



**A.S.L. TO4**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

# Relazione 2022

## Eventi evitati, avversi, sentinella

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



31 gennaio 2023

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 al link:

<http://intranetms.asl.ivrea.to.it/intranet/S-C--Risk-/Eventi-sen/index.htm>

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*

## Sommaro

|   |           |
|---|-----------|
| Introduzione.....   | 4         |
| <b>1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2022 .....</b>   | <b>8</b>  |
| 1.1 – Dati aggregati quadriennio 2018-22 .....  | 8         |
| 1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2022.....  | 8         |
| Tabella A - Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2022 a 31-12-2022.....   | 8         |
| 1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2022 .....  | 9         |
| Tabella B - Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2022 a 31-12-2022.....   | 9         |
| 1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2022 .....   | 13        |
| Tabella C - Elenco dei casi di Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2022 a 31-12-2022.....  | 13        |
| 1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2022.....  | 14        |
| 1.6 - Totale segnalazioni delle tipologie di Eventi segnalati da 2018 a 2022 .....  | 15        |
| 1.7 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2020-2022 .....  | 16        |
| 1.8 – Esiti relative agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2022 .....   | 17        |
| <b>2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2022 .....</b>   | <b>18</b> |
| 2.1 - Comparazione dati 2021-2022 .....   | 18        |
| 2.3 - Azioni di miglioramento attuate nel 2022 per la prevenzione della violenza su operatore .....   | 20        |
| 2.3.1 - Monitoraggio violenza su operatore nelle strutture territoriali anni 2018-21 .....  | 20        |
| 2.3.2 - Analisi delle lamentele inoltrate all'Urp su aspetti relazionali da 2018 a 2021 .....   | 20        |
| 2.3.3 - Campagna di comunicazione visiva .....  | 20        |
| 2.3.4 - Realizzazione di 2 brochure per guida all'utilizzo del sistema "Tu Salute Piemonte" ....  | 21        |
| 2.4 - Violenza su operatore: evidenze di efficacia delle azioni di miglioramento intraprese .....   | 21        |
| Come riscontro dell'efficacia della campagna di comunicazione visiva attuata rileviamo che (come si riscontra nella fig. 6) le segnalazioni di violenza su operatore nel 2022 sono diminuite rispetto al 2021. .... | 21        |
| 2.5 - Azioni di miglioramento proattive da attuare nel 2023 .....   | 22        |
| 2.5.1 - Gestione dei tempi di attesa in DEA: .....  | 22        |
| 2.5.2 - Gestione delle criticità in accesso alle strutture di degenza: .....  | 22        |
| 2.5.3 - Aggiornamento competenze relazionali e comunicative nelle situazioni di conflitto nel rapporto operatori/medici /assistiti: .....   | 22        |
| 2.5.4 - Gestione della Comunicazione istituzionale della ASLTO4: .....  | 23        |
| <b>3 - Monitoraggio Cadute accidentali .....</b>  | <b>23</b> |
| 3.1 - Cadute accidentali anno 2022.....   | 23        |
| 3.2 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2022 .....  | 24        |
| 3.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2022.....   | 24        |
| 3.4 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2022.....   | 25        |
| 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 2019.

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 (luglio 2009), il Ministero della Salute ha elaborato l'elenco degli Eventi Sentinella come di seguito elencati:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO

6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero)
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 imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16. 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 16 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 2022, con specifico focus sulle segnalazioni di violenza su operatore e sul monitoraggio delle cadute accidentali segnalate dagli operatori sanitari nel 2022. 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 verifici 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 2022 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 2022, 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 percorso specifico per le segnalazioni di **violenza su operatore**, con una serie di item specifici, attraverso i quali 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.
- 3- **Monitoraggio cadute accidentali**  
 Dati quanti-qualitativi relativi alle segnalazioni da parte delle Strutture di degenza, ambulatoriali e da RSA e Hospice, inerenti l'evento di caduta accidentale e specifici esiti, pervenute alla S.C. Risk Management nel 2022.



## 1 - Monitoraggio Eventi segnalati nel 2022

### 1.1 – Dati aggregati quadriennio 2018-22

Il grafico fornisce il report 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 31-12-2022.

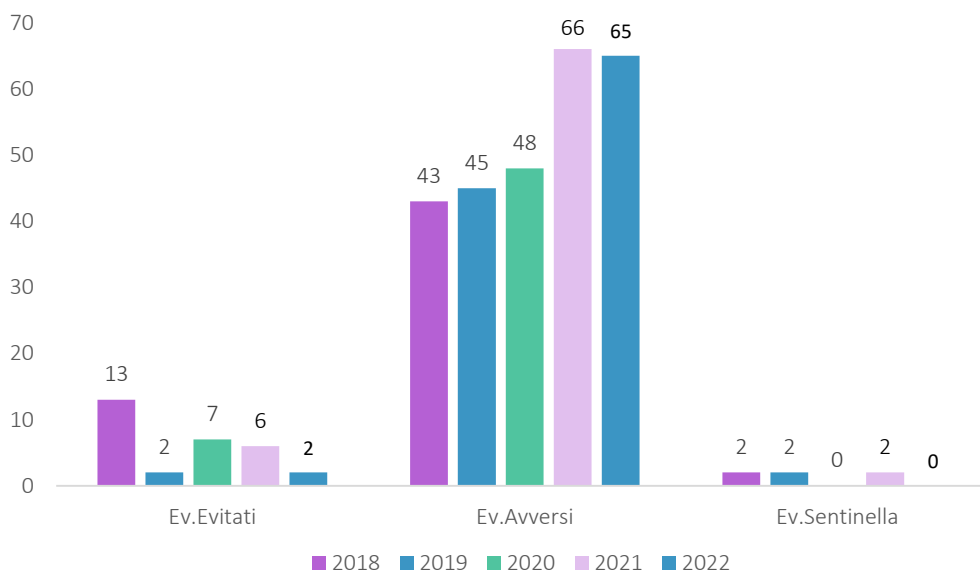


Figura 1 - I dati sono riferiti al monitoraggio attuato su PP.OO, Ambulatori e Consultori, Studi di MMG e PLS, RSA e Hospice della ASLTO4. I sistemi on line di Incident reporting sono accessibili agli operatori sia attraverso Intranet aziendale, sia attraverso link tramite web.

### 1.2- Segnalazioni Eventi evitati 2022

Tabella A - Elenco dei casi di Eventi Evitati segnalati da 01-01-2022 a 31-12-2022

| EVENTI EVITATI ANNO 2021 – tot. 2 |                            |  |   |                             |
|-----------------------------------|----------------------------|--|---|-----------------------------|
| N.2<br>EVENTI                     | TIPOLOGIA EVENTO           | CAUSE  | AZIONI DI MIGLIORAMENTO   | AREA DI APPARTENENZA        |
| 1                                 | Evitato tentato suicidio   | Pz. psichiatrica già ricoverata in Ortopedia con frattura femore   | Intensificare monitoraggio su pz. fragili/psichiatrici.                 | N. 1 – Ortopedia P.O. Ciriè |
| 1                                 | Evitato errore diagnostico | Medico gettonista non valuta adeguatamente pz. su insistenza infermiere si attiva consulenza ortopedica che rileva frattura. | Verifica da parte del Direttore delle competenze dei medici gettonisti. | N. 1 – MECAU P.O. Ciriè     |

