

Relazione annuale sugli eventi dannosi per il paziente avvenuti nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c.5 della L. 24/17)

ASL Roma 1

UOC Sicurezza Qualità e Risk Management

Direttore: Dott.ssa Maddalena Quintili

1. Premessa

Ai fini della presente relazione, sono stati presi in considerazione tutti gli eventi segnalati alla UOC Sicurezza Qualità e Risk Management nel 2023 mediante le schede di "Incident Reporting" includendo anche gli eventi di cui si è venuti a conoscenza a seguito di richiesta di risarcimento.

Nel 2023 gli eventi segnalati sono complessivamente 343 che, suddivisi per gravità dell'esito, sono così distribuiti:

- 234 near-miss (N.M.);
- 107 eventi avversi (E.A.);
- 2 eventi sentinella (E.S.).

La tipologia degli eventi avvenuti è riportata nella tabella che segue:

Evento	NM	EA	ES	TOT
Cadute del paziente	142	76	--	218
Aggressione ad operatore (<i>tutte, comprese aggressioni verbali e contro oggetti</i>)	76	21	--	97
Eventi nell'area Ostetrico Ginecologica/neonatologia	3	4	--	7
Eventi nell'area della sicurezza/sorveglianza del paziente	3	2	--	5
Eventi da utilizzo di presidi e tecnologie su paziente	2	1	--	3
Eventi nell'area del Farmaco	2	1	--	3
Eventi legati a procedure/setting assistenziale	1	1	--	2
Eventi legati all'errore di diagnosi	--	--	2	2
Eventi legati al sistema dei trasporti	1	--	--	1
Altro	4	1	--	5
Totale	234	107	2	343*

**Rispetto a quanto pubblicato sul PARS 2024, un evento è stato riclassificato passando da NM a EA*

Nel 2023 il numero complessivo delle segnalazioni aumenta di circa il 33% rispetto all'anno precedente: n. 343 eventi segnalati a fronte dei 258 del 2022, registrando tuttavia una lieve riduzione del numero degli Eventi Sentinella con solo 2 eventi a fronte dei 3 casi del 2022. Si registra anche un aumento del 46,5% di Eventi Avversi che hanno determinato come conseguenza per il paziente un danno "lieve" o "moderato": n. 107 a fronte dei 73 del 2022. Aumenta anche del 28,5% la quota di *near-miss* (evento intercettato o nessun danno riportato dal paziente): n. 234 del 2023 rispetto ai 182 casi del 2022.

Gli eventi segnalati con più frequenza sono le cadute e le aggressioni agli operatori sanitari: rispettivamente il 63,5% e il 28,2% di tutte le schede inviate. Per le cadute del paziente occorre tuttavia precisare che, rispetto all'aumento complessivo delle segnalazioni, si evidenzia solo un lieve incremento di Eventi Avversi e nessun Evento Sentinella, con una percentuale degli eventi più gravi sul totale delle cadute segnalate, corrispondente al 34,8% per il 2023 rispetto al 32,4% del 2022.

Incremento più sostanziale invece per le aggressioni agli operatori sanitari con un lieve aumento degli Eventi Avversi - 21,6% nel 2023 - rispetto al 13,4% del 2022, ma non per gli Eventi Sentinella: nessun caso. Gli infortuni lavorativi denunciati all'INAIL sono stati 11.

Ogni evento segnalato, se ritenuto meritevole di approfondimento in relazione allo specifico contesto nel quale si è verificato, è stato oggetto di audit GRC, tenendo conto anche dell'ambito organizzativo e valutando la rilevanza che gli aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi potrebbero aver avuto nel favorire il suo verificarsi.

2. Le Strategie Aziendali per la Gestione del Rischio

La politica della ASL Roma1 in tema di sicurezza delle cure è quella di rafforzare i principi in base ai quali le risposte ai bisogni del cittadino e la sua sicurezza possono essere meglio garantiti quando l'ambito assistenziale integri al meglio gli aspetti legati alla sicurezza della struttura, della tecnologia e dell'operatore mediante efficaci pratiche di governo clinico.

