

**Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale e**

**Governo Clinico: Medical Malpractice**

Sede legale: Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)

Sede operativa: Via Scapaccino, 47– 28865 Domodossola (VB)

Responsabile: prof. dott. Alberto Bellocco

Tel 0324/491415 e-mail: [alberto.bellocco@aslvco.it](mailto:alberto.bellocco@aslvco.it)

## **RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI ANNO 2025**

### **(Legge 8 marzo 2017 n. 24, ex art. 2 comma 5)**

- **Legge 8 marzo 2017 n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**
- **art. 1 comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall’art.2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 “le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*), per l’esercizio dei seguenti compiti: d-bis). Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria”.**
- **Circolare Regione Piemonte del 16 giugno 2017 (Prot. N. 13352): “Legge 8 marzo 2017, n. 24. Prime indicazioni attuative”**

### **Sommario**

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI ANNO 2025 .....	1
Sommario .....	1
EVENTI SENTINELLA .....	2
SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING .....	3
Eventi 2025 .....	4
<b>Cadute Accidentali</b> .....	4
<b>Altri eventi 2025</b> .....	16
<b>Reazioni Avverse a Farmaci e Vaccini</b> .....	16
<b>Violenza contro Operatori</b> .....	17
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2025 .....	19
ALTRE AZIONI DI MIGLIORAMENTO IN RIFERIMENTO ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI .....	21
ALTRI OBIETTIVI REGIONALI .....	25

L'ASL VCO è costituita da due Presidi Ospedalieri (Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania e Ospedale San Biagio di Domodossola) e da un Distretto territoriale.

L'Unità Gestione Rischio (UGR), istituita come da disposizione regionale secondo disposizioni della deliberazione del Direttore Generale n 90 del 12/02/2024 ASL VCO dato atto della nuova organizzazione aziendale del rischio clinico con affidamento di funzioni di Segreteria dell'Unità alla I.P." Gestione Integrale del Rischio Aziendale e Governo Clinico: Medical Malpractice" ., che si fa inoltre carico di una serie di processi tra cui la messa in atto delle attività previste dal Programma Regionale Rischio Clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO e, in particolare:

- La gestione degli eventi sentinella, eventi avversi/potenzialmente avversi (incluse cadute e atti di aggressione nei confronti degli operatori)
- La contestualizzazione e la verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali
- La collaborazione con gli operatori sanitari sulle tematiche riguardanti il rischio clinico (*Incident Reporting, Osservazione Diretta, Root Cause Analysis, Significant Event Audit*etc)
- La verifica del corretto utilizzo della *Check List* OMS in sala operatoria
- La verifica del corretto utilizzo della Scheda Unica di Terapia (STU)
- La verifica dell'utilizzo di procedure di contenzione quali "extrema ratio" nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Presso l'Azienda è presente la SOS UPRI ed il Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO), che ha un ruolo di riferimento e guida per tutte le attività di sorveglianza, controllo e prevenzione delle infezioni.

Nell'ambito delle Infezioni Correlate all'Assistenza tra le principali attività vengono segnalate:

- Misure di isolamento del paziente in ospedale
- Prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali
- Sorveglianza
- Formazione per il personale sanitario sul controllo delle infezioni
- Implementazione Linee Guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (es. verifica ed implementazione utilizzo gel a base alcolica per il lavaggio delle mani, utilizzo di poster per la diffusione dei contenuti delle linee guida)
- Monitoraggio di procedure dedicate quali, ad esempio, la procedura PO 25-UPRI 16 Procedura Accessi e Percorsi Interni ai Blocchi Operatori

### EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza dell'Azienda si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue quanto previsto dal Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III dal 2005 (revisione del 2009) "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella".

La procedura aziendale prevede che sia segnalato alla Unità Gestione Rischio (UGR) ogni evento sentinella verificatosi in Azienda ( le procedure aziendali dedicate alla gestione delle segnalazioni di eventi potenzialmente avversi e avversi e degli eventi sentinella nell' anno 2025 sono state sottoposte a revisione al fine di recepire la versione aggiornata del il " Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella degli eventi sentinella istituita dal Ministero della Salute

(luglio 2024) e trasmessa dalla Regione Piemonte ai Direttori generali delle ASR in data 08/08/2024).

#### **Procedure Aziendali ASL VCO pubblicata nel sito Intranet**

1. PO 52-UGRC 01 procedura per la gestione delle segnalazioni di eventi avversi e potenzialmente avversi (revisione anno 2025);
2. PO 52-UGRC 02 Segnalazione e gestione degli eventi sentinella (revisione anno 2025 in attesa di pubblicazione anno 2026 ).

Le informazioni relative agli eventi sentinella sono registrate sul portale Sistema Piemonte (disponibile al link: <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/835-simes-sistema-informativo> monitoraggio-errori-in-sanita).

La Regione Piemonte con Determinazione n. 699 del 07/08/2014 ha previsto anche la compilazione, a partire dal 1 ottobre 2014, della “Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione)” mediante la quale le ASR devono segnalare le azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi sentinella.