### 1.3 - Segnalazioni Eventi avversi 2022

Tabella B - Elenco dei casi di Eventi Avversi segnalati da 01-01-2022 a 31-12-2022

|           |   | EVENTI AVVERSI ANNO 2021 – tot. 65   |  |         |                                      |
|-----------|---|--|--|---------|--------------------------------------|
| N. EVENTI | TIPOLOGIA EVENTO  | CAUSE  | AZIONI DI MIGLIORAMENTO  | DANNO   | AREA DI APPARTENENZA                 |
| 7         | Errata identificazione pz./campioni laboratorio non etichettati correttamente/scambio referti/Scambio cartelle cliniche/etichette prelievi non idonee | Scambio cartella pz. di cui ci si accorge prima di somministrazione anestesia      | Sollecitata corretta applicazione procedure identificazione paziente   | Nessuno | S. Operatoria P.O. Chivasso          |
|           |   | In lab. analisi giunge provetta con etichetta di altro pz.                         | Sollecitata corretta applicazione procedure da parte degli operatori del reparto   | Nessuno | Dialisi P.O. Chivasso                |
|           |   | Scambio di referto tra due pazienti omonime.                                       | Sollecitata corretta applicazione procedure su corretta identificazione paziente.  | Nessuno | Amb. Gastroenterologia P.O. Chivasso |
|           |   | Errore richiesta esami di laboratorio per paziente errato                          | Sollecitata corretta applicazione procedure su corretta identificazione paziente   | Nessuno | Medicina P.O. Ciriè                  |
|           |   | Prelievo eseguito a paziente sbagliato in conseguenza ad errata identificazione    | Sollecitata corretta applicazione procedure su corretta identificazione paziente   | Nessuno | Reparto Covid P.O. Ciriè             |
|           |   | Etichette manuali senza data di nascita pz. causa non corretta identificazione pz. | Sollecitata stampa etichette elaborate da sistema informatico provviste anche di data di nascita pz. e verifica dati con braccialetto identificativo pz. | Nessuno | Mecau P.O. Ciriè                     |
|           |   | Medicina invia in Lab. An. campione ematico senza etichetta                        | Sollecitata corretta applicazione procedura di corretta etichettatura del campione da inviare in laboratorio   | Nessuno | Medicina P.O. Chivasso               |

|   |   |  |  |   |                             |
|---|---|--|--|---|-----------------------------|
| 5 | Errori in terapia che non hanno/ hanno causato alterazioni funzionali | Somministrazione farmaco errato in Cesareo   | Sollecitata corretta applicazione procedura farmaci LASA   | Ricovero precauzionale RIANIMAZIONE   | S.O. /Ost.Gin P.O. Chivasso |
|   |   | Somministrazione farmaco errato (pantoprazolo) in conseguenza di errata identificazione pz.  | Sollecita applicazione procedure corretta identificazione paziente   | Nessuno   | Neurologia P.O. Chivasso    |
|   |   | Errato dosaggio di somministrazione morfina – per interpretazione errata della prescrizione da parte dell’operatore  | Sollecitate applicazione procedure di controllo in doppio in tutte le fasi dalla prescrizione alla somministrazione dei farmaci, anche in presenza di sistemi informatizzati.  | Nessun danno perché somministrato antidoto tempestivamente  | Mecau P.O. Ciriè            |
|   |   | Errata somministrazione insulina a pz. non diabetica   | Sollecita applicazione procedure corretta identificazione paziente   | Nessuno   | Medicina P.O. Ciriè         |
|   |   | Errata somministrazione farmaco per errata interpretazione dati forniti da Pz. Endoscopista riverifica con pz. i farmaci assunti e si accorge errore   | Sollecita applicazione procedura per la corretta identificazione della terapia assunta dal paziente, effettuando domande attive e non passive al paziente stesso, onde evitare di somministrare farmaci errati. Verificare congruità dei farmaci presenti in documentazione con le patologie sofferte. | Nessuno in quanto l’errore di prescrizione è stato intercettato prontamente da altro professionista | Mecau P.O. Ciriè            |
| 4 | Eventi clinico-assistenziali  | Medico gettonista contesta triage e ritarda la visita al pz. la quale in tarda notte deve essere trasferita in urgenza per sanguinamento gastrico attivo e trasfusa  | Sollecita verifica da parte del Direttore, delle competenze dei medici gettonisti e della corretta applicazione di tutte le procedure interne al MECAU   | Trasferimento in urgenza presso altro Presidio Ospedaliero HUB                                      | Mecau P.O. Ciriè            |
|   |   | Impossibilità di registrare paziente COVID + in DEA, perché già caricato in cardiologia. Il pz non è stato più valutato da alcun medico, nè del DEA nè della cardiologia. Gli è stata assicurata solo assistenza infermieristica con variazione terapia eseguita telefonicamente, causa impossibilità di registrare pz. in DEA per limiti sistema informatico. | Segnalata al Servizio Informativi e flussi la necessità di integrazione dei sistemi informatici Ellipse e Trackcare  | Nessuno   | Mecau P.O. Ciriè            |
|   |   | Incidente nel trasferimento del pz. da letto di degenza a lettino esecuzione esami causa agitazione psicomotoria   | Sollecitata maggior attenzione all’applicazione della procedura di maggior attenzione nella movimentazione dei pz.   | Mediazione di piccola ferita al capo.   | Radiologia P.O. Ivrea       |

|    |  |   |  |   |   |
|----|--|---|--|---|---|
| 1  | Danni imprevisi a seguito manovre invasive                                     | Problematiche con posizionamento SNG che causa leggero sanguinamento in manovra di rimozione  | Sollecitata applicazione procedure   | Leggero sanguinamento senza conseguenze   | Medicina P.O. Lanzo   |
| 1  | Evento avverso in procedura trasfusionale                                      | Provetta richiesta prova crociata, non etichettata correttamente che si rivela anche non ABO compatibile in prova crociata per assegnazione sacca   | Audit per S.E.A. in reparto COVID + per l'applicazione corretta dei protocolli aziendali già in essere.  | Nessuna per aver intercettato con doppio controllo l'errore da parte del Centro Trasfusionale | Reparto Covid P.O. Ivrea  |
| 1  | Evento avverso in Ostetricia   | Pediatra gettonista non in grado di eseguire procedure rianimazione su neonato che sono effettuate da ostetrica e infermiere presenti   | Sollecitato il Direttore a valutare le competenze dei medici gettonisti e a verificare i titoli previsti per le urgenze neonatologiche   | Nessuno   | Nido P.O. Chivasso  |
| 23 | Violenza verbale/fisica su operatore (vedi focus in questa relazione a p. 18 ) | 55% -Disservizi, comunicazioni con operatori/informazioni errate/non complete<br>14% - tempi di attesa<br>18% - stress e dolore fisico<br>41% - disagio psichico_cognitivo<br>23% - abuso sostanze<br>14% - infrazioni a regole_divieti | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagna di comunicazione visiva effettuata in tutti i presidi ospedalieri e territoriali con numeri telefonici per detendere il conflitto</li> <li>• brochure informative per utenti in accesso CUP per prenotazioni esami/visite specialistiche</li> <li>• Brochure informative utenti per ritiro on line referti</li> <li>• Adeguamento informazioni per gli utenti su sito web</li> <li>• Adeguamento elenco farmacie disponibili per prenotazione e ritiro referti</li> <li>• Sollecito applicazione azione 4 Vademecum accesso care-giver di pazienti fragili/</li> </ul> | Danni fisici a n. 3 operatori   | 7 - MECAU – P.O. Ciriè<br>1 - NEFROLOGIA _ P.O. Ciriè<br>1 - ORTOPEDIA – P.O. Ciriè<br>1 – PEDIATRRIA-P.O. Ciriè<br>1 - SPDC –P.O. Ciriè<br>1 –MEDICINA P.O. Lanzo<br>1 – MECAU- P.O. Chivasso<br>1 – CHIRURGIA –P.O, Ivrea<br>1 – ORL – P.O. Ivrea<br>1 – PEDIATRRIA – P.O. Ivrea<br>1 – MECAU – P.O. Ivrea<br>2 – SERD RIVAROLO-DI p.dipendenze<br>2 - POLI COMUNITA' – DISTR. Ivrea<br>1 – SPRESAL IVREA – DIP. prevenzione<br>1 – RRF –DISTR. Ciriè |
| 9  | Eventi in emergenza COVID/carenze organizzative                                | Criticità organizzativa sistema Ellipse ricoveri pz. COVID positivi/ inadeguata gestione isolamento e aree grigie/ isolamento pz.sosp.meningite/ carenza personale fase pandemica   | Sollecito adeguamento procedure (fase pandemica) e superamento criticità sistema Ellipse   | Nessuno   | 6-MECAU P.O. Ciriè  |

