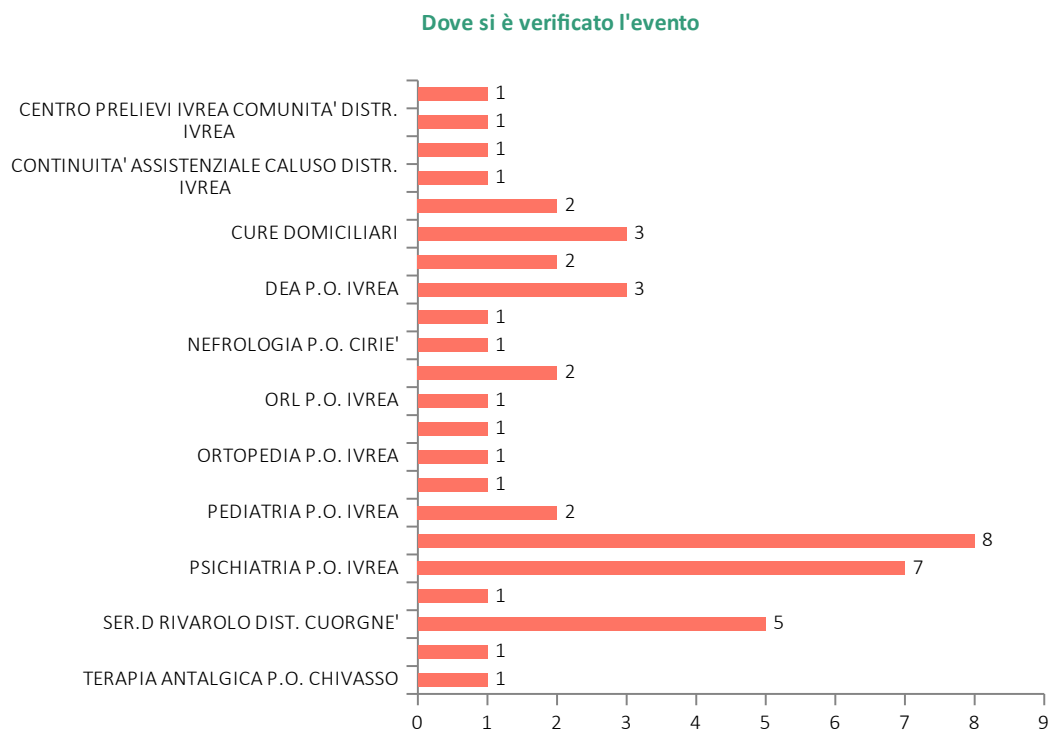


Figura 5 – Contesto di degenza dove si è verificato l'evento segnalato.

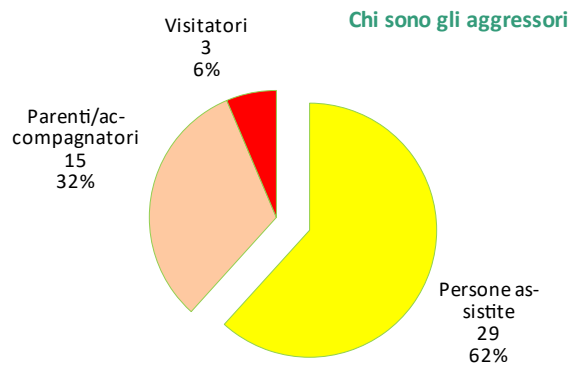


Figura 6

Fig.6 – Nel 62% dei casi gli aggressori sono Persone assistite, nel 32% dei casi sono parenti o accompagnatori.

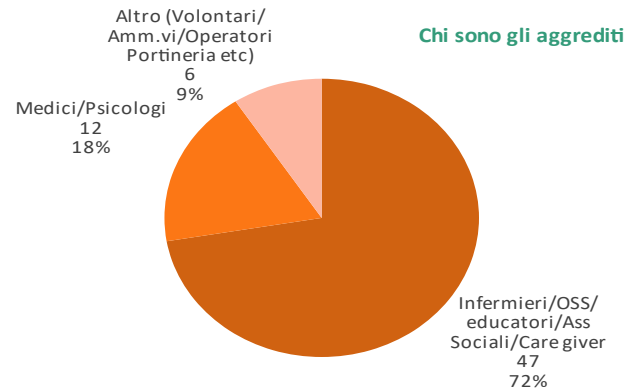


Figura 7

Fig.7 – Nel 81% dei casi gli aggrediti sono operatori di assistenza (OSS e Infermieri, fisioterapisti, ecc.), il 19% delle aggressioni coinvolge personale medico, di cui 1 psicologo.

