

# **Relazione annuale sugli eventi dannosi per il paziente avvenuti nel 2022**

**(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***

***Dott. Aldebrando Bossi***

## 1. Premessa

Ai fini della presente relazione, sono stati presi in considerazione tutti gli eventi segnalati alla UOC Sicurezza Qualità e Risk Management nel 2022 mediante le schede di "Incident Reporting" includendo anche gli eventi di cui si è venuti a conoscenza a seguito di richiesta di risarcimento.

Nel 2022 gli eventi segnalati sono complessivamente 258 e sono così ripartiti:

- 182 near-miss (N.M.);
- 73 eventi avversi (E.A.);
- 3 eventi sentinella (E.S.).

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

Evento	NM	EA	ES	TOT
Cadute del paziente	130	63	1	194
Aggressione ad operatore ( <i>tutte, comprese aggressioni verbali e contro oggetti</i> )	45	7	--	52
Eventi da utilizzo di presidi e tecnologie su paziente	3	2	--	5
Eventi nell'area del Farmaco	2	--	--	2
Eventi nell'area della sicurezza/sorveglianza del paziente	--	--	1	1
Eventi nell'area Ostetrico Ginecologica/neonatologia	2	1	--	3
Eventi collegati a ritardo nell'accesso alla diagnostica	--	--	1	1
<b>Totale</b>	<b>182</b>	<b>73</b>	<b>3</b>	<b>258</b>

Nel 2022 il numero delle segnalazioni complessive diminuisce di circa il 17% rispetto all'anno precedente: n. 258 eventi segnalati a fronte dei 310 del 2021 e si riduce anche il numero degli Eventi Sentinella con solo 3 eventi a fronte dei 5 casi del 2021. Si registra anche una diminuzione del 58% di Eventi Avversi che hanno come conseguenza per il paziente un danno "lieve" o "moderato": n. 73 a fronte dei 172 del 2021 e aumenta del 37,5% la quota di *near-miss* (evento intercettato o nessun danno riportato dal paziente): n. 182 del 2022 rispetto ai 133 casi del 2021.

Gli eventi segnalati con più frequenza sono le cadute: 75,2% di tutte le schede inviate, seguiti dalle aggressioni ad operatore che aumentano del 32% rispetto al 2021, riducendosi però nel numero totale di Eventi Avversi occorsi (n. 7) a fronte di un aumento di quelli in cui non vi sono state conseguenze (n. 45).

A differenza dello scorso anno, la ripresa delle attività è stata pressoché completa non essendovi state riduzioni dei volumi assistenziali dovuti a misure restrittive per via del COVID.

Ogni evento segnalato, se ritenuto meritevole di approfondimento, è stato analizzato mediante la tecnica dell'audit GRC, in relazione allo specifico contesto nel quale si è verificato e tenendo conto anche dell'ambito organizzativo e valutando la rilevanza degli aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi che potrebbero averne favorito il 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.

La quotidianità ci insegna che i percorsi assistenziali, per quanto disegnati sicuri e mantenuti tali dall'esperienza e competenza di chi vi opera, anche grazie all'applicazione delle buone prassi, possono 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 vi hanno contribuito, 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;
- 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 l'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.
- Monitoraggio degli infortuni sul lavoro.

### 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

#### Cadute

Nel 2022 sono state segnalate complessivamente n. 194 cadute di pazienti, utenti o visitatori; l'evento mostra, sul totale di quelli segnalati, una riduzione del 23% rispetto all'anno precedente.

Nel 2022 si è verificato un solo E.S., esattamente come l'anno precedente.

N. 171 cadute, circa l'88%, sono avvenute 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 2022 il n. di ricoveri è stato superiore rispetto al 2021 di circa 1.300 unità la complessiva diminuzione del n. di cadute è un dato piuttosto rassicurante circa la bontà e l'efficacia degli interventi di pro-azione messi in atto per limitare la numerosità e gravità degli esiti sul paziente.