|   |   |  |  |                               |                                      |
|---|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------------|
|   |   | Criticità organizzative sistema Ellipse/ricoveri pz. Covid/carenza personale/mancanza medici/ fase pandemica | Sollecito ottimizzazione sistema (fase pandemica) e superamento criticità sistema Ellipse            | Nessuno                       | 3- MECAU P.O. Ivrea                  |
| 1 | Allontanamento da reparto                                   | Fuga da DEA pz. demente/non accompagnato care-giver  | Sollecito rispetto disposizione azione 4 Vademecum presenza care giver per pz. fragili.              | Fuga da reparto               | 1 – MECAU P.O. Chivasso              |
| 2 | Limitazioni non congrue delle visite in emergenza pandemica | Pz. cade barella perchè non concessa presenza Care –giver pz. fragili  | Sollecito applicazione disposizioni Vademecum aziendale  | Frattura composta ossa nasali | 1 – MECAU P.O. Ciriè                 |
|   |   | Limitazione impropria visite parenti   | Sollecito e applicato le disposizioni del Vademecum aziendale su apertura reparti a visite parenti   | Nessuno                       | 1 –NEUROLOGIA P.O. Ciriè             |
| 7 | Disguidi amministrativi                                     | Criticità ritiro on line referti radiologici   | Realizzazione da RM Brochure con istruzioni per utenti   | Disservizi all’utenza         | 3 SPORTELLI RADIOLOGIA P.O. Ciriè    |
|   |   | Criticità inserimento CUP prenotazione esami   | Realizzazione da RM Brochure con istruzioni per utenti   | Disservizi all’utenza         | 1 LAB.ANALISI P.O. Chivasso          |
|   |   | Errori di codici nelle impegnative degli MMG   | Sollecitati i Direttori distretto di informare MMG su codici di prenotazione esami                   | Disservizi all’utenza         | 2 CONSULTORIO DISTRETTO CH-SAN MAURO |
|   |   | Errori di codici nelle impegnative degli MMG   | Sollecitati i Direttori distretto di informare MMG su codici di prenotazione esami                   | Disservizi all’utenza         | 1 AMB. CARDIOLOGIA P.O. Ciriè        |
| 4 | Altri eventi  | Scavalco spondine letto  | Sollecitato adeguamento letti regolabili in altezza  |                               | Hospice P.O. Lanzo                   |
|   |   | Rottura accidentale ago durante intervento operatorio  | Immediata estrazione per aspirazione del minuscolo frammento/segnalazione alla Dispositivo vigilanza | Nessuno                       | S.O. P.O Ciriè                       |
|   |   | Trasformazione ASO in TSO  | Evento in corso di valutazione è stata richiesta da RM documentazione non ancora fornita             | Non valutabile                | CSM Ivrea                            |
|   |   | Incidente caduta asta flebo caduta inavvertitamente su pz.   | Evento imprevedibile   | Nessuno                       | DH-multidisciplinare P.O. Ciriè      |

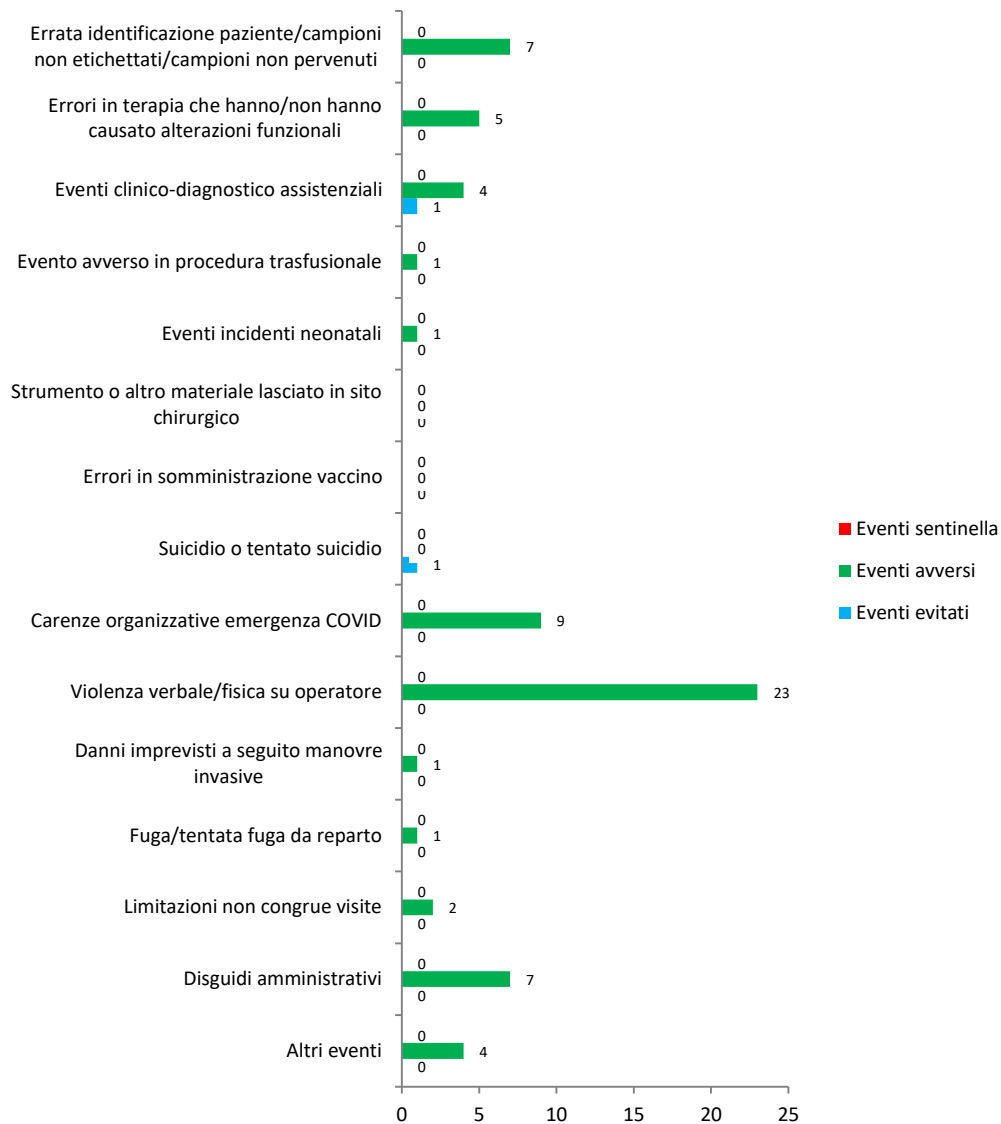
## 1.4 - Segnalazioni Eventi sentinella 2022

Tabella C - Elenco dei casi di Eventi Sentinella segnalati da 01-01-2022 a 31-12-2022

| <b>EVENTI SENTINELLA ANNO 2022 n. 0</b>            |  |                  |                 |   |
|--|--|------------------|-----------------|---|
| NUMERO EVENTO n.<br>progressivo SIMES<br>Regionale | AREA Es.S.C./Dipartimento<br>Ortopedia, Ostetricia, ecc... | CATEGORIA EVENTO | PIANO DI AZIONE | SCHEDA DI MONITORAGGIO A<br>LUNGO TERMINE |
| /  | /  | /                | /               | /   |

## 1.5 - Totale segnalazioni di Eventi evitati, eventi avversi, eventi sentinella - 2022

Le segnalazioni sono suddivise secondo l'elenco stilato dal Ministero della Salute: TOTALE EVENTI N. 67



**Figura 2** - Quadro riassuntivo del numero di segnalazioni di eventi evitati/avversi/sentinella che si sono verificati nel 2022 presso i PP.OO. e Distretti territoriali della ASLTO4: 2 eventi evitati (colore blu); 65 eventi avversi (colore verde); nessun evento sentinella (colore rosso).

