



## **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 Beneficenza) 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 31/12/2024 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 2024 l’Ente ospitava nel complesso n.° 120 degenti, con un’età media di 85 anni e 06 mesi. Il tasso di occupazione dei posti letto nel 2024 è stato del 94,46%,



in miglioramento rispetto all’anno 2023 (92,39%). Gli accessi in Pronto soccorso nel 2024 sono stati 41 e i ricoveri 21. Nel corso del 2024 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.<sup>1</sup>) 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.

---

<sup>1</sup> 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 06 mesi al 31/12/2024), 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’obiettivo 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.

Nell’ambito della Casa per Anziani Mons. Craveri – Oggero, le criticità di maggior rilievo evidenziate dall’equipe 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 deambolanti, presentano per definizione un rischio caduta più elevato, seguite dalle persone ricoverate nel Nucleo Declino Cognitivo, anch’esse in gran parte deambolanti. Nel corso dell’anno 2024 si sono verificate 74 cadute, delle quali circa 20 sono eventi recidivi (Ospiti caduti 2 o più volte nel corso dell’anno). In 8 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 mobilitazione in carrozzina al primo evento di caduta che si verifica.

- 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 2024 si elencano le categorie farmacologiche e il numero di Ospiti del Nucleo Declino Cognitivo che le stanno assumendo:

NEUROLETTICI TIPICI (Talofen Neuleptil Promazina Serenase):	Pazienti n.° 5
NEUROLETTICI ATIPICI (Quetiapina Risperidone Olanzapina):	Pazienti n.° 5
ANTIDEPRESSIVI (Trittico Elopram Sertralina):	Pazienti n.° 4
ACHE INIBITORI (Rivstigmina):	Pazienti n.° 0
ANTIPILETTICI (Depakin Rivotril):	Pazienti n.° 2
ANTISTAMINICI (Atarax):	Pazienti n.° 1
BENZODIAZEPINE (Tavor Xanax):	Pazienti n.° 3
IPNOINDUCENTI (Lendormin Felison 15 mg Minias):	Pazienti n.° 1

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 2024 si sono verificate 6 lesioni da decubito, tutte trattate con successo. Si sono inoltre verificate circa 10 lesioni da pressione derivanti da traumi autoindotti (sfregamenti, lacerazioni) con sponde del letto, carrozzina, mancorrenti, tutte trattate con successo. 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 2024 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 2024, il numero di pazienti che hanno manifestato polmoniti *ab ingestis* è stato pari a quattro, due casi hanno richiesto il ricovero, gli altri due sono stati terapizzati in Struttura, entrambi con completa *restitutio ad integrum*. 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 2024 gli Ospiti della Casa per Anziani Mons. Craveri – Oggero valutati per disfagia sono stati 57, di cui 35 nei reparti R.S.A., 10 nel N.D.C., 9 in R.A.F., 3 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 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<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> 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.



- Errori nella gestione ed utilizzo dei “Presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti”<sup>3</sup>: 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 familiare 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, 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

---

<sup>3</sup> 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”.



vaccinati con vaccino antiinfluenzale n° 108 Ospiti, con vaccino Anti Herpes Zoster n.° 15 Ospiti, contro la polmonite n.° 26 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 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;
- Anno 2020 zero, totale giornate di presenza ospiti fatturate 42.992, fatturato € 3.000.786;

L'Ente ha in essere idonea polizza Responsabilità Civile Generale stipulata con la “Generali Assicurazioni” (polizza n.° 400732244), integralmente pubblicata sul sito internet istituzionale [www.casacraveri.it](http://www.casacraveri.it) in apposita sezione agevolmente consultabile in pdf.

Fossano, li 19 gennaio 2025

Il Direttore  
GIODA dott. Davide



Il Direttore Sanitario  
AIRALDI dott. Andrea