Tutti i percorsi assistenziali, pur ideati e progettati sicuri, vanno mantenuti tali mettendo a frutto l'esperienza e competenza degli operatori che sono parte importante del processo. Talvolta però esperienza e competenza possono non essere sufficienti se non accompagnate da un'attenta e costante applicazione di buone prassi e rispetto delle procedure; il processo assistenziale infatti può rivelarsi causa di danno a seguito di eventi inattesi che producono effetti negativi a pazienti, utenti e anche agli operatori stessi.

Evitare che ciò possa accadere è possibile solo mediante l'adozione di una chiara politica di gestione del rischio, favorendo e incoraggiando tutti i dipendenti a segnalare gli eventi avversi, in modo che ciascuno di essi possa sentirsi parte integrante e utile nel processo di miglioramento.

Una cultura della sicurezza veramente efficace, che consenta di superare la paura dell'errore, non può che aumentare la consapevolezza di ciascun operatore sull'importanza del rispetto di procedure e comportamenti e indirizzare l'analisi degli eventi avversi al fine di identificare le cause che maggiormente hanno contribuito a determinare l'evento, fattore umano compreso.

1. Strumenti e metodologia

Le attività della UOC Sicurezza Qualità e Risk Management coinvolgono trasversalmente l'intera organizzazione Aziendale e prendono in considerazione:

- Costante mantenimento del SIRES Regionale e analisi degli *Incident Reporting* e il monitoraggio dei piani di miglioramento condivisi con gli operatori delle strutture coinvolte a seguito degli eventi sentinella;
- Organizzazione e conduzione degli audit GRC e SEA;
- Partecipazione al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri per la valutazione degli stessi che consente al Risk Manager di valutare la sicurezza dei processi assistenziali;
- Implementazione del Sistema Gestione Qualità attraverso elaborazione, verifica, validazione delle procedure aziendali e presentazione alla Direzione Strategica per l'introduzione nell'organizzazione;
- Partecipazione alle attività di formazione su principi e metodi del rischio clinico: periodicamente vengono erogate sessioni formative, con programmi differenziati per tipologia di *setting* assistenziale, anche attraverso i Piani Formativi Aziendali, come previsto anche dalla normativa regionale che richiama le aziende sanitarie a programmi formativi che contengano, per almeno il 40%, tematiche inerenti la sicurezza delle cure;
- Redazione del Piano Annuale Rischio Sanitario e rendicontazione delle attività svolte e da progettare ai fini del miglioramento della sicurezza delle cure e per gli aspetti legati alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- Verifica dell'utilità/sicurezza di nuove tecnologie facilitanti la comunicazione tra UU.OO. che consentano di gestire al meglio le fonti informative utili ai processi gestionali;
- Partecipazione al Comitato Aziendale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) per la definizione di programmi finalizzati alla prevenzione delle infezioni.

3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

Cadute

Nel 2023 sono state segnalate complessivamente n. 218 cadute di pazienti, utenti o visitatori; l'evento mostra, sul totale di quelli segnalati, un aumento del 2,4% rispetto all'anno precedente. Nel 2023 non si sono registrati E.S.

L'attuale sistema di segnalazione delle cadute fornisce una stima attendibile sulla reale dimensione del fenomeno, ciò è provato dal fatto che tutti gli eventi di cui gli operatori sono stati testimoni vengono segnalati; sfugge tuttavia una piccola quota di eventi che avvengono al di fuori delle aree presidiate da operatori sanitari (strada, parcheggio auto, vialetti di comunicazione, etc.) che non essendo segnalate emergono solo a seguito di richiesta di risarcimento danni.

Il 94% delle cadute è avvenuto in occasione di ricovero, comprendendo in questa definizione anche le cadute dei pazienti triagiati, accettati e in carico ai Pronto Soccorso. Tenendo conto che nel 2023 il numero di ricoveri è stato leggermente superiore rispetto al 2022 di circa 600 unità, dobbiamo considerare aumentato il numero complessivo delle cadute. Sebbene il dato possa sembrare non confortante occorre precisare che non si è registrato nessun evento sentinella.