Per ogni evento sentinella, è condotta un’indagine approfondita per valutare le cause e i fattori contribuenti, sono quindi individuate ed attuate le azioni correttive necessarie e monitorati gli esiti nel tempo.

#### **Prevenzione degli Eventi Sentinella**

Data l’importanza della tematica, sono redatte e periodicamente revisionate, specifiche procedure aziendali che recepiscono e contestualizzano le Raccomandazioni Ministeriali. Ogni procedura è elaborata da gruppi di lavoro multidisciplinari e multispecialistici, condivisa con tutte le figure professionali coinvolte e diffusa anche attraverso la pubblicazione nel sito intranet aziendale.

È garantita la corretta attuazione delle procedure attraverso riunioni, audit, SEA, RCA e verifiche di reparto e il monitoraggio degli indicatori secondo quanto concordato nelle Schede Obiettivi (schede di Budget) per la Qualità-Accreditamento-Rischio.

Sono effettuate verifiche anche con Associazioni dei cittadini con cui è attivo, in collaborazione con l’URP, un percorso di verifica e monitoraggio dell’applicazione delle pratiche per la sicurezza dei pazienti anche sulla base delle indicazioni dell’AgeNaS.

**Nell’anno 2025 sono stati segnalati 3 (tre) Eventi Sentinella al Sistema Aziendale di *Incident Reporting*.**

### **SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING**

L’*Incident Reporting* è uno strumento utile per la raccolta strutturata delle segnalazioni relative ad eventi indesiderati e/o quasi eventi che gli operatori sanitari inviano all’UGR.

Dall’anno 2005 è attivo un sistema per la gestione dell’*incident reporting* che prevede la segnalazione spontanea e volontaria degli eventi potenzialmente avversi/avversi e, in generale, dei problemi organizzativi-gestionali che si ritiene possano dare adito a situazioni rischiose per la sicurezza dei pazienti e degli operatori. I professionisti possono porre il caso all’attenzione

dell'Unità di Funzione di Gestione del Rischio tramite un'apposita scheda di segnalazione resa disponibile nel sistema informativo aziendale.

Il modulo (revisionato nell' anno 2025) prevede la compilazione di una serie di dati secondo lo schema seguente:

- area di appartenenza;
- tipologia di evento (livello);
- qualifica di chi segnala l'evento (medico, infermiere, tecnico sanitario, fisioterapista etc.);
- circostanze dell'evento: luogo e data in cui si è verificato;
- categoria dell'evento;
- descrizione dell'evento (che cosa è successo);
- possibili fattori (relativi alle condizioni del paziente, a problemi del personale, dell'ambiente, dell'organizzazione) che hanno contribuito al suo accadimento;
- gravità delle possibili conseguenze sul paziente e relativi accertamenti eseguiti;
- indicazioni sulle informazioni date al paziente e se l'evento è stato documentato in cartella;
- quali sono state o saranno intraprese azioni correttive/preventive a seguito dell'intervento.

Dopo la compilazione il modulo è inviato alla "Segreteria Unità di Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale" che provvede alla registrazione della segnalazione, e sottoposte a verifica ed per eventuali approfondimenti utilizzando gli strumenti ritenuti di volta in volta più idonei (Audit clinici/organizzativi, SEA, RCA, osservazione sul campo, osservazione diretta etc.). Scopo dell'analisi degli eventi segnalati è di individuare le possibili azioni correttive e di miglioramento con l'obiettivo di ridurre/evitare il ripetersi di eventi anche solo potenzialmente rischiosi.

Annualmente i dati sono raccolti, verificati e valutati per mappare la rischiosità del sistema e attivare quindi le azioni correttive e di miglioramento più idonee.

## Eventi 2025

**Sono stati segnalati alla Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale n. 176** aumento del 27% rispetto all' anno 2023 (175 nel 2024) **eventi potenzialmente avversi**, di cui **138 riferibili a cadute** (140 nel 2024).

### Cadute Accidentali

Tutte le segnalazioni di caduta sono state valutate, dal 10 giugno 2025 è stata attivata la modalità definita "consulenza cadute" che prevede l'attivazione di una "consulenza infermieristica" finalizzata a rendere disponibile immediatamente tutta la documentazione presente in Cartella Clinica Elettronica (CCE), per lo specifico caso/ricovero.

Le analisi sono state condotte utilizzando un format dedicato che prevede il consulto delle Cartelle Cliniche Elettroniche, il confronto con le Procedure Aziendali di riferimento e il coinvolgimento del gruppo di lavoro individuato per ogni singolo caso.

Vista la numerosità e la complessità nella gestione delle segnalazioni si è ritenuto utile modificare la scheda di rilevazione e segnalazione della caduta per meglio tracciare l'applicazione del piano assistenziale in caso di rischio di caduta. L'obiettivo è individuare le possibili azioni di

miglioramento e gli aspetti procedurali correttivi da sottoporre all'attenzione del Gruppo Aziendale Dedicato alle cadute (nota prot. n° 36078 del 10/06/2021).