## 1.6 - Totale segnalazioni delle tipologie di Eventi segnalati da 2018 a 2022



Figura 3 – Il grafico evidenzia l'andamento del numero di segnalazioni di eventi verificatesi nel quadriennio 2018 (color giallo) – 2019 (color verde scuro) e 2020 (color blue) e nel 2021 (color arancio), 2022 (colore verde chiaro). **Si evidenzia una diminuzione degli episodi di violenza verbale e degli eventi clinico diagnostici.** Sono in aumento le segnalazioni di eventi attribuibili a **carenze organizzative nei MECAU e a disguidi amministrativi subiti dagli utenti** nell'accesso ai sistemi on line di prenotazione e ritiro referti del sistema regionale .



## 1.7 - Identificazione delle cause di Eventi evitati ed Eventi avversi anno 2020-2022

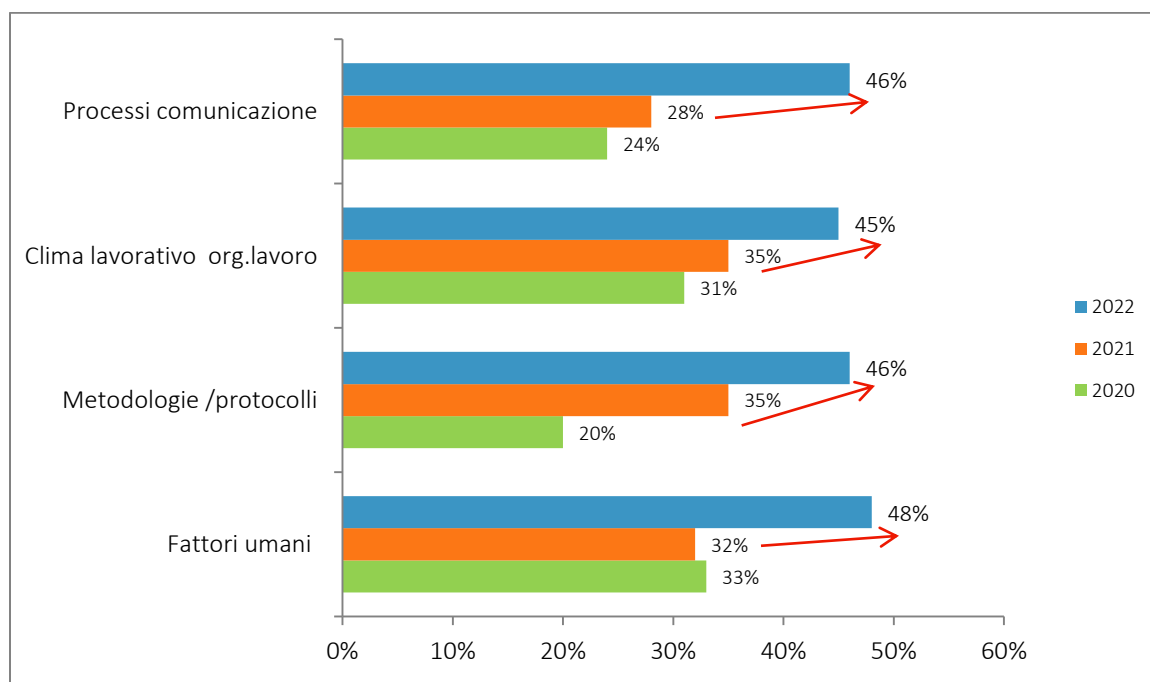


Figura 4 – Il grafico rappresenta in percentuale tutte le cause attribuite dagli operatori agli Eventi evitati, Eventi avversi ed Eventi sentinella, segnalati da 2020 a 2022. Si evidenzia che nel 2022 sono aumentate le cause determinanti eventi attribuibili a metodologie e protocolli (+ 11%) clima e organizzazione lavoro (+10%), processi di comunicazione (+ 18%), fattori umani (+16%).

## 1.8 – Esiti relative agli Eventi evitati/avversi/sentinella anno 2022

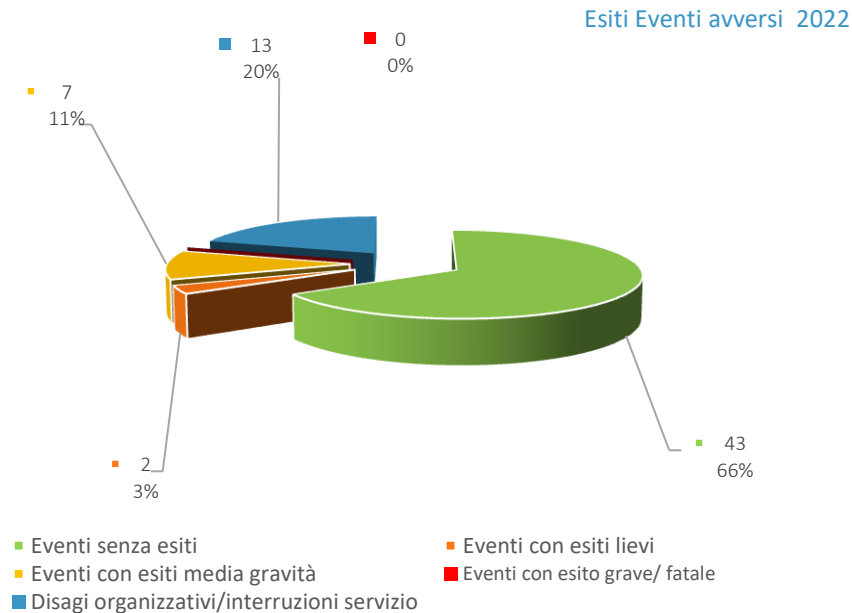


Figura 5 – Stratificazione degli esiti dei 67 Eventi evitati, avversi e sentinella segnalati nel 2022.

Il numero totale delle segnalazioni giunte è di n. 67 eventi, di cui n. 2 Eventi evitati e n. 65 Eventi avversi.

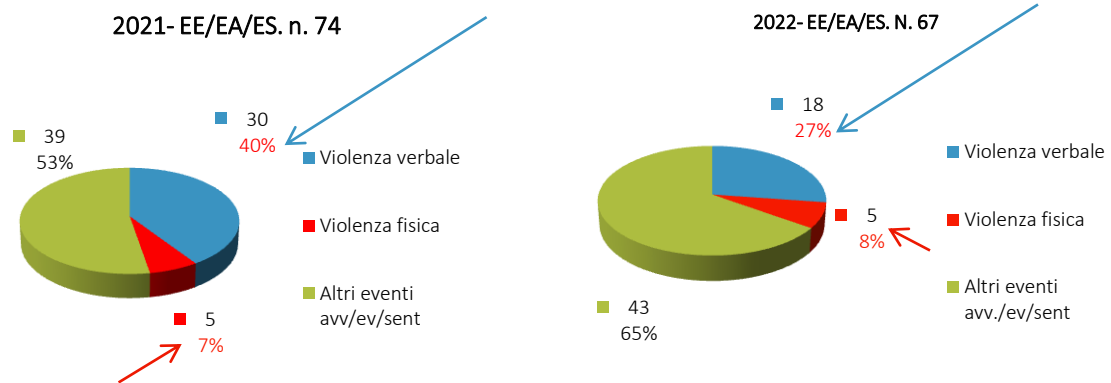
Gli esiti dei 65 eventi avversi sono così catalogati:

- **n. 43 eventi senza esiti** (colore verde chiaro);
- **n. 13 eventi che hanno comportato disagi organizzativi e interruzione di servizio:**
- **n.2 eventi con esiti lievi** (colore verde scuro) si tratta di:
  - 1-FLC in incidente Radiologia Ivrea;
  - 1-leggero sanguinamento in estrazione SNG Medicina Lanzo
- **n. 7 eventi con esiti di media gravità**, (colore giallo) si tratta di:
  - 1 somministrazione farmaco errato LASA in corso di cesareo e ricovero precauzionale in rianimazione (S.O. /Ost-Gin Chivasso);
  - 1 medico gettonista contesta triage, ritarda visita e necessità di trasferimento urgente presso altro Presidio Ospedaliero Hub, (MECAU – Ciriè);
  - 1 Allontanamento da MECAU di pz. anziano e suo recupero in cittadina (MECAU Chivasso);
  - 1 Mancata assistenza caregiver con conseguente caduta da barella e frattura di ossa nasali (MECAU Ciriè);
  - 3 Eventi con danni fisici in seguito a violenza su operatore: 1 MECAU Chivasso/1 MECAU Ciriè/ 1 MECAU Ivrea.

