CRAVERI · OGGERO
CASA PER ANZIANI

CASA PER ANZIANI "Mons. Craveri – Oggero" E.T.S.
Via Dell'Annunziata n.° 22 – 12045 FOSSANO (CN)
Tel. e Fax 0172 – 61380; e – mail: info@casacraveri.it
Codice Fiscale: 92003250047

Mappatura del Rischio Clinico, sulla gestione degli eventi avversi, e relazione inerente i risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, ai sensi della legge 08 marzo 2017, n.° 24 e s.m.i.

Origine dell'Ente

L'I.P.A.B. (Istituto di Pubblica Assistenza e Beneficienza) Casa per Anziani Monsignor Craveri sorse con la denominazione di "Ospedale dei Cronici" (Brevetto reale 25/06/1836), e quindi con R.D. 16/09/1896 venne approvato, in esecuzione della legge 17 luglio 1890, n.° 6972, lo Statuto Organico. Con Decreto del Presidente della Repubblica, in data 11 aprile 1970, l'I.P.A.B. Ospedale dei Cronici di Fossano assunse la denominazione di "Casa per anziani Mons. Craveri". Con Deliberazione 19 giugno 1984, n.° 81 - 35201, la Giunta Regionale accolse l'istanza di fusione delle I.P.A.B. Casa per Anziani Mons. Craveri e Opera Pia Oggero Brunetti, che avevano finalità analoghe, individuando la nuova denominazione dell'Ente in "Casa per Anziani Monsignor Craveri - Oggero". Con determinazioni n.° 426 e n.° 3, rispettivamente in data 16 dicembre 2004 e 11 gennaio 2005, la Regione Piemonte ha riconosciuto la personalità giuridica di diritto privato dell'Ente con approvazione dello Statuto. Lo Statuto ha poi subito parziali modifiche, per essere pienamente alla natura di Ente non lucrativo, recepite ed autorizzate dalla Regione Piemonte con Determinazione della "Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia" 28 maggio 2013, n.° 74. Il 15 dicembre 2022 l'Ente ha ottenuto l'iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (R.U.N.T.S.).

La Casa per Anziani Mons. Craveri – Oggero è una R.S.A., regolarmente autorizzata ed accreditata dalla Regione Piemonte per n.° 128 posti letto al 31/12/2025 così suddivisi:

- 47 posti letto R.S.A.;
- 15 posti letto N.D.C. (Nucleo Declino Cognitivo)
- 66 posti letto R.A. / R.A.A.

Al 31 dicembre 2025 l'Ente ospitava nel complesso n.° 127 degenti, con un'età media di 85 anni e 05 mesi. Il tasso di occupazione dei posti letto nel 2025 è stato del 95,64%,

in miglioramento rispetto all'anno 2024 (94,46%). Gli accessi in Pronto soccorso nel 2025 sono stati 38 e i ricoveri 20. Nel corso del 2025 i decessi sono stati 32.

In generale, la sicurezza delle cure è un tema di interesse comune a tutte le organizzazioni sanitarie in quanto:

- Interessa tutte le professioni e tutti i livelli di responsabilità: penale, civile, amministrativa;
- Interessa la condotta degli operatori e l'organizzazione della struttura sanitaria.

Purtroppo, l'errore è inevitabile in una struttura sanitaria in quanto organizzazione complessa. In altre parole, è un sistema governato da persone, in quanto tale portato naturalmente all'errore.

In estrema sintesi, è possibile definire il rischio clinico come la probabilità che un paziente (generalmente definito ospite nell'ambito di una R.S.A.[1]) sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante la degenza, che causano un prolungamento della degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte. Questa definizione, di ordine generale, deve essere necessariamente calibrata sulla realtà di una R.S.A., anche alla luce del panorama normativo in essere della Regione Piemonte.

E' bene allora precisare che:

- L'assistenza medica dei ricoverati (ospiti) di una Residenza Sanitaria Assistenziale in Piemonte è in capo ai medici di medicina generale. Al Direttore Sanitario, che deve essere necessariamente un medico, compete la supervisione ed il coordinamento dei servizi a rilevanza sanitaria erogati nell'ambito della struttura;
- Una Residenza Sanitaria Assistenziale, lo dice il nome stesso, eroga prestazioni a carattere residenziale. Non è applicabile la definizione di rischio clinico intesa come rischio di prolungamento della degenza. In linea di principio, una R.S.A. gestisce la cronicità, non è una casa di cura.