L'attuale sistema di segnalazione delle cadute fornisce una stima attendibile sulla reale dimensione del fenomeno, essendo possibile rilevare un'aumentata tendenza a segnalare tutti gli eventi di cui gli operatori sono stati testimoni; ciò fornisce ulteriore conferma circa la facilità d'uso della nuova modalità di segnalazione dell'evento caduta mediante invio del PDF editabile; si riscontrano ancora alcune difformità nell'invio, preferendo formati quali JPEG.

Quasi tutti i casi che approdano al CAVS sono sinistri relativi a una caduta che è già stata segnalata in precedenza; 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 83% dei casi il paziente caduto era stato valutato mediante la "Scheda di Valutazione Multidimensionale" così come indicato dalla procedura aziendale, ma occorre precisare che la SVM non rappresenta uno strumento predittivo o protettivo nel determinismo di tutte le cadute.

Nel corso del 2022 hanno subito una caduta 175 pazienti, 16 utenti e 3 visitatori; suddividendo per sesso n. 107 uomini e n. 87 donne. La suddivisione per Presidio è riportata nella tabella sottostante.

Struttura	E.S.	E.A.	N.M	TOTALE
P.O. S. Filippo Neri	--	31	83	114
P.O. S. Spirito	1	18	34	53
Ospedale Oftalmico	--	2	2	4
Nuovo Regina Margherita	--	1	1	2
Territorio*	--	11	10	21
Totale	1	63	130	194

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

Gli ambienti nei quali avvengono più frequentemente le cadute dei pazienti sono ancora i reparti ospedalieri, sotto rappresentati 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.

Negli eventi più gravi, gli Eventi Sentinella, sono stati inclusi i casi il cui esito è stato classificato “severo” o “morte”; negli Eventi Avversi sono stati considerati i casi il cui esito poteva essere definito “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	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
<b>AREA MEDICA</b>				
medicina	27	7	--	34
neurologia	12	3	--	15
cardiologia	2	2	--	4
pneumologia	3	1	--	4
altre	5	9	--	14
<b>AREA CHIRURGICA</b>				
chirurgia d'urgenza	2	--	--	2
chirurgia vascolare	3	1	--	4
neurochirurgia	4	3	--	7
chirurgia	2	--	--	2
ortopedia	3	2	--	5
urologia	3	--	--	3
orl	1	--	--	1
<b>AREA EMERGENZA</b>				
pronto soccorso	11	1	--	12
medicina d'urgenza	2	2	--	4
medicina fast	3	--	--	3
<b>TOTALE</b>	<b>83</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>114</b>

P.O. Santo Spirito	Senza danno/near miss	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
<b>AREA MEDICA</b>				
medicina	12	6	--	18
cardiologia	7	1	--	8
spdc	4	1	--	5
<b>AREA CHIRURGICA</b>				
chirurgia	1	1	--	2
ortopedia	1	1	--	2
<b>AREA EMERGENZA</b>				
pronto soccorso	3	4	1	8
breve osservazione	6	4	--	10
<b>TOTALE</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>53</b>

P.O. Oftalmico	Senza danno/near miss	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
Pronto Soccorso	1	1	--	2
Oftalmologia chirurgica		1	--	1
Retina medica	1	--	--	1
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Presidi Territoriali	Senza danno/near miss	Lieve/moderato	Severo o morte	Totale
NRM	1	1	--	2
Territorio*	10	11	--	21
Totale	11	12	0	23

\*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.

Nelle tabelle che seguono sono riportati i luoghi dove la caduta del paziente, del visitatore o dell'utente avviene con maggior frequenza.