Quasi tutti i casi che approdano al CAVS sono sinistri relativi a una caduta che è già stata segnalata in precedenza; come detto prima sfugge tuttavia una minima quota di cadute che avvengono principalmente in assenza di operatore nelle vicinanze e riguardano soprattutto utenti e visitatori che, provenienti dalle aree esterne delle strutture, accedono all'interno dei Presidi.

L'attenzione nei confronti delle cadute è particolarmente alta, tale da porle in un ambito ad elevato impegno organizzativo con il continuo coordinamento con i servizi tecnici preposti alla soluzione delle criticità strutturali e ambientali.

Nel corso del 2023 hanno subito una caduta 194 pazienti, 20 utenti e 4 visitatori; suddividendo per sesso n. 128 uomini e n. 90 donne. La suddivisione per Presidio è riportata nella tabella sottostante.

Struttura	E.S.	E.A.	N.M	TOTALE
P.O. S. Filippo Neri	--	43	81	124
P.O. S. Spirito	--	24	49	73
Ospedale Oftalmico	--	3	6	9
Nuovo Regina Margherita	--	4	--	4
Centro Sant'Anna	--	--	1	1
Territorio*	--	2	5	7
Totale	0	76	142	218

*Distretti, Case della Salute, HUB vaccinali, etc.

I reparti ospedalieri sono gli ambienti nei quali i pazienti cadono più frequentemente, la frequenza di distribuzione è rappresentata sotto in modo più dettagliato.

Gli esiti riportati dal paziente a seguito della caduta sono stati suddivisi in tre classi, sulla base della *International Classification for Patient Safety* (2009) dell'OMS.

Gli Eventi Sentinella includono i casi con esito più grave: esito "severo" o "morte"; gli Eventi Avversi includono esiti che possono definirsi "lieve" o "moderato" mentre, negli eventi senza danno/*near-miss*, sono stati raggruppati i casi con esito "nessuno".

I dati sotto riportati sono stati raccolti mediante le schede di segnalazione caduta.

P.O. S. Filippo Neri U.O.	Senza danno/near-miss	Danno lieve/moderato	Danno severo o morte	Totale
AREA MEDICA				
medicina	26	11	--	37
neurologia	6	3	--	9
cardiologia	5	3	--	8
pneumologia	2	3	--	5
altre	7	4	--	11
AREA CHIRURGICA				
d'urgenza chirurgia	2	1	--	3
vascolare chirurgia	--	2	--	2
neurochirurgia	4	2	--	6
chirurgia	3	--	--	3
ortopedia	3	--	--	3
urologia	1	--	--	1
ortl	1	--	--	1
AREA EMERGENZA				
pronto soccorso e medicina d'urgenza	16	9	--	25
medicina fast	5	5	--	10
TOTALE	81	43	0	124

P.O. Santo Spirito	Senza danno/near-miss	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
AREA MEDICA				
medicina	14	7	--	21
cardiologia	10	2	--	12
spdc	4	3	--	7
AREA CHIRURGICA				
chirurgia	1	1	--	2
ortopedia	1	2	--	3
AREA EMERGENZA				
pronto soccorso	13	7		20
breve osservazione	6	2	--	8
TOTALE	49	24	0	73

P.O. Oftalmico	Senza danno/near-miss	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
Pronto Soccorso	1	1	--	2
Oftalmologia chirurgica	3	2	--	5
Retina medica	1	--	--	1
Servizio APA	1	--	--	1
Totale	6	3	0	9

Presidi Territoriali	Senza danno/near-miss	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
NRM	--	4	--	4
Centro Sant'Anna	1	--	--	1
Territorio*	5	2	--	7
Totale	6	6	0	12

*Distretti, HUB Vaccinali, case della Salute

Con l'adozione del Piano Aziendale Prevenzione Cadute sono diventate operative le *check-list* ambientali S.S.C. (Sicurezza degli Spazi Ambientali Comuni) e S.A.R. (Sicurezza Ambientale Reparto) concepite per facilitare il lavoro di rilevazione sui problemi strutturali degli ambienti comuni e di ricovero.