[1] Nel presente documento si utilizzano, indifferentemente, le parole "degente", "ospite", "paziente". E' vero che, in linea generale, gli utenti delle R.S.A. o comunque di Strutture Socio – Sanitarie sono definiti "ospiti". Tuttavia, il crescente carico di complessità sanitaria delle persone che risiedono in R.S.A., anche dovuto all'età media elevata (85 anni e 05 mesi al 31/12/2025), fa sì che i termini "paziente" e "degente" siano appropriati.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, per il nostro Ente, Residenza Sanitaria Assistenziale, mappare il rischio clinico ed occuparsi di rischio clinico significa avere l'obbiettivo di rendere più sicuro il sistema di assistenza e cura contenendo e se possibile governando la frequenza degli errori cercando di minimizzare il loro impatto su ospiti, operatori ed organizzazione.

E' in essere un sistema interno di segnalazione e degli errori malauguratamente accaduti e mancati, tutt'ora in fase di implementazione.

Il sistema in essere, si basa su:

- Analisi delle richieste di risarcimento (zero negli ultimi cinque anni);
- Risultati degli audit interni (ad esempio in occasione dei P.A.I.) e delle visite ispettive interne (controllo sistema qualità) ed esterne (organi di vigilanza dell'A.S.L. CN1, N.A.S., ecc…);
- Eventuali reclami scritti giunti alla Direzione (zero negli ultimi cinque anni);
- Monitoraggio di indicatori e scale di valutazione.

Con la "Legge 8 marzo 2017, n. 24", espressione della convergenza di varie istanze di riforma, è stata redatta la disciplina in materia di sicurezza delle cure di ogni paziente e di ciascuna persona assistita (in RSA come in altre tipologie di strutture assistenziali), nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Obiettivi della Legge sono rappresentati dalla riduzione, in tutti gli ambiti professionali, del costo, per il Sistema Sanitario, del ricorso alla "Medicina Difensiva", dal miglioramento degli standard di sicurezza negli ambiti assicurativo, civile e penale, degli esercenti l'attività sanitaria a tutti i livelli attraverso un modello di gestione dell'intera catena del rischio nonché dalla conseguente promozione della qualità dell'erogazione delle prestazioni a vantaggio dell'utenza.

Dunque la realizzazione di specifiche attività per la prevenzione e per la gestione del rischio sanitario (ormai universalmente definita come "Risk Management") insieme all'impiego corretto e appropriato di tutte le risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative di ciascuna Struttura Sanitaria o Sociosanitaria rappresentano gli interessi primari da perseguire, in quanto concorrenti alla certezza del rispetto dei principi di sicurezza delle cure.

0. Con "Rischio Clinico" si definisce l'eventualità che un assistito possa andare incontro ad un "danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie,

CASA PER ANZIANI "Mons. Craveri – Oggero" E.T.S.
Via Dell'Annunziata n.° 22 – 12045 FOSSANO (CN)
Tel. e Fax 0172 – 61380; e – mail: info@casacraveri.it
Codice Fiscale: 92003250047

che sia causa di un prolungamento del periodo di degenza, di un peggioramento delle condizioni di salute o della morte".

1. La gestione del rischio, è dunque "un processo articolato che comprende sia l'aspetto clinico che quello strategico-organizzativo" e "utilizza una serie di metodi, strumenti e azioni in grado di identificate, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare i livelli di sicurezza" nell'interesse tanto degli assistiti che degli operatori".

2. Indispensabile nell'analisi del concetto di Risk Management è la definizione dell'errore insieme ai possibili danni che ne possono derivare all'assistito: definizioni diffusamente accettate sono "un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate", ovvero "un'azione non sicura", o, ancora, "un'omissione", "con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo". Ancora, l'errore è un comportamento che può essere giudicato scorretto o inadeguato da professionisti e colleghi di riconosciuta esperienza e competenza, indipendentemente dalle conseguenze, negative o meno, dell'errore stesso. L'errore può dunque provocare un evento avverso, cioè un evento indesiderato che comporta un danno al processo assistenziale, l'evento avverso è quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso; inoltre l'evento avverso conseguente ad errore è definito "prevedibile".

3. Ai fini dell'identificazione delle misure di prevenzione da attuare è indispensabile l'analisi non solo degli errori e degli eventi avversi, ma anche quella dei "quasi eventi avversi", definiti "near miss", e degli "eventi sentinella".