Luogo	N. Cadute*
Stanza di degenza	132
Bagno della stanza di degenza	19
Pronto Soccorso e spazi limitrofi ad esso collegati, comprese sale visita	7
Corridoio del reparto di degenza	5
Bagno (destinato a utenza)	4
Ambulatorio	3
Sala comune (o di attesa)	1
Altri luoghi**	23
Totale	194

\*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	58
Perdita Equilibrio	42
Cedimento arti inferiori	36
Inciampo	23
Dal letto/barella, con spondine	15
Capogiro/Svenimento	12
Dal letto/barella, senza spondine	4
Altre modalità	4
TOTALE	194

Per una classificazione che risultasse utile a finalizzare le azioni correttive, tutti gli eventi segnalati sono stati classificati anche in base alla dinamica della caduta e al ruolo svolto dai 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 76% dei casi totali segnalati.

Le condizioni strutturali, invece, hanno influito in maniera diretta solo in un caso, 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 coinvolti nel 24%, percentuale nettamente inferiore rispetto al dato dello scorso anno corrispondente al 43%. 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 importanza numerica.

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, come ricordato dalla nota del 9 giugno 2015 del Ministero della Salute, costituisce un evento di particolare gravità in quanto mette in evidenza possibili carenze organizzative e spesso è indicatore di un'insufficiente consapevolezza, da parte dell'organizzazione, del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie.

La Legge 113/2020 contiene importanti novità come la previsione di Protocolli operativi con le forze di Polizia per garantire interventi tempestivi, l'istituzione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", allo scopo di sensibilizzare la cittadinanza ad una cultura che condanni ogni forma di violenza, l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza adibito al monitoraggio degli episodi violenti e all'attuazione delle misure preventive e repressive dei comportamenti illegittimi, nonché aggravii di pene per chi commette violenze contro gli operatori sanitari. In caso di lesioni o percosse è prevista la procedibilità d'ufficio.

Dalla tabella che segue si può vedere come nel periodo di *lockdown*, la diminuzione degli accessi per ricoveri e prestazioni ambulatoriali abbia contribuito anche alla riduzione del numero di segnalazioni per aggressione. I 52 eventi segnalati nel 2022 mostrano una riduzione di circa due terzi degli eventi con esito più gravi come gli eventi avversi e sentinella.

Anno	Near Miss	Evento Sentinella	Evento avverso	Totale
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

Ribadita più volte l'importanza di segnalare tutti gli eventi e invitando a denunciare alle FF.OO. tutti gli episodi di cui si è stati vittima, fornendo sostegno e supporto in un percorso articolato di recupero della fiducia in sé stessi, rimane da affrontare ancora l'aspetto riguardante la tempestività delle azioni risposte fornite dall'organizzazione a risoluzione delle criticità non sempre in linea con quanto richiesto dagli operatori.

È fondamentale proseguire nel lavoro di risoluzione delle problematiche strutturali ancora non completamente risolte e in una migliore comprensione dei fattori organizzativi e di comunicazione maggiormente capaci di determinare il fenomeno nel suo complesso.

Rappresenta un fatto positivo la riduzione del n. degli eventi potenzialmente più preoccupanti e l'assenza di segnalazioni di ES; 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	18	2	--	20
UU.00. Degenza San Filippo Neri	11	--	--	11
Distretti Sanitari	8	1	--	9
CSM del territorio	5	--	--	5
SPDC San Filippo Neri	2	--	--	2
UU.00. Degenza Santo Spirito	1	--	--	1
SPDC S. Spirito	--	3	--	3
P.S. Santo Spirito	--	1	--	1
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>52</b>

Il maggior numero di segnalazioni si registra nel Pronto Soccorso del SFN e nelle UU.00. di degenza dello stesso Presidio, a seguire poi servizi 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 si 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 2022 - 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.

L'evento formativo ha riscosso un elevato livello di gradimento da parte degli operatori che hanno partecipato nella totalità e che hanno identificato le aree su cui intervenire per attivare un'azione preventiva.

L'esperienza sarà ripetuta nel 2023 per gli operatori del DEA del P.O. Santo Spirito.