## 2 - Focus sull'evento Violenza verbale e fisica su operatore - anno 2022

### 2.1 - Comparazione dati 2021-2022

Il sistema di segnalazione Eventi evitati/avversi prevede un percorso specifico di segnalazione dell'evento Violenza verbale e fisica su operatore. Nel 2022 gli operatori hanno segnalato **23 casi di violenza verbale/fisica a danno di operatore** che rappresentano il 35% del totale delle segnalazioni di eventi avversi ricevute (si evidenzia che nel 2021 le segnalazioni di violenza su operatore sono state n. 35 e avevano costituito il 47 % delle segnalazioni di eventi avversi ricevute – vedi fig.6).



**Fig. 6** – Rispetto al totale delle segnalazioni di eventi avversi ricevute nel 2021, nel 2022 sono diminuite del 12% quelle di violenza verbale su operatore (-12%) e sono rimaste inalterate le segnalazioni di violenza fisica (7%).

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

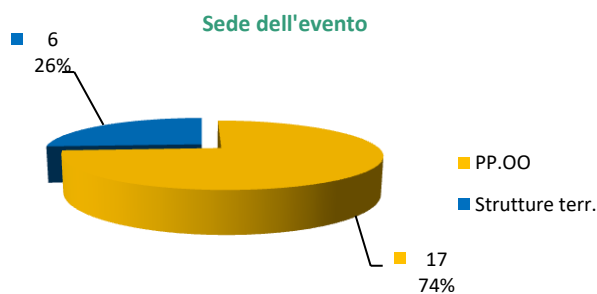


Figura 7

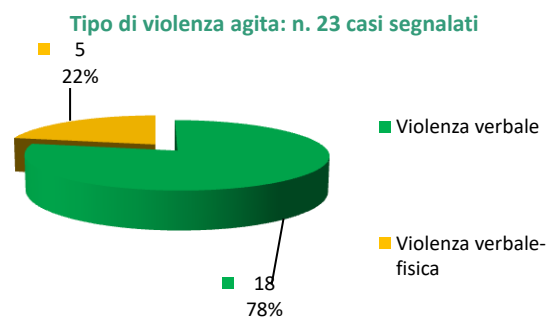


Figura 8

Il 74% delle segnalazioni di violenza verbale e fisica è giunto dai PP.OO., il 26% dalle strutture territoriali. Rispetto al 2021 si evidenzia una netta diminuzione delle segnalazioni di violenza che giungono dal territorio (nel 2021 erano il 46% del totale) e un incremento di delle segnalazioni giunte dai PP.OO. (nel 2021 rappresentavano il 54% del totale, a fronte dell'attuale 74%).

I tipi di violenza agiti verso operatori sanitari sono per il 78% episodi di violenza verbale, nel 22% dei casi si tratta di episodi di violenza verbale e fisica rivolta verso ambiente e/o persone. Il numero di segnalazioni di episodi di violenza fisica verso persone e ambienti nel 2022 è lo stesso del 2021, ovvero n. 5 episodi di cui 3 hanno causato danni fisici a operatori sanitari.

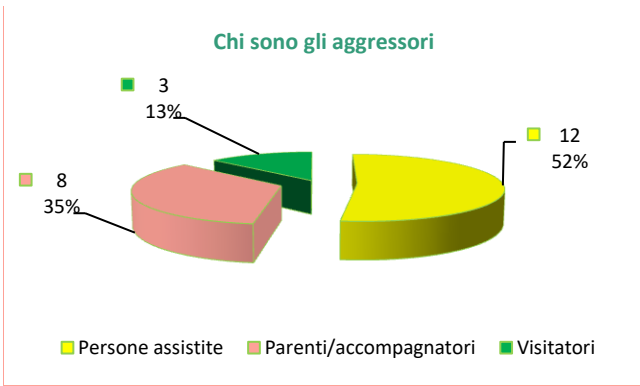


Figura 9

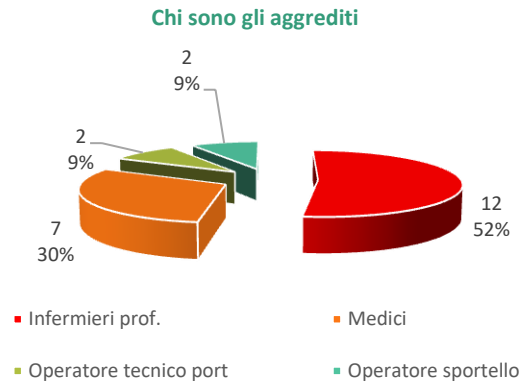


Figura 10

I soggetti che hanno agito atti di violenza verbale o fisica contro operatori sanitari sono Persone assistite prevalentemente con disturbi cognitivi (vedi fig. 11) nel 52% dei casi, il restante 48% degli aggressori è rappresentato da parenti o accompagnatori di Persone assistite.

Le categorie degli operatori sanitari aggrediti sono nella maggioranza dei casi Infermieri e OSS (52%), medici (30%) e operatori tecnici e amministrativi (18%).