4. L'utilizzo delle definizioni che seguono è indispensabile per una corretta gestione del rischio sanitario in RSA.

   a) Errore: fallimento nell'esecuzione o nella pianificazione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

   b) Errore in terapia: qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato da:

b1) Errore di prescrizione: riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la stesuradella prescrizione
b2) Errore di trascrizione/interpretazione: riguarda l'errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medica e/o delle abbreviazioni e/o della scrittura.
b3) Errore di allestimento/preparazione: avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (per esempio diluizione non corretta, mescolanza di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso.
b4) Errore di distribuzione: avviene nella fase di distribuzione del farmaco, dalla farmacia fino alla consegna da parte del coordinatore infermieristico ai nuclei/reparti .
b5) Errore di somministrazione: avviene nella fase di somministrazione della terapia, da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dall'ospite stesso.

c) Esito: modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati

d) Evento (Incident): accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario a un ospite.

e) Evento avverso: accadimento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno all'ospite, non intenzionale e indesiderato. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o meno; un evento avverso attribuibile ad errore è, per definizione, un "evento avverso prevenibile".

f) Evento avverso da farmaco: qualsiasi evento indesiderato che si verifica nel corso di una terapia farmacologica, per effetto dell'uso (o del mancato uso) di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Possono essere prevenibili (ovvero causati da un errore in terapia) o non prevenibili (avvengono nonostante l'uso appropriato e sono definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR o Adverse Drug Event).

g) Evento evitato (Near Miss): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso; tale evento non si verifica per pura casualità oppure

CASA PER ANZIANI "Mons. Craveri – Oggero" E.T.S.
Via Dell'Annunziata n.° 22 – 12045 FOSSANO (CN)
Tel. e Fax 0172 – 61380; e – mail: info@casacraveri.it
Codice Fiscale: 92003250047

perché intercettato in tempo, o perché non produce conseguenze avverse all'ospite per altri motivi (es. basso dosaggio o reazione avversa minima, non patologica o asintomatica).

h) Evento sentinella: 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 nell'opinione pubblica nei confronti della RSA o dello stesso Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte della direzione della RSA si renda opportuno provvedere ad un indagine immediata (per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito) ed all'adozione di adeguate e immediate misure correttive.

i) Infezioni Correlate all' Assistenza (I.C.A.): sono infezioni contratte dall'ospite durante il soggiorno in RSA (oppure nel corso di una degenza ospedaliera), causate da microrganismi trasmissibili (siano essi virus, batteri, funghi, protozoi).

j) Rischio (Risk): Condizione o evento potenziale, intrinseco od estrinseco al processo assistenziale, che può modificare l'esito atteso del processo. E' misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue. Nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.

k) Risk Management (gestione del rischio clinico): attività cliniche, assistenziali ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff infermieristico ed assistenziale e per i visitatori, oltre che i rischi di "perdita" (in termini economici o di credibilità) per l'organizzazione (nella fattispecie la nostra RSA).

Nell'ambito della Casa per Anziani Mons. Craveri – Oggero, le criticità di maggior rilievo evidenziate dall'équipe socio - sanitaria dell'Ente (Direttore Sanitario, Coordinatori, Psicologo Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Operatori Socio – Sanitari), sono:

- Rischio caduta (anche al di fuori della Struttura): gli Ospiti che mantengono una discreta autonomia nella deambulazione sono valutati dalla fisioterapista ricorrendo alla scala Tinetti. Si concorda con il M.M.G. la riattivazione ed un percorso di riabilitazione qualora possibile. La Struttura non ha barriere architettoniche ed è presente un corrimano in ogni locale. Gli Ospiti ricoverati nei nuclei R.S.A. possono uscire dalla Struttura accompagnati da persona di fiducia, gli Ospiti autosufficienti e/o parzialmente autosufficienti possono uscire in autonomia. Per quanto riguarda le uscite al di fuori della Struttura degli Ospiti inseriti nel nucleo N.D.C., queste debbono essere concordate e selezionate dalla Direzione Sanitaria. Le 66 persone ospitate nei reparti per autosufficienti, tutte deambulanti, presentano per definizione un rischio caduta più elevato, seguite dalle persone ricoverate nel Nucleo Declino Cognitivo, anch'esse in gran parte deambulanti. Nel corso dell'anno 2025 si sono verificate 41 cadute, delle quali 10 sono eventi recidivi (Ospiti caduti 2 o più volte nel corso dell'anno). In 6 casi si sono verificate fratture. Il numero relativamente elevato di cadute si spiega con il numero elevato di persone ospitate nei reparti R.A. / R.A.A. (66) e N.D.C. (15), per le quali, ovviamente, il declino fisico e le difficoltà nella deambulazione di norma si verificano in modo progressivo, e non è pensabile una loro mobilizzazione in carrozzina al primo evento di caduta.