Nella tabella che segue sono riportati i luoghi dove la caduta del paziente, del visitatore o dell'utente avviene con maggior frequenza:

Luogo	N. Cadute*
Stanza di degenza	130
Bagno della stanza di degenza	1
Pronto Soccorso e spazi limitrofi ad esso collegati, comprese sale visita	12
Corridoio del reparto di degenza	12
Bagno (destinato a utenza)	35
Stanza attività diagnostica/Ambulatorio	6
Sala comune (o di attesa)	11
Altri luoghi**	11
Totale	218

*i dati sono rappresentati in modo cumulativo per i P.O. Aziendali S. Filippo Neri, S. Spirito, Oftalmico e Nuovo Regina Margherita.

**Spazi antistanti l'Ospedale, ascensore utenti, spazi comuni del reparto, viali e scale d'accesso/ingresso alle strutture.

La dinamica che precede la caduta del paziente riconosce più frequentemente le modalità riportate nella tabella che segue:

Modalità/dinamica della Cadute	Numero
Scivolamento	47
Perdita Equilibrio	26
Cedimento arti inferiori	23
Inciampo	15
Dal letto/barella, con spondine	34
Capogiro/Svenimento	24
Dal letto/barella, senza spondine	39
Modalità non descritta	5
Altre modalità	5
TOTALE	218

Per una classificazione che risultasse utile a individuare le possibili azioni correttive, tutte le segnalazioni sono state classificate anche in base alla dinamica della caduta e al ruolo svolto dai eventuali fattori strutturali, tecnologici e organizzativi. Le cadute riconducibili a condizioni imprevedibili e non prevenibili, da ritenere quindi inattese e circostanziali, sono state classificate come associate a fattori individuali del paziente e hanno rappresentato il 56% dei casi totali segnalati.

Le condizioni strutturali, invece, hanno influito in maniera diretta solo in due casi, mentre i fattori legati all'organizzazione - quelli che per definizione è possibile controllare meglio mettendo in atto misure di miglioramento che coinvolgano attivamente gli operatori dedicati all'assistenza - sono risultati determinanti nel 41%, percentuale simile al dato del 2021. Questi fattori potranno essere ulteriormente corretti mediante interventi formativi ad hoc per gli operatori che lavorano in *setting* assistenziali specifici.

Atti di violenza a danno di operatore

Nella ASL ROMA 1 le aggressioni agli operatori rappresentano il secondo evento per frequenza.

Nel settembre 2021 la Regione Lazio ha emanato la Determinazione n. G10851 *“Adozione della revisione del Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”* impegnando in tal modo le strutture sanitarie della Regione a revisionare la procedura n. 8 – derivante dalla Raccomandazione Ministeriale – al fine di elaborare un programma di prevenzione a valenza aziendale per la prevenzione degli atti di violenza. La terza revisione della procedura in questione è stata pubblicata a settembre 2022.

L'aggressione a un operatore sanitario costituisce sempre un evento di particolare gravità poiché, come ricordato dalla nota del 9 giugno 2015 del Ministero della Salute, evidenzia possibili carenze organizzative o strutturali e quasi sempre indica da parte dell'organizzazione un'incompleta consapevolezza del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie.

In questo particolare momento nel quale su tutto il territorio nazionale ci si interroga su quali siano le migliori strategie da attuare per controllare e contenere efficacemente un fenomeno che per certi aspetti risulta imprevedibile, assume fondamentale importanza la raccolta di dati attendibili circa la reale entità del fenomeno al fine di rendere agevole il suo dimensionamento. Le segnalazioni degli operatori risultano particolarmente utili a ciò.

Nel 2023 il numero di segnalazioni di aggressione è quasi il doppio rispetto all'anno precedente, e questo senza dubbio può essere un affidabile indicatore dell'attitudine, ormai acquisita dagli operatori, a segnalare tutti gli eventi di aggressione subiti.