2.3 - Cause che hanno determinato i 47 episodi di violenza verbale-fisica

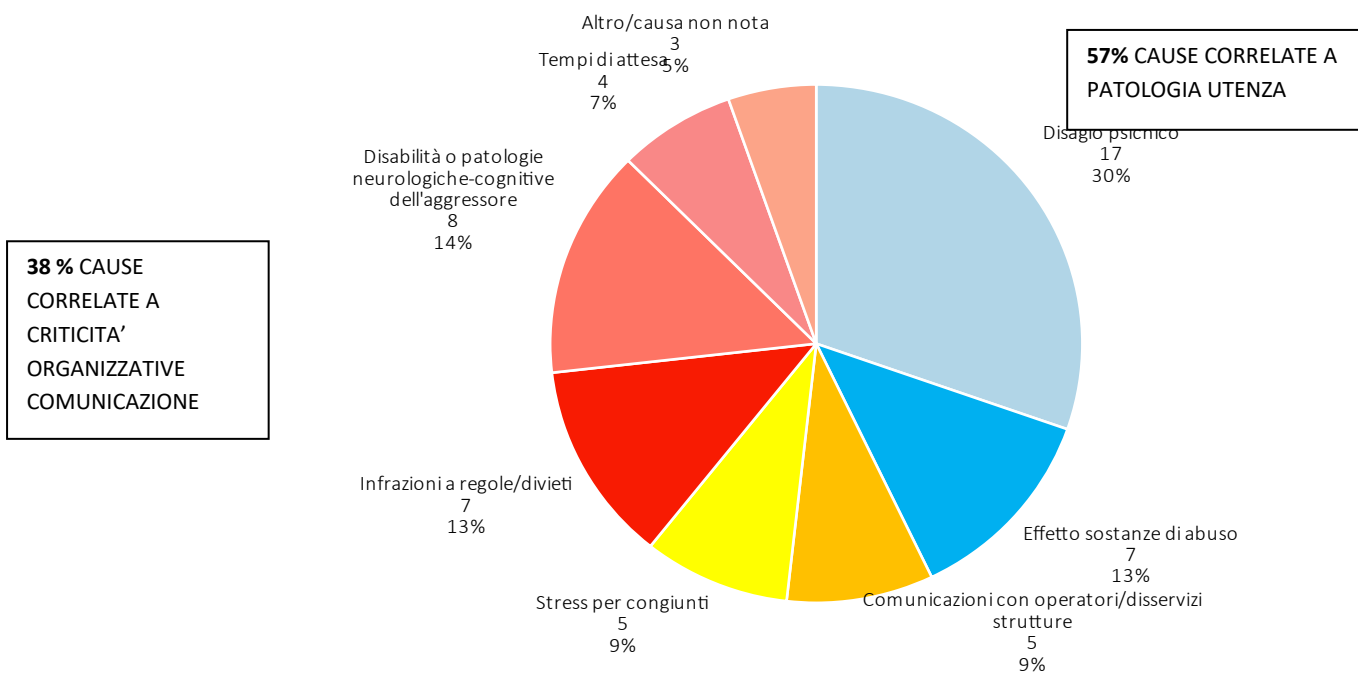


Figura 8 - Uno specifico item della scheda di monitoraggio sugli episodi di violenza verbale e fisica subiti dagli operatori, consente ai professionisti di indicare più cause scatenanti la violenza, (è possibile inserire più opzioni per cause coesistenti, pertanto il numero totale delle opzioni di risposta selezionate per una domanda può essere superiore al numero di rispondenti che hanno risposto alla domanda). Come si può evincere dalle percentuali **il 57% delle segnalazioni ricevute concerne aggressori portatori di patologie psichiatriche** (14%), di **dipendenza sostanze d'abuso** (13%) o da **utenti affetti da Disagio psichico** (30%). Un altro **38%** 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). **Il 5% delle segnalazioni di violenza ricevute è agito da utenti (pazienti o familiari) con comportamento antisociale**, pretese infondate, prepotenza. In conclusione l'82% 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.

Si ricorda che i segnalanti possono indicare più cause contemporaneamente. Le percentuali indicano che il 57% 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 38% 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 5% dei casi segnalati.