- Errore nella somministrazione della terapia – farmacovigilanza – demedicalizzazione, gestione del dolore: la terapia è preparata dalle infermiere per tutti i ricoverati. In fasi di età avanzata il consumo di farmaci è spesso eccessivo e talora inutile. Con controllo mensile della terapia nei reparti R.S.A. e N.A.T. il Direttore Sanitario segnala casi di ipermedicalizzazione al M.M.G. con cui si concorda sospensione di farmaci non salvavita. Nei casi più gravi si tende a ridurre farmaci che non modificano la sopravvivenza. In particolare, per l'anno 2025 si elencano le categorie farmacologiche e il numero di Ospiti del Nucleo Declino Cognitivo che le stanno assumendo:

NEUROLETTICI TIPICI (Talofen Neuleptil Serenase): Pazienti n.° 7

NEUROLETTICI ATIPICI (Quetiapina Risperidone Olanzapina): Pazienti n.° 10

ANTIDEPRESSIVI (Trittico Duloxetina): Pazienti n.° 2

ACHE INIBITORI (Rivstigmina): Pazienti n.° 0

CASA PER ANZIANI "Mons. Craveri – Oggero" E.T.S.
Via Dell'Annunziata n.° 22 – 12045 FOSSANO (CN)
Tel. e Fax 0172 – 61380; e – mail: info@casacraveri.it
Codice Fiscale: 92003250047

ANTIEPILETTICI (Depakin Rivotril): Pazienti n.° 2

ANTISTAMINICI (Atarax): Pazienti n.° 0

BENZODIAZEPINE (Tavor Xanax): Pazienti n.° 2

IPNOINDUCENTI (Lendormin Felison 15 mg Minias): Pazienti n.° 0

I dosaggi globali sono mediamente bassi rispetto a linee guida. Il monitoraggio di situazioni algiche, specie in Ospiti neoplastici, è fatto ricorrendo alla scala unidimensionale Facies Pain Scale. La collaborazione tra personale di assistenza tutelare, infermiere e M.M.G. consente un approccio terapeutico efficace, pur considerando che in R.S.A. sono trattate patologie croniche. Laddove si è ritenuta necessaria la collaborazione con le Cure Palliative, questa è risultata proficua;

- Rischio di contrarre lesioni da pressione: la collaborazione tra la fisioterapista e le altre figure professionali coinvolte nella gestione della mobilizzazione, anche minima, dell'Ospite allettato, ha drasticamente ridotto l'insorgenza di decubiti nel corso degli anni. In particolare, nel corso del 2025 si sono verificate 19 lesioni da decubito, 13 delle quali trattate con successo. In 6 casi le lesioni sono ancora in corso di trattamento. Per quanto riguarda il rischio da lesioni da pressione per sfregamento con le sponde del letto, l'Ente è dotato di adeguati para – sponde per ridurre al minimo il rischio di lesioni;

- Rischio di contrarre delle infezioni (legionella e clostridium in particolare): l'Ente ha un impianto anti - legionella di trattamento dell'acqua ed effettua analisi di controllo su campioni dell'acqua in 3 punti diversi 2 volte l'anno. Il personale è formato ed istruito alla procedura di isolamento da porre in essere a protezione di tutti gli Ospiti, ed è in ogni caso presente la figura del Direttore Sanitario;

- Rischi correlati all'allontanamento incontrollato di ospiti: i nuclei R.S.A. ed in particolare il N.D.C., sono dotati di idonei strumenti (telecamere, accesso / uscita dal nucleo tramite tessere magnetiche, codici di accesso, pulsanti di sblocco) per scongiurare il rischio di allontanamento incontrollato. Il perimetro della Struttura è monitorato con telecamere a circuito chiuso. Inoltre, è attivo un servizio di portierato 7 giorni su 7. Le porte automatiche per l'ingresso in Struttura sono tenute chiuse. Possono essere aperte solo tramite apposito telecomando in dotazione al personale addetto alla portineria, all'infermeria ed

all'amministrazione: tale procedura, oltre a realizzare il dovuto controllo degli accessi da parte di parenti / visitatori / fornitori, scongiura ulteriormente il rischio di allontanamento dalla Struttura. Inoltre, con periodicità settimanale, *l'équipe* sanitaria dell'Ente, effettua una valutazione sul grado di capacità di tutti i degenti, in particolare dei degenti ospitati nei nuclei per autosufficienti / parzialmente autosufficienti (R.A. / R.A.A.), di uscire in autonomia dalla Struttura, in stretta collaborazione con i famigliari. Nel corso del 2025 non si è verificato alcun allontanamento incontrollato.