Anno	Near-Miss	Evento Sentinella	Evento avverso	Totale
2023	76	--	21	97
2022	45	--	7	52
2021	14	2	19	35
2020	5	4	26	35
2019	--	17	75	92
2018	--	5	40	45
2017	--	9	22	31

In ogni occasione viene ribadita l'importanza di segnalare tutti gli eventi di aggressione invitando inoltre a denunciare alle FF.OO. tutti gli episodi di cui si è stati vittima. Le azioni di sostegno e supporto dopo un'aggressione sono fondamentali soprattutto per alcuni operatori. Per questo motivo, su domanda formulata ai medici competenti, per chiunque ne faccia richiesta è possibile l'inserimento in un percorso articolato di recupero della fiducia in sé stessi.

Rimane da perfezionare ulteriormente l'aspetto riguardante la tempestività delle azioni messe in atto dall'organizzazione a risoluzione delle criticità che non sempre sono in linea con quanto richiesto dagli operatori. È fondamentale proseguire nel lavoro di risoluzione delle problematiche strutturali ancora non completamente risolte e nell'adozione di ausili tecnologici in grado di migliorare le criticità insite in alcuni *setting* assistenziali. Occorre anche migliorare la comprensione dei fattori organizzativi e di comunicazione maggiormente capaci di innescare/facilitare il fenomeno nel suo complesso.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati possiamo affermare sicuramente che un fatto positivo è rappresentato dall'assenza di segnalazioni di ES per il secondo anno consecutivo; ciò contribuisce a rafforzare il convincimento che il percorso intrapreso possa essere utile a contrastare questo fenomeno, particolarmente difficile da prevenire e imprevedibile nella sua evoluzione.

Le strutture maggiormente interessate a questo tipo di eventi sono riportate in dettaglio nella tabella sottostante:

STRUTTURA	Near-Miss	Evento Avverso	Evento Sentinella	Totale
P.S. San Filippo Neri	23	9	--	32
UU.OO. Degenza San Filippo Neri	15	2	--	17
Distretti Sanitari	20	2	--	22
CSM del territorio	2	--	--	2
SPDC San Filippo Neri	1	--	--	1
UU.OO. Degenza Santo Spirito	1	--	--	1
SPDC S. Spirito	7	3	--	10
P.S. Santo Spirito	7	5	--	12
Totale	76	21	0	97

Il numero maggiore di segnalazioni si registra nel Pronto Soccorso del SFN e nelle UU.OO. di degenza dello stesso Presidio, a seguire poi nei Presidi Territoriali Distrettuali.

È stata posta attenzione a tutte quelle criticità capaci di svolgere un ruolo determinante o contribuente al verificarsi di un atto di violenza a danno di un operatore, individuando come momento estremamente critico quello della fase di accettazione del paziente con alterazione del comportamento a seguito di assunzione di sostanze psicotrope o alcol. Questa particolare problematica ha dato luogo a episodi particolarmente preoccupanti, soprattutto nelle strutture di emergenza, e ha anche fatto aumentare la consapevolezza nell'organizzazione che le azioni di miglioramento fondate esclusivamente su utilizzo delle risorse interne ha raggiunto un limite oltre il quale nessun miglioramento o mitigazione del rischio è più attuabile.

Anche negli operatori è accresciuta una maggiore sensibilità e consapevolezza riguardo l'importanza di segnalare tutti gli eventi di aggressione, anche se solo verbale.

Tra le misure di miglioramento e di prevenzione che erano state programmate per il 2023 - formazione su tecniche di comunicazione e de-escalation - così come richiesto spesso anche dagli operatori durante gli audit, sono stati realizzati dei corsi di *coaching* che hanno visto la partecipazione di tutti gli operatori dei due Pronto Soccorso Aziendali.

Eventi determinati da utilizzo di tecnologie sanitarie

In questo paragrafo sono stati raggruppati tutti gli eventi segnalati a seguito di un non adeguato utilizzo/funzionamento di presidi, apparecchiature a contenuto tecnologico e dispositivi medici che hanno interferito - o avrebbero potuto interferire - negativamente con il paziente. Si sono verificati 3 eventi di cui 1 EA e 2 NM. I due NM hanno riguardato pazienti gestiti nell'area cardiologica mentre l'unico EA, verificatosi in Rianimazione, è stato trattato come evento cumulativo avendo interessato più pazienti; l'evento è stato ritenuto meritevole di segnalazione in quanto alcuni SNG, mostrando una scarsa manovrabilità, hanno determinato danni non gravi ai pazienti. Per questo motivo è stata fatta segnalazione al Ministero della salute come da indicazioni secondo procedura aziendale. A seguito di questo evento è stato svolto un Audit di esito con la rappresentanza commerciale dell'Azienda che ha raccolto e trasmesso l>alert alla casa produttrice.