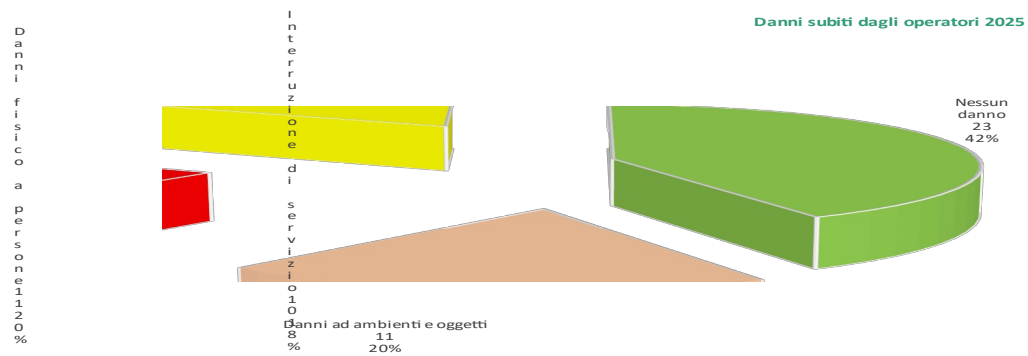


Figura 9 - 11 Operatori hanno dichiarato di aver subito danni fisici, **presentando n. 7 denunce all'Autorità giudiziaria e n. 7 denunce di infortunio INAIL**. I danni fisici subiti sono: contusioni, traumi. I danni recati ad ambiente sono: vetri rotti, allagamento, danni attrezzature informatiche, arredi, serramenti.

3 - Cadute accidentali anno 2025

TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2025 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.	499	378	102	19
Ambulatori – Ospedalieri Distretti territoriali.	7	1	6	0
RSA/HOSPICE	8	6	2	0
Totale	514	385	110	19

Tabella E – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 01-01-2025 a 31-12-2025

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.

Le figure 10, 11 e 12 presentano 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 - 2025

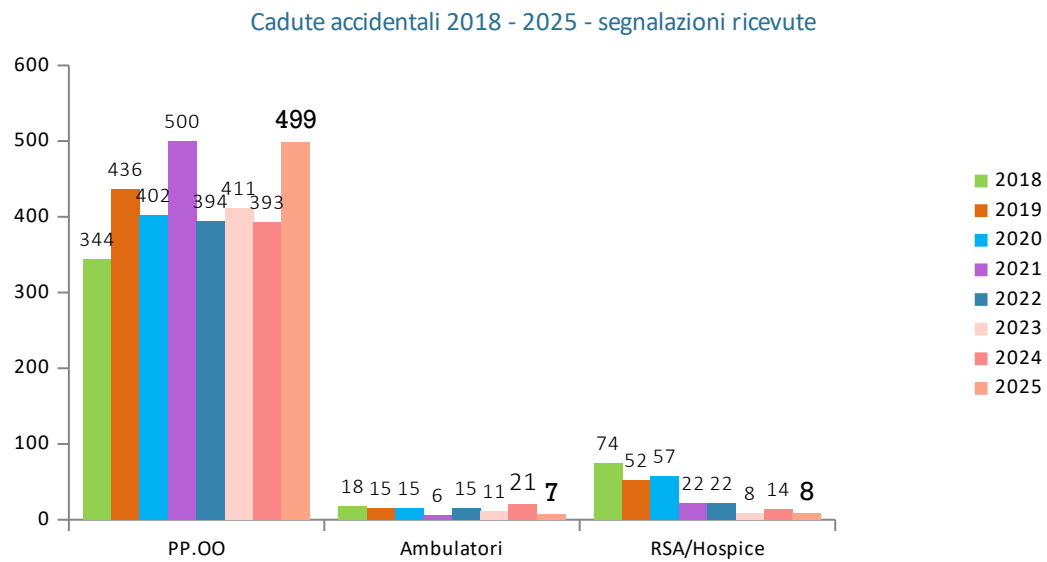


Figura 10 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 da 2018 a 2024.