- Disfagia, errori nella somministrazione degli alimenti opportuni, disidratazione. All'insorgere dei minimi segni clinici (es. tosse bevendo o assumendo cibi solidi) l'Ospite è valutato dalla logopedista in forza alla Struttura anche in fase precoce, collaborando con la cucina, la coordinatrice, il personale tutelare ed infermieristico. La logopedista effettua un ricontrollo periodico. Il risultato è stato nel corso degli anni una drastica riduzione delle polmoniti *ab ingestis*. Inoltre, per quanto riguarda anoressia e sarcopenia, si condividono con il M.M.G. potenziali cause organiche e/o psicologiche anche attraverso collaborazione con la psicologa. Il menù, articolato su 4 settimane e diversificato estate / inverno, è validato dal S.I.A.N., in casi particolari si interviene con integratori. Molta attenzione è inoltre dedicata dal personale di assistenza per invogliare l'anziano a bere. Nei casi in cui l'apporto idrico è scarso, le infermiere, in accordo con il M.M.G. provvedono ad implementare liquidi attraverso le vie endovenose o in taluni casi con ipodermoclisi. Estrema attenzione è dedicata alle iperpiressie, diarree, periodi di calore in cui il consumo di fleboclisi è conseguentemente elevato. L'outcome individuato negli accessi in pronto soccorso a causa di disidratazione ha evidenziato risultati molto soddisfacenti. In particolare, nel corso dell'anno 2025, il numero di pazienti che hanno manifestato polmoniti *ab ingestis* è stato pari a 3 che hanno richiesto il ricovero. Si sono così evidenziati tangibili benefici in termini di riduzione della mortalità, accessi evitabili in pronto soccorso e quindi contenimento globale della spesa sanitaria. Nel corso dell'anno 2025 gli Ospiti della Casa per Anziani Mons. Craveri – Oggero valutati per disfagia sono stati 44, di cui 22 nei reparti R.S.A., 10 nel N.D.C., 9 in R.A.F., 4 fra gli autosufficienti: tutti sono stati sottoposti a valutazione logopedica e sono state fornite indicazioni agli Ospiti stessi (qualora possibile), al personale infermieristico ed al personale O.S.S. riguardanti il rispetto delle norme di alimentazione, posture e comportamenti da assumere durante il pasto, consistenza degli alimenti. Successivamente alla valutazione nessuno di questi Ospiti ha presentato polmonite *ab ingestis*. I dati epidemiologici riportati in letteratura riferiscono che un numero tra il 40 e il 60

CASA PER ANZIANI "Mons. Craveri – Oggero" E.T.S.
Via Dell'Annunziata n.° 22 – 12045 FOSSANO (CN)
Tel. e Fax 0172 – 61380; e – mail: info@casacraveri.it
Codice Fiscale: 92003250047

per cento degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali soffre di problemi connessi alla deglutizione. Uno studio ha evidenziato che il 37% dei soggetti con disfagia sviluppa polmonite ed il 38% decede per infezione tracheobronchiale se non sono attuati interventi di prevenzione e trattamento[2].

- Errori nella gestione ed utilizzo dei "Presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti"[3]: L'Ente è dotato di idonei protocolli. Tutte i presidi di sicurezza sono firmati dal M.M.G. e/o dal Direttore Sanitario (procedura validata dalla commissione di vigilanza dell'Asl CN1). L'utilizzo degli stessi è sottoposto a periodica rivalutazione.