Eventi nell'Area materno infantile

Gli eventi segnalati sono aumentati rispetto all'anno precedente: n. 7 eventi rispetto ai 3 dell'anno precedente e hanno riguardato soprattutto aspetti organizzativi. Benché non vi siano stati esiti sfavorevoli per pazienti e neonati, sono stati gestiti casi di infezione verificatisi in reparto che hanno resa necessaria un'indagine epidemiologica e un consistente approfondimento degli aspetti igienico-sanitari adottati nelle modalità di lavoro per evidenziare e correggere comportamenti e prassi non corrette. L'approfondimento mediante audit con il CRRC ha consentito di apportare le modifiche necessarie e monitorare le misure di miglioramento individuate.

Le occasioni di discussione hanno consentito anche una modifica dei processi organizzativi in aree critiche come la Sala Parto.

STRUTTURA	Near-Miss	Evento Avverso	Evento Sentinella	Totale
SAN FILIPPO NERI	3	4	-	7
Totale	3	4	0	7

Eventi connessi alla sicurezza/sorveglianza del paziente

Gli eventi avvenuti riguardano principalmente l'allontanamento del paziente in *setting* assistenziali quali Pronto Soccorso o Comunità. Non si sono registrati danni seri ai pazienti - n. 3 NM e 2 EA - e l'evento accaduto ha consentito di valutare l'opportunità di adozione di misure ulteriori per rafforzare la presa in carico. Occorre comunque precisare che, date le caratteristiche di alcuni pazienti e stante l'impossibilità di mettere in atto misure troppo restrittive che rischierebbero di innescare un controproducente effetto antiterapeutico, le misure da adottare risultano essere quelle dell'aumentato livello di vigilanza e di comunicazione modulato su ogni singola situazione.

Eventi connessi alla prescrizione e somministrazione della terapia

Come noto gli errori che avvengono durante la prescrizione/somministrazione della terapia sono descritti in letteratura come i più frequenti ma la loro rilevanza nella nostra ASL negli ultimi 8 anni può essere considerata trascurabile; ciò grazie anche all'adozione di un sistema di prescrizione e somministrazione informatizzata del farmaco, implementato già dal 2019, che ha ulteriormente rafforzato la sicurezza in questo ambito contribuendo a ridurre ulteriormente il fenomeno facendo registrare lo scorso anno solo tre *near-miss*, tutti avvenuti in aree assistenziali che non prevedono l'utilizzo del software per la prescrizione e somministrazione del farmaco.

Eventi nell'Area dell'Emergenza /Urgenza

L'area dell'emergenza è riconosciuta da sempre come particolarmente critica per le diverse tipologie di eventi che vi si possono verificare; l'accesso di pazienti con patologie sconosciute e tempo dipendenti esigono diagnosi accurate e rapide. La corretta identificazione delle condizioni

più a rischio e l'accesso veloce alla diagnostica rappresentano, insieme alla capacità di effettuare una buona diagnosi differenziale, elementi capaci di condizionare l'esito della prestazione nell'uno o nell'altro senso. Nel 2023 in un Pronto Soccorso della ASL Roma1 si sono verificati 2 eventi sentinella su due pazienti giunti in condizioni critiche a seguito dei quali, per uno di essi, è stato effettuato un audit con individuazione di misure di miglioramento.