**Cause che hanno determinato l'episodio di violenza verbale/fisica (dati comparati del triennio 2020-2022)**

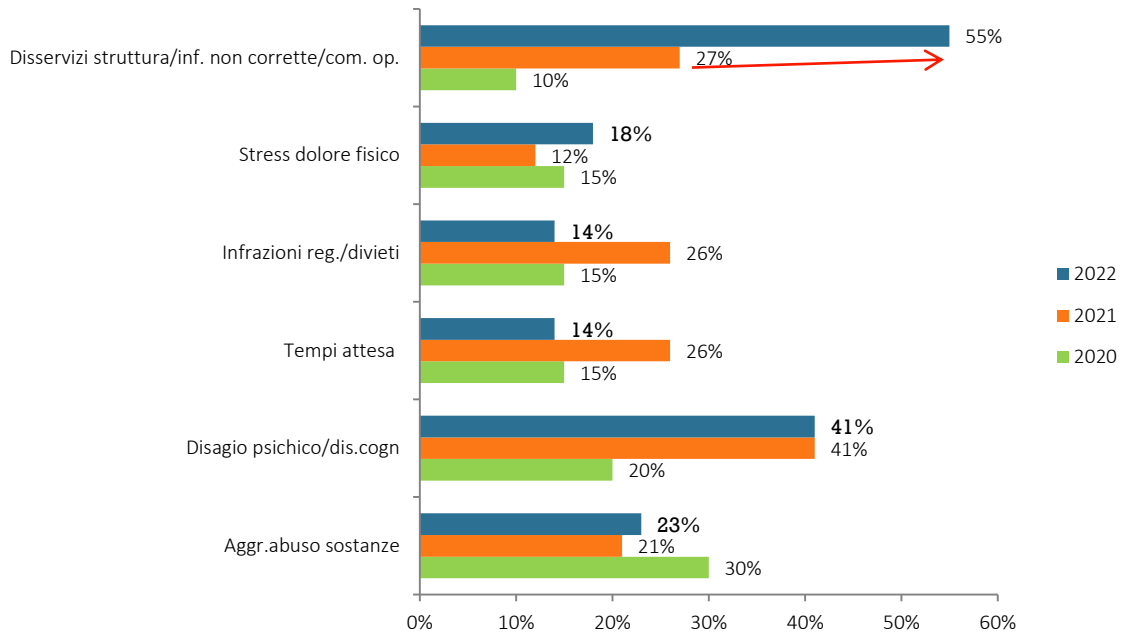


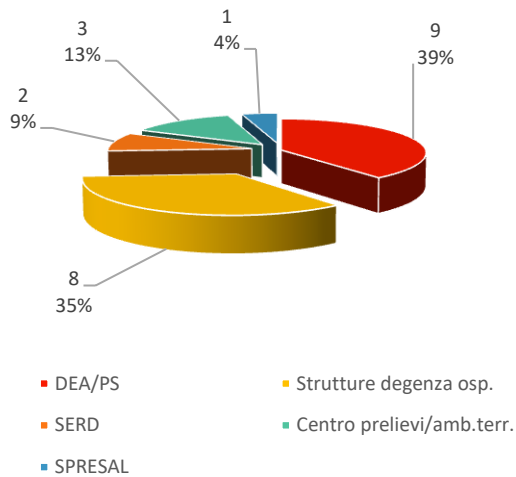
Figura 11 - Uno specifico item della scheda di monitoraggio sugli episodi di violenza verbale e fisica subiti dagli operatori, consente ai professionisti di indicare più cause scatenanti la violenza, (inserendo più opzioni per cause coesistenti pertanto le percentuali di risposta possono superare il 100% poiché il numero totale delle opzioni di risposta selezionate per una domanda può essere superiore al numero di rispondenti che hanno risposto alla domanda). Si conferma la tendenza già rilevata nel 2021 rispetto al 2020:

- anche nel 2022 sono aumentate le cause scatenanti violenza in relazione a disservizi, informazioni non complete o corrette (+23%); sono diminuite le cause dovute ai tempi di attesa (-12%); e le cause dovute ad infrazioni a regole e divieti (-12%); rimangono identiche le cause di episodi di violenza agite da soggetti portatori di disagio psichico/cognitivo (41%).

In conclusione si conferma anche nel 2022 (come già per il 2021) la tendenza che emerge dall'analisi delle cause di violenza verbale/fisica, dipende nella stragrande maggioranza dei casi da disservizi (55%), e da caratteristiche della patologia dell'utenza (41%). Solo nel 14% dei casi le cause sono da attribuire ad aggressività/prepotenza/pretese infondate/non rispetto delle regole, da parte dell'utenza.

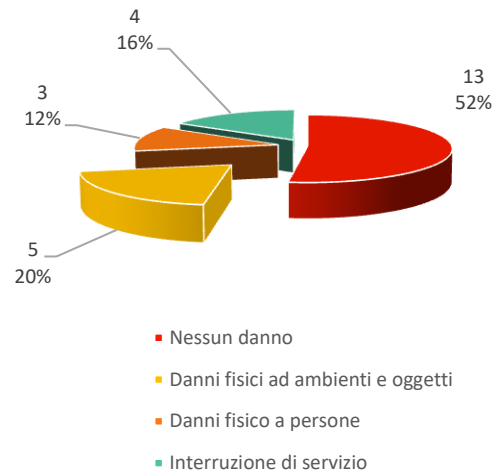


**Eventi violenza su operatore 2022:  
aree interessate**



**Figura 12** - Il 39% delle segnalazioni inerenti episodi di violenza su operatore è giunto dai MECAU dei PP.OO., il 35% delle segnalazioni è giunto dalle strutture di degenza ospedaliera. Il restante 26% riguarda segnalazioni giunte dai Distretti territoriali, SERD e Consultori materno-infantili.

**Danni subiti dagli operatori 2022**



**Figura 13** – il grafico evidenzia che nel 52% dei casi non si sono verificati danni. Altri danni sono così differenziati: nel 12% delle segnalazioni sono stati indicati danni a persone; nel 20% dei casi danni ad ambienti e nel 16% dei casi si sono verificate interruzioni di servizio.

## 2.3 - Azioni di miglioramento attuate nel 2022 per la prevenzione della violenza su operatore

Nel 2022 in conseguenza del report eventi avversi 2021 (che aveva indicato un incremento delle segnalazioni di episodi di violenza verbale e fisica nelle strutture territoriali), si è proceduto all'analisi dei dati dell'ultimo quadriennio, delle segnalazioni ricevute di episodi di violenza verificatisi nelle strutture territoriali, con conseguente elaborazione di azioni di miglioramento per la prevenzione della violenza stessa, come di seguito elencate:

### 2.3.1 - Monitoraggio violenza su operatore nelle strutture territoriali anni 2018-21

Il monitoraggio ha evidenziato la tipologia di eventi e le cause che li hanno innescati, e si è provveduto ad attuare azioni di miglioramento per sanare le criticità organizzative, cause di disagio per l'utenza che tendono a generare episodi di insofferenze che degenerano in violenze fisiche. (visualizza il report a questo link: <https://riskmanagementasto4.it/wp-content/uploads/2022/09/1-Violenza-su-operatore-focus-territorio.pdf>).

### 2.3.2 - Analisi delle lamentele inoltrate all'Urp su aspetti relazionali da 2018 a 2021

I dati dei report sulle segnalazioni di violenza verbale fisica sono stati comparati con i dati ricavabili dai report dell'URP sulle lamentele ricevute dagli utenti circa gli aspetti comunicativi e relazionali, che evidenziano una spiccata preponderanza di lamentele a carico dei Servizi ambulatoriali territoriali e dei Centri prelievo e CUP (visualizza il report a questo link <https://riskmanagementasto4.it/wp-content/uploads/2022/04/URP-dati.pdf>).

### 2.3.3 - Campagna di comunicazione visiva

In conseguenza dei suddetti monitoraggi effettuati, la S.C. Risk Management ha pianificato, progettato, realizzato ed allestito, nel marzo 2022 la campagna di comunicazione visiva **"NON AGGREDIRMI"**, in collaborazione con il CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI

RICERCA SULLA COMUNICAZIONE del Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'educazione dell'Università di Torino. I manifesti sono stati allestiti anche in audio-video in occasione della giornata per la Prevenzione della Violenza su Operatore del 12-03-2022, (visualizzabile nella intranet aziendale a questo link: <https://riskmanagementaslt04.it/non-aggredirmi/>).

Sono stati creati 18 soggetti per manifesti da affiggere con contenuti specifici in relazione alle strutture ospedaliere e territoriali. I manifesti hanno considerato tutte le categorie professionali di operatori esposti alla violenza, non solo sanitarie, ma anche figure del ruolo amministrativo e tecnico, visto che le segnalazioni di violenza ricevute riguardano anche queste figure esposte in front-office presso gli sportelli e/o presso le portinerie.

Nei manifesti sono indicati due numeri di telefono a cui gli utenti in difficoltà possono rivolgersi per chiedere assistenza: quello della S.C. **Risk Management** e quello delle Direzioni sanitarie Ospedaliere e delle Direzioni dei Distretti territoriali di riferimento delle strutture. Il link dove visionare i manifesti della campagna è: [https://www.canva.com/design/DAE6TgT2znE/UNvZTgP9KcPsVWYEV5sang/watch?utm\\_content=DAE6TgT2znE&utm\\_campaign=designshare&utm\\_medium=link2&utm\\_source=sharebutton](https://www.canva.com/design/DAE6TgT2znE/UNvZTgP9KcPsVWYEV5sang/watch?utm_content=DAE6TgT2znE&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton)

I manifesti sono stati affissi secondo la seguente pianificazione:

#### PP.OO E STRUTTURE DI DEGENZA

-n. 12 manifesti affissi nei principali accessi dei PP.OO di Ciriè, Chivasso, Cuornè, Ivrea, Lanzo –che accompagnano l'utente in ingresso ribadendo attraverso più voci e i volti di tutti i profili professionali sanitari, amministrativi, tecnici, il monito: NON MI AGGREDIRE;

-n.2 manifesti dedicati per ogni sala attesa dei DEA di PP.OO. Chivasso, Ciriè, Ivrea;

-n.2 manifesti dedicati per ogni Strutture di degenza Pediatria dei PP.OO. di Chivasso, Ciriè, Ivrea:

-n.2 manifesti dedicati per ogni Strutture di degenza Ortopedia e Sala gessi dei PP.OO. di Chivasso, Ciriè, Ivrea;

-n.2 manifesti per ogni sportello di accettazione e ritiro referti esami radiologici dei PP.OO. di Ciriè, Chivasso, Ivrea, Lanzo, Cuornè.