- Aggressività tra ospiti e/o autolesionismo, turbe comportamentali: valutazione psico – organica, compreso ricorso a testistica su cognitività ed affettività, per prevenire il più possibile delirium. Per le sindromi depressive, valutazione testistica (GDS) e successivo monitoraggio effetti della terapia. L'Ente ha in organico 2 educatrici a tempo pieno e laureate. La psicologa, in collaborazione con tutte l'équipe socio – sanitaria e con il M.M.G. svolge interventi finalizzati alla valutazione dello stato dell'umore dell'anziano ai fini di effettuare una diagnosi precoce dei disturbi timici, in particolare depressivi. Effettua interventi di counseling psicogeriatrico e di sostegno psicologico con famigliari caregiver che si trovino in condizioni di *burn - out* per il sovraccarico assistenziale a domicilio nella fase iniziale dell'ingresso, ed in generale nei confronti di familiari che nel corso del tempo e della permanenza in Struttura, presentino stati ansiosi per la cura ed il benessere psicofisico del proprio caro. L'intervento è orientato non solo a migliorare la salute psicologica del famigliare in difficoltà, ma anche a salvaguardare la qualità di vita dell'anziano, poiché contribuisce a ridurre da parte dei famigliari le richieste di accanimenti terapeutici nei riguardi del loro caro.

- Ospiti indementiti che mangiano / ingoiano / utilizzano oggetti inappropriati: l'ambiente del N.D.C., dedicato e strutturato specificamente per gestire anziani gravemente disorientati, è progettato e strutturato per essere un ausilio protesico,

[2] MALAGELADA J., BAZZOLI F., AA.VV.., *Disphagia, Global guidelines & cascades,* World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2014; SURA L., MADHAVAN A., AA.VV., *Dysphagia in the elderly: management and nutritional consideration,* Clin Interv Aging 2012;7:287-98; MARTINO R., FOLEY N., AA.VV., *Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complication,* Stroke 2008;13:2756-63.
[3] Regione Piemonte, Determinazione Dirigenziale del 15/11/2022, n.° 2139/A1400 Sanità e Welfare, approvazione Linee di Indirizzo "In materia di utilizzo di presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti".

di modo da ridurre al massimo, tra gli altri, il rischio di ingestione di oggetti inappropriati.

- Malattie infettive: gli Operatori della Struttura si attengono a quanto riportato nel documento di prevenzione delle infezioni al fine di prevenire l'insorgenza e la diffusione delle stesse. A tale scopo in particolare vengono applicate le pratiche di buona tecnica infermieristica nell'approccio all'Ospite e nelle varie metodiche (es. cambio catetere, medicazione decubiti ecc.). Da segnalare inoltre a tale riguardo la fornitura di mascherine facciali FFP2. Sono stati altresì vaccinati con vaccino anti - influenzale n° 111 Ospiti. Tali cicli vaccinali (su consenso del soggetto interessato), sono stati effettuati dai MMG con il supporto logistico della Direzione Sanitaria e dello Staff Infermieristico della struttura.

In adempimento della legge n.° 24 del 2017, cit., art. 2 comma 5, si dà conto dei risarcimenti erogati a causa di negligenza degli operatori in forza a qualsiasi titolo (dipendenti, liberi professionisti, lavoratori in appalto, volontari) e che hanno originato un danno alla persona:

- Anno 2025 zero, totale giornate di presenza ospiti fatturate 44.718, fatturato € 3.490.790;
- Anno 2024 zero, totale giornate di presenza ospiti fatturate 44.255, fatturato € 3.453.498;
- Anno 2023 zero, totale giornate di presenza ospiti fatturate 43.171, fatturato € 3.195.637;
- Anno 2022 zero, totale giornate di presenza ospiti fatturate 42.642, fatturato € 3.095.644;
- Anno 2021 zero, totale giornate di presenza ospiti fatturate 38.068, fatturato € 2.636.775;

Inoltre, per completezza evidenziamo i seguenti dati:

1) Rapporto tra totale accessi in DEA e totale Degenti ospitati: 38 / 167 = 0,23
2) Rapporto tra ricoveri ospedalieri e totale Degenti ospitati: 20 / 167 = 0,12
3) Rapporto tra decessi e totale Degenti ospitati: 32 / 167 = 0,19
4) Rapporto tra totale eventi avversi schedati e totale Degenti ospitati: 159 / 167 = 0,95.

CASA PER ANZIANI "Mons. Craveri – Oggero" E.T.S.
Via Dell'Annunziata n.° 22 – 12045 FOSSANO (CN)
Tel. e Fax 0172 – 61380; e – mail: info@casacraveri.it
Codice Fiscale: 92003250047

L'Ente ha in essere idonea polizza Responsabilità Civile Generale stipulata con la "Generali Assicurazioni" (polizza n.° 450996503), integralmente pubblicata sul sito internet istituzionale www.casacraveri.it in apposita sezione agevolmente consultabile in pdf.

Fossano, lì 16 gennaio 2026

Il Direttore
GIODA dott. Davide

Il Direttore Sanitario
AIRALDI dott. Andrea