### Eventi determinati da utilizzo di tecnologie sanitarie

---

In questo ambito sono stati raggruppati tutti gli eventi segnalati a seguito di un non adeguato utilizzo/funzionamento di presidi o apparecchiature a contenuto tecnologico, che hanno o avrebbero potuto interferire negativamente con il paziente. Rispetto allo scorso anno gli eventi hanno subito una lieve riduzione per un totale di n. 5 eventi di cui 2 EA e 3 NM.

Gli eventi hanno riguardato pazienti con dispositivi impiantati che sono stati richiamati per la loro sostituzione a seguito di *alert* dell'azienda produttrice;

I due eventi avversi hanno riguardato la rottura di alcuni device durante l'utilizzo, motivo per il quale è stata fatta segnalazione al Ministero della salute come da indicazioni Ministeriali e da procedura aziendale.

Dopo aver valutata come adeguata la prassi degli operatori e, in assenza di esiti gravi sui pazienti, si è ritenuto opportuno non effettuare audit GRC.

### Eventi nell'Area materno infantile

---

Gli eventi segnalati hanno riguardato soprattutto aspetti organizzativi e benché non vi siano stati esiti sfavorevoli per le pazienti e il nascituro, si è ritenuto opportuno approfondire gli aspetti connessi al lavoro in team per correggerli ed evitare eventi analoghi in momenti successivi.

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

STRUTTURA	Near Miss	Evento Avverso	Evento Sentinella	Totale
SAN FILIPPO NERI	2	1	-	3
<b>Totale</b>	1	1	0	3

### Eventi connessi alla prescrizione e somministrazione della terapia

---

Gli errori che avvengono durante la prescrizione/somministrazione della terapia sono descritti in letteratura come i più frequenti ma la loro rilevanza negli ultimi 7 anni, all'interno della nostra ASL, può essere considerata trascurabile; ciò grazie anche all'adozione di un sistema di prescrizione e somministrazione informatizzata del farmaco, implementata già dal 2019, che ha ulteriormente rafforzato la sicurezza in questo ambito contribuendo a ridurre ulteriormente il fenomeno facendo registrare lo scorso anno solo un Near Miss.

### Eventi nell'Area dell'Emergenza /Urgenza

---

L'area dell'emergenza è riconosciuta come particolarmente critica per le diverse tipologie di eventi che vi si verificano; nel 2022 gli eventi più frequenti hanno riguardato pazienti in stato di agitazione da assunzione di alcool o sostanze psicotrope, con conseguente aggressività nei confronti di operatori, apparecchiature, oggetti e arredi presenti nell'area di Pronto Soccorso, di questi eventi tuttavia si è già discusso nelle precedenti sezioni. Per il futuro occorrerà vigilare maggiormente su due altri 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 2022 vede una riduzione del 17% dei casi segnalati. Interpretiamo questo dato in maniera positiva perché concretizza di fatto un miglioramento graduale ma costante della cultura della sicurezza; l'aspetto legato alla trasparenza e al coinvolgimento di tutta l'equipe nella segnalazione degli eventi avversi è un ulteriore fattore che favorisce e influisce positivamente a migliorare il clima organizzativo nelle UU.OO. Ne è riprova la riduzione del numero di eventi maggiormente preoccupanti, gli eventi sentinella, che si riducono al 1,1% - rispetto al 1,6% del 2021 - di tutti gli eventi segnalati.

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. Prosecuzione della formazione dei Facilitatori per il Rischio Clinico già individuati a seguito di mappatura aziendale in tutte le UUOO dei Presidi Ospedalieri, Presidi Territoriali e DSM.
2. Dare maggior efficacia ai piani di miglioramento verificando l'attuazione delle azioni migliorative a seguito di audit a sostegno e rafforzamento del processo assistenziale aziendale.
3. Giungere ad una progressiva riduzione del n. di cadute avvenute in ambito di ricovero attraverso:
  - a) 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 che coinvolga tutti gli operatori nonchè 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
6. Implementazione del 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.

E' 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.