3.2 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2025

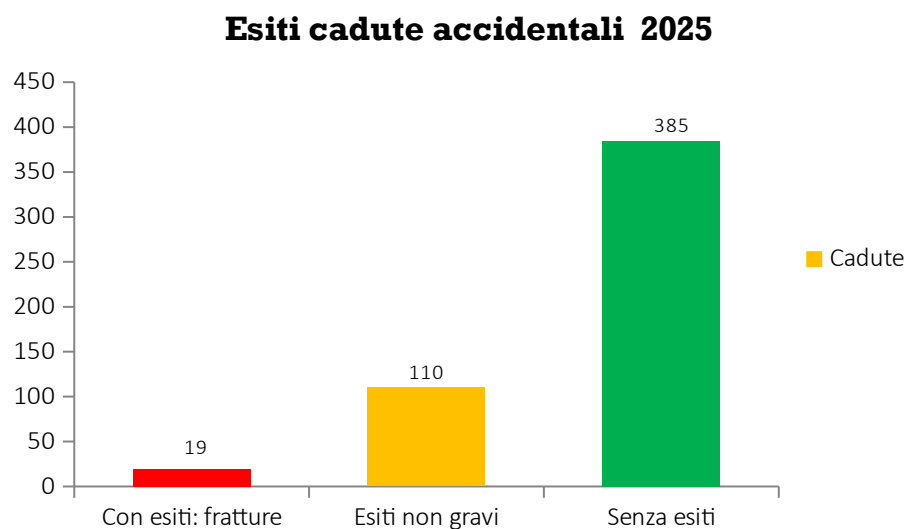


Figura 11 – Esiti degli episodi di cadute accidentali segnalate nel 2025.

3.3 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2025

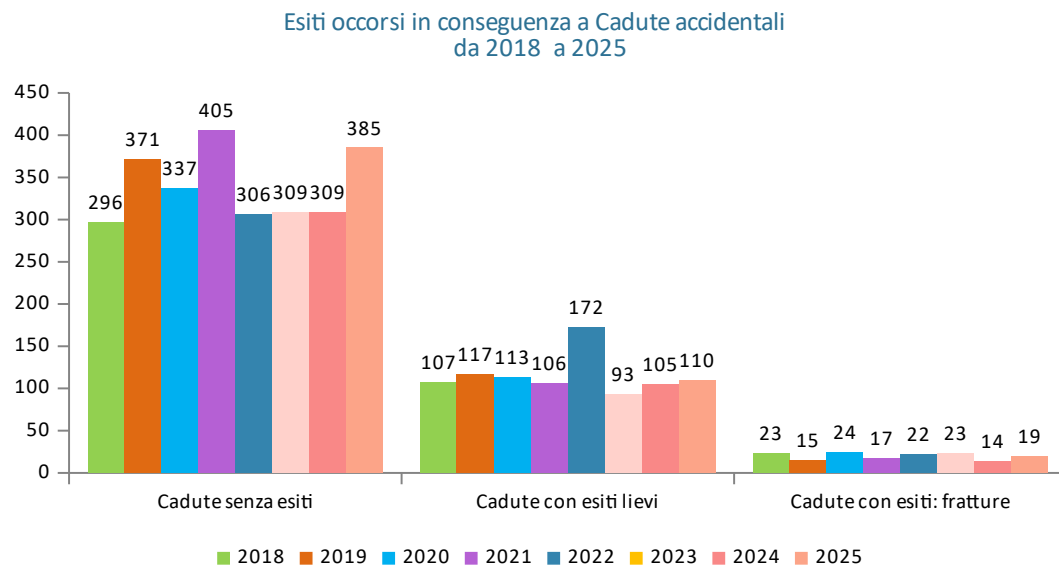


Figura 12 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2025. I dati relativi agli esiti lievi e cadute con fratture risultano in linea con gli anni precedenti.