Altri eventi che purtroppo accadono sovente nelle Aree dell'emergenza sono correlati ai cosiddetti *frequent user* che accedono, senza un reale motivo clinico, spesso in stato di alterazione tale da dover essere gestiti dalle forze dell'ordine e che, come riflesso negativo sull'assistenza, determinano un rallentamento se non addirittura un'interruzione del servizio a discapito degli altri pazienti. L'aggressività agita nei confronti di operatori, apparecchiature, oggetti e arredi presenti nell'area di Pronto Soccorso, come già detto viene sempre segnalata. Per il futuro occorrerà vigilare maggiormente su altri due aspetti: il primo riguardante l'accesso in PS di parenti/congiunti del paziente che potrebbero, involontariamente, contribuire ad abbassare il livello di sicurezza dell'assistenza prestata dagli operatori; il secondo riguarda la presa in carico del paziente critico con monitoraggio dei tempi di accesso alla diagnostica strumentale, talvolta determinante per stabilire l'area di competenza per ricovero e trattamento.

4. Conclusioni

Rispetto all'anno precedente il 2023 vede un aumento dell'invio degli *Incident Reporting* del 33% e se da un lato questo potrebbe essere ottimisticamente interpretato come miglioramento graduale ma costante della cultura della sicurezza, dall'altro versante occorre riflettere in maniera efficace sugli eventi che hanno avuto un maggior incremento: le cadute e le aggressioni al personale sanitario. Dato positivo è la lieve diminuzione del numero degli eventi più gravi che rappresentano lo 0,6% di tutti gli eventi segnalati, in diminuzione quindi rispetto al 1,1% dell'anno precedente.

Le valutazioni che possono essere fatte sulla base dei dati presentati e le proposte che possono essere messe in campo per una migliore gestione degli eventi futuri riguardano essenzialmente alcuni aspetti già ripresi e trattati nelle relazioni degli anni passati e che si possono riassumere sinteticamente nei seguenti punti:

1. Completamento della formazione dei Facilitatori per il Rischio Clinico per l'ambito territoriale.
2. Dare maggior impulso, come peraltro richiesto dal CRRC, all'implementazione dei piani di miglioramento verificando la reale attuazione delle azioni proposte a seguito di audit rendicontando sul portale Regionale SIRES.
3. Giungere ad una progressiva riduzione del numero di cadute avvenute in ambito di ricovero attraverso:
 - a) delibera di attuazione del Nucleo Aziendale Valutazione cadute, conosciuto come NAVaC, al fine di dare maggior continuità alla comprensione del fenomeno con un approccio multidisciplinare;
 - b) acquisizione e introduzione di strumenti/tecnologie ad uso assistenziale e di ausilio;
 - b) maggior impegno di risorse per garantire assistenza migliore e invertire l'attuale trend infortunistico e di spesa per risarcimenti.
 - c) revisione dell'attuale Piano Aziendale per la prevenzione delle cadute.

4. Integrazione in tutti i DVR della valutazione del Rischio Aggressione in ciascuna struttura Aziendale. Oltre a ciò, con la consapevolezza che per contrastare efficacemente questi eventi occorra adottare una strategia organizzativa che preveda anche specifica formazione sulla tematica, dovrà essere data maggior attuazione ai corsi formativi, coinvolgendo tutti gli operatori, nonché attuare protocolli condivisi con le Forze dell'ordine in ottemperanza all'art. 9 della L.113/20.
5. Garantire una maggiore informazione, conoscenza e diffusione delle procedure aziendali mediante restituzione di un feedback relativamente alla discussione e distribuzione in UO delle procedure emanate e pubblicate;
6. Ulteriore implementazione di nuove funzionalità nel nuovo portale SGSL (Sistema di Gestione Sicurezza dei Lavoratori) per integrare in modo ottimale gli aspetti connessi a segnalazione degli eventi, gestione degli audit, applicazione delle misure di miglioramento e richiamo a procedure aziendali, offerta formativa e monitoraggio dei corsi di formazione ai sensi dell'art. 36 e 37 del D.lsg 81/08.
7. Avvio della piattaforma informatica per la gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza

È ferma convinzione che tutte le azioni descritte, se svolte in modo organico, continuo e sinergico con le Direzioni di Presidio, ma anche con le altre Aree Aziendali strategicamente coinvolte nella gestione del patrimonio, delle strutture e delle apparecchiature e attrezzature, non potranno che condurre a livelli di sicurezza sempre più elevati, a beneficio di tutti.