#### DISTRETTI TERRITORIALI

n. 4 manifesti per ogni sede di CENTRI PRELIEVI/CUP, rappresentanti figure professionali di Infermieri, amministrativi e personale di portineria.

n. 2 manifesti per SALE ATTESA DEI CONSULTORI MATERNO INFANTILI di tutti i Distretti della ASLTO4: rispettivamente rappresentanti figure di Ostetrica e operatrici di sportello;

n. 2 manifesti per SALE ATTESA DEI SERD di tutti i Distretti territoriali: rispettivamente rappresentanti figure di psichiatra e operatrici di sportello, operatori di portineria;

n. 2 manifesti per ACCESSI AGLI AMBULATORI E PALESTRE dei servizi di Recupero e Riabilitazione funzionale di tutti i Distretti della ASLTO4.

La campagna di affissione è stata completata, tuttavia a seconda delle esigenze delle strutture che li richiedono e dei problemi che vengono di volta in volta segnalati, la S.C. Risk Management è in grado di fornire ulteriori manifesti allestiti appositamente per la Struttura richiedente.

### 2.3.4 - Realizzazione di 2 brochure per guida all'utilizzo del sistema "Tu Salute Piemonte"

In collaborazione con URE e Servizi Informativi e Flussi, la S.C. Risk Management ha realizzato n. 2 brochure informative destinate agli utenti ,in formato pdf, rispettivamente dedicate:

a-guida alla prenotazione on line di esami e visite specialistiche;

b- guida per scaricare i referti on line e le immagini radiologiche.

I due formati sono scaricabili dal sito istituzionale ASLTO4 in formato pdf e sono consegnati agli utenti:

- presso gli studi di MMG e PDL in fase di prescrizione esami e visite specialistiche per le istruzioni alle prenotazioni on line;
- presso gli sportelli del CUP e dei Servizi radiologici e in fase di accettazione richieste esami e visite specialistiche, per il ritiro dei referti on line.

## 2.4 - Violenza su operatore: evidenze di efficacia delle azioni di miglioramento intraprese

Come riscontro dell'efficacia della campagna di comunicazione visiva attuata rileviamo che (come si riscontra nella fig. 6) le segnalazioni di violenza su operatore nel 2022 sono diminuite rispetto al 2021.

Nel 2022, in particolare, **si sono ridotte del 12% le segnalazioni di violenza verbale** (dal 53% del 2021 - *sul totale degli eventi avversi* - al 27% del 2022), mentre sono rimaste inalterate le segnalazioni di violenza fisica (5% sul totale degli eventi avversi segnalati).

La diminuzione degli episodi di violenza verbale, **sia nelle strutture territoriali, sia nelle strutture ospedaliere**, è attribuibile alla:

- **sensibilizzazione verso gli utenti** perchè in caso di difficoltà organizzative e disagi richiedano supporto ai numeri di assistenza indicati nei manifesti, o ai responsabili delle strutture sanitarie, (al fine di prevenire l'escalation di insofferenza verso carenze organizzative, che può sfociare in emozioni di rabbia e aggressività);
- **sensibilizzazione verso gli operatori** perchè incentivino la loro disponibilità ad offrire percorsi di mediazione del conflitto, rispetto alle richieste degli utenti, attraverso processi di comunicazione ispirati all'empatia e all'ascolto attivo;
- **sensibilizzazione verso gli MMG/PLS** perchè compilino correttamente le prenotazioni di esami e visite specialistiche;
- **sensibilizzazione verso gli MMG/PLS** perchè consegnino direttamente agli assistiti i contenitori per campioni biologici, invece di inviarli a recuperarli ai Centri Prelievo;
- **attività realizzate per fornire agli utenti supporti informativi** in pdf disponibili agli sportelli di accettazione sui processi (non semplici) di prenotazione e ritiro referti on line;
- **aggiornamento delle pagine del sito web** sulle indicazioni per l'accesso on line alle prestazioni ambulatoriali;
- **pubblicazione dell'elenco delle farmacie convenzionate** dove gli utenti possono trovare supporto per prenotare esami/visite e ritirare i referti on line;
- **sensibilizzazione dei Coordinatori delle strutture di degenza** perchè siano applicate le disposizioni del Vademecum azione 4 sugli accessi di accompagnatori e parenti, con specifiche disposizioni per i pazienti fragili;
- **sensibilizzazione dei coordinatori e responsabili di struttura** per individuare azioni di supporto nelle sale attesa dei DEA, attraverso la presenza di volontari, e l'individuazione di specifici processi organizzativi per ridurre i tempi di attesa (presenza di situazioni ancora difformi nei tre Mecau della ASLTO4).

## 2.5 - Azioni di miglioramento proattive da attuare nel 2023

Il report inerente gli episodi di violenza su operatore del 2022 evidenzia che rispetto al 2021 queste sono diminuite nelle strutture territoriali e sono invece aumentate nelle strutture di degenza ospedaliere. In particolare le segnalazioni di violenza verbale/fisica hanno identificato quali cause i tempi di attesa in DEA (soprattutto presso MECAU Ciriè), e la non applicazione del regolamento di accesso alle visite per persone degenti.

### 2.5.1 - Gestione dei tempi di attesa in DEA:

- posizionamento di tabelloni elettronici con indicati i tempi di attesa in relazione all'assegnazione codice Triage (e relativo collegamento al sito web aziendale), per aggiornamento delle informazioni sui tempi di attesa in tempo reale;
- presenza nelle sale di attesa dei DEA di volontari a supporto degli utenti e delle loro necessità;
- cartellonistica/depliant informativi con informazioni per gli utenti relative ai criteri di assegnazione codice triage;
- applicazione di procedure di richieste esami ematici in fase di triage, secondo i protocolli clinici già impostati nel sistema Ellipse, (come efficacemente già applicato presso MECAU Città della Salute di Torino).

### 2.5.2 - Gestione delle criticità in accesso alle strutture di degenza:

- Applicazione dei regolamenti aziendali per accesso alle visite parenti, ripristinando le modalità già in essere in azienda prima dell'emergenza pandemica (vedi progetto Ospedale aperto).
- Aggiornamento delle cartellonistica da affiggere all'ingresso di ogni struttura di degenza, per comunicare ai visitatori gli orari di accesso visite e le disposizioni specifiche per l'accesso di caregiver di pazienti fragili, partorienti, persone assistite in situazioni di fine vita ecc,
- Distribuzione di materiali informativi in formato cartaceo, in accettazione degenza alle Persone assistite (e caregiver) inerenti regole di reparto, informazioni utili alle necessità alberghiere e presenza nelle strutture ospedaliere di luoghi di ristoro, indicazioni di orari per richiedere colloqui con medici, ecc.ecc.

### 2.5.3 - Aggiornamento competenze relazionali e comunicative nelle situazioni di conflitto nel rapporto operatori/medici /assistiti:

- corsi di aggiornamento per operatori e medici dedicati a comunicazione e relazione/gestione dei conflitti;
- corsi di aggiornamento per operatori e medici di gestione dello stress e mindfulness/
- corsi specializzati per operatori che operano con assistiti portatori di decadimento cognitivo/disagio psichico, abuso di sostanze, al fine di fornire specifica formazione professionalizzante per la gestione di questo specifico target di pazienti;
- sensibilizzazione degli uffici preposti a porre maggior attenzione al benessere organizzativo e al clima aziendale.

### 2.5.4 - Gestione della Comunicazione istituzionale della ASLTO4:

si evidenzia che il sito web istituzionale necessita di aggiornamento al fine di rendere facilmente fruibili le informazioni dirette ai cittadini per l'accesso ai servizi offerti dalla ASLTO4.