3.4 - Tasso di incidenza cadute anni 2018- 2024

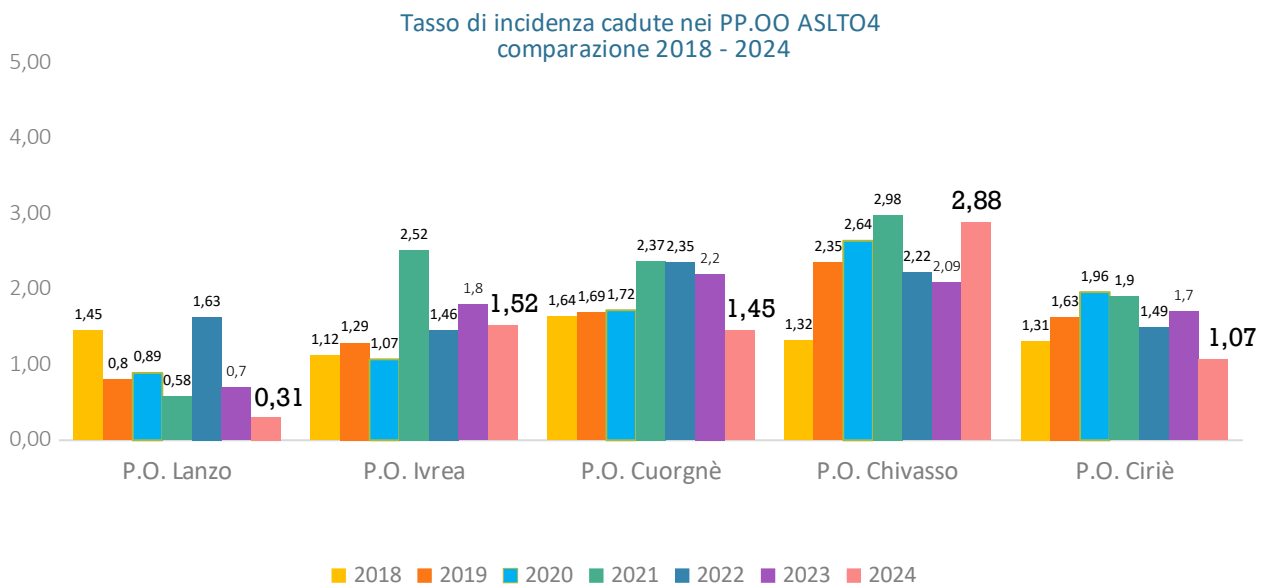


Figura 13 - Non è possibile stimare il tasso di incidenza cadute per il 2025 in quanto non sono ancora disponibili i dati relativi alle giornate di degenza 2025, definite dalla Regione Piemonte. Il tasso di incidenza cadute è il rapporto tra il numero di cadute segnalate in relazione al numero delle 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 2018-2024 si rileva che non si evincono nei singoli Presidi e Aree Aziendali indici che superino lo standard di riferimento, inoltre nel 2024 si evidenzia un **decremento del tasso di incidenza cadute in tutti i Presidi Ospedalieri Aziendali**, ad eccezione del P.O. di Chivasso dove è invece stato rilevato un incremento.

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 (tra cui un evento sentinella registrato nel corrente anno). 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 allert* in caso di segnalate criticità (come ad es. allergia a farmaci o antibiotici ecc.). In questo momento si sta procedendo con l'informatizzazione della Cartella Clinica che si presume possa andare a regime nel corso del 2026.
- 2- L'accresciuta sensibilità degli operatori alla segnalazione di eventuali rischi a questa Struttura, ha portato ad evidenziare quest'anno anche problematiche inerenti a **Dispositivi Medici difettosi**, che hanno causato lievi danni cutanei alla persona assistita. Oltre alla segnalazione alla Dispositivo Vigilanza Aziendale e alla verifica di possibili azioni di miglioramento per la sicurezza, il direttore del risk management ha partecipato come relatrice al **corso di formazione** degli operatori sull'argomento sia a livello aziendale che a livello regionale, in applicazione della determina regionale.
- 3- In riferimento **alla violenza verso gli operatori sanitari, si deve evidenziare che il 57% 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 (che risultano essere solo del 5%), 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 di accesso alle strutture ospedaliere, 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 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- Si ricorda, inoltre, la Sentenza della Cassazione – V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497- che ha sancito come **la contenzione meccanica non ha natura di "atto medico"** secondo l'impostazione classica che di questo dà la giurisprudenza, in quanto quest'ultimo ha la finalità di realizzare un "beneficio per la salute, bene tutelato dall'art. 32 della Costituzione, che consente di fornire copertura costituzionale all'atto

medico". La liceità dell'uso dei mezzi contenitivi viene scriminata , cioè giustificata, solo nelle ipotesi previste dal primo comma dell'art. 54 del codice penale che testualmente recita:

"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".

Pertanto gli elementi portanti dello stato di necessità, a cui tutti gli esercenti la professione sanitaria devono fare riferimento, sono quindi:

- a) il pericolo attuale di un danno grave alla persona;
- b) le inevitabilità altrimenti del pericolo;
- c) la proporzionalità del fatto.

Da quanto sopra esposto, quale azione di miglioramento, occorre ridurre il fenomeno e provvedere alla

Formazione del Personale volta a favorire interventi comportamentali, quali tecniche da adottare per l'assistenza al paziente non pienamente collaborativo e/o a gestire il rapporto con il paziente violento/aggressivo tendendo a recuperare la relazione con lo stesso. E' in itinere una **procedura aziendale** che si è sospesa in attesa di quella elaborata dall'ufficio Rischio Clinico della Regione Piemonte d'imminente emanazione.

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)