## 3 - Monitoraggio Cadute accidentali

### 3.1 - Cadute accidentali anno 2022

| <b>TOTALE DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2022<br/>CADUTE ACCIDENTALI PP.OO/ AMBULATORI/RSA ASLTO4</b> |  |                                 |                                  |           |
|---|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------|
| 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-Cuorné.   | 394                                    | 282                             | 163                              | 19        |
| Ambulatori – Ospedaliери Distretti territoriali.  | 15                                     | 7                               | 4                                | 3         |
| RSA   | 22                                     | 17                              | 5                                | 0         |
| <b>Totale</b>   | <b>431</b>                             | <b>306</b>                      | <b>172</b>                       | <b>22</b> |

Tabella D – Cadute accidentali nella ASLTO4 da 1-01-2022 a 31-12-2022

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.



Per il 2022 non è possibile calcolare il tasso di incidenza cadute, riferito al rapporto tra il numero di cadute segnalate in relazione al numero delle giornate di degenza, in quanto i dati relativi alle giornate di degenza, non sono ancora disponibili in data attuale (31 gennaio 2022).

### 3.2 - Numero cadute accidentali presso i PP.OO. - Ambulatori – Rsa/Hospice 2018 - 2022

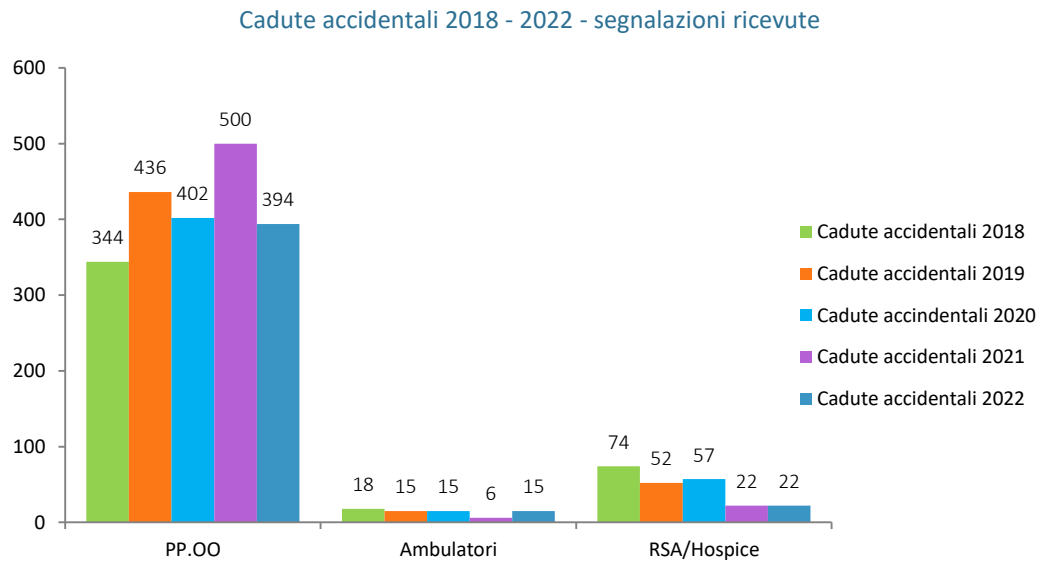


Figura 14 - Numero di Cadute accidentali segnalate dagli operatori nella ASLTO4 da 2018 a 2022.

### 3.3 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale 2022

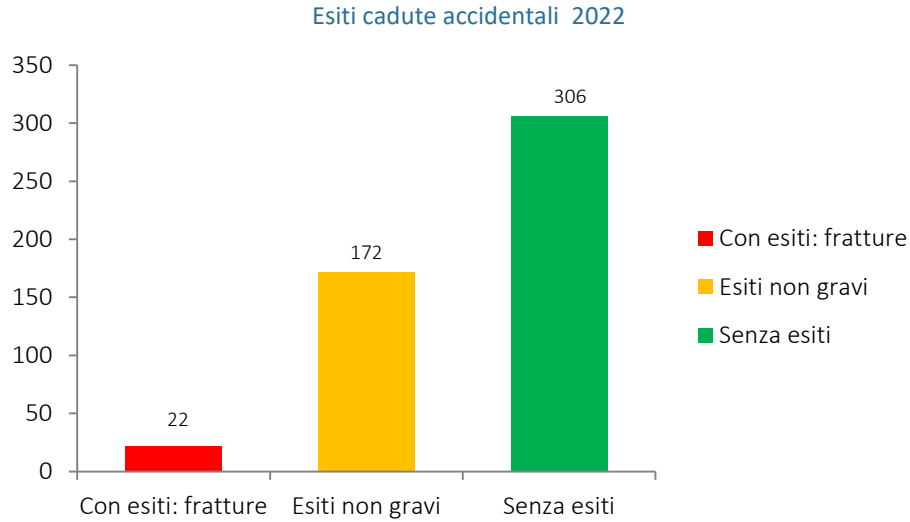


Figura 15 – Esiti degli episodi di cadute accidentali segnalate nel 2022.

### 3.4 - Esiti occorsi in seguito a cadute accidentali - dati comparati anni 2018 -2022

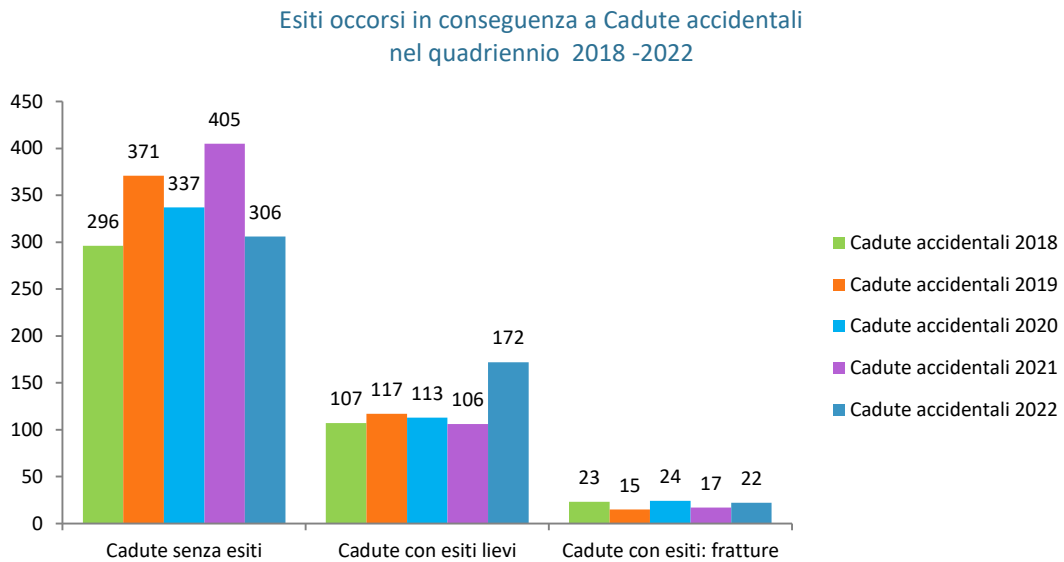


Figura 16 - Esiti occorsi in seguito a caduta accidentale nel 2018 -2022 - Si evidenzia una diminuzione delle segnalazioni ricevute di cadute accidentali nel 2022, un incremento di esiti lievi rispetto al 2021, e un leggero incremento di esiti gravi rispetto al 2021.

### 3.5 - Azioni di miglioramento

**E' stata** Richiamata l'attenzione degli operatori sul manuale aziendale per la prevenzione delle cadute accidentali e sollecitato il completamento del piano aziendale che ha già fornito a tutti le Strutture di degenza più a rischio dei PP.OO. letti elettrici regolabili in altezza, (che permettono il movimento in relazione al piano). Sarà completata la consegna a tutte le strutture di degenza entro il 2023.

Fine

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