Dal 1 marzo 2022 all'interno dell'applicativo phi è stata inserita modulistica dedicata per la segnalazione di caduta. (Nota a protocollo n° 8767 del 09/02/2023).

Per ogni caduta analizzata sono state rilevate e trasmesse ai referenti del rischio clinico le non conformità e le rispettive proposte di miglioramento. Complessivamente sono state effettuate **18 RCA (Route Case Analysis)**, selezionate in relazione alle particolari circostanze di accadimento e di gravità degli esiti.

Nell'anno 2025 è stato organizzato dal DiPSa un corso di formazione residenziale: "dalla segnalazione della caduta del paziente alle proposte di miglioramento", la finalità del corso di aggiornamento si rispecchia nella applicazione della procedura aziendale dedicata alla prevenzione e alla gestione delle cadute dei degenti in ospedale e in *Hospice*, per la presa in cura e per il benessere psicofisico della persona assistita. L'obiettivo del progetto è la condivisione delle azioni di miglioramento da mettere in atto per ridurre il rischio di caduta dei pazienti, ripercorrendo con i discenti le tappe fondamentali dell'evento caduta, alla segnalazione dell'evento, all'analisi delle cause.

Da gennaio 2025 il Coordinatore DiPSa Processo Gestione Rischio Clinico – Informatizzazione Sanitaria ha tenuto e condotto **5** edizioni del corso di formazione sopradescritto, della durata di circa 90 minuti ciascuno, alle 5 edizioni hanno partecipato **105** operatori Sanitari di cui 13 Medici, 67 infermieri e 25 OSS delle SOC Oncologia e Day Hospital Oncologico Verbania e Domodossola, della SOC Neurologia di Domodossola e della SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza (MCU) sede di Verbania, SOC Medicina Interna Verbania, SOC Medicina Interna Domodossola (analisi cadute riferite sia all'anno 2024 sia al 2025).

Di seguito alcuni dati raccolti dalle **schede segnalazioni CADUTE anno 2025 suddivisi per:**

- **Area di accadimento:** il **41%** sono avvenuti nel Dipartimento Medico, il **7%** nel Dipartimento Chirurgico, il **9%** al DEA 1 caso di caduta presso la SOC Ostetricia Ginecologia, il **6%** di cadute si sono verificate nelle strutture territoriali, n. 6 cadute in SPDC e 36 in *Hospice*).
- **Totale pazienti caduti n° 121, il 10 % (12) rappresenta i pazienti che sono caduti 2 o più volte durante lo stesso ricovero.**
- **Età media** dei pazienti: **74 anni**.
- **Genere maschile** rappresenta il **62%** degli eventi caduta.
- **Nessuna segnalazione di caduta è riferita a paziente affetto da coronavirus (Covid-19 +)**
- **Ricognizioni/riconciliazioni farmacologiche** prima della caduta pari a **76** e dopo la caduta: n° **64** casi rispetto alle **138** segnalazioni di caduta pervenute alla Segreteria Unita di Gestione Rischio Clinico nell'anno 2025.

La tabella n. 1 illustra le tipologie di farmaci assunti dai pazienti e segnalati in "scheda di segnalazione caduta" anno 2025.

Farmaci Assunti	Numero Schede
Antiaritmici	15
Ipotensivi	56
Sedativi del SNC	71
Diuretici	53
Altro	36

Tabella n.1

La tabella n 2 si riferisce alle cause estrinseche ambientali tracciate in scheda segnalazione cadute dei pazienti (la spondina corrisponde alle cause estrinseche ambientali, ovvero i casi di: sponda abbassate/sponde alzate/ tentativo di scavalcare le spondine)

Cause estrinseche ambientali	Numero Schede
Sponde alzate	10
Tentativo di scavalcare le spondine	10
Sponda abbassate	8

Tabella. n.2

La tabella n. 3 illustra le forme di contenzioni utilizzate e il numero di segnalazioni dei casi osservati per cadute.

Tipologia Di Contenzioni	N. Casi Eventi Osservati Per Cadute
Contenzione Meccanica	3
Contenzione Farmacologica	4
Contenzione Fisica	5

Tabella n 3.

Nella tabella n°4 sono rappresentate le lesioni conseguenti all' evento caduta (grado di lesione: trauma minore, trauma maggiore etc.) dichiarate in scheda "*segnalazione caduta del paziente*" nell'anno 2025

Tipologia di lesione	N° schede
Nessuna	93
Trauma minore	32
Trauma maggiore	3

Tabella n°4

La tabella n° 5 illustra le sedi di caduta degli utenti/degenti dell'ASL VCO, il 75% degli eventi caduta sono avvenuti in camera di degenza.

l'*incident reporting* dal 1° marzo 2022 è stato gestito con la Cartella Clinica Elettronica, ciò ha permesso di implementare il database dedicato agli interventi di prevenzione e pianificazione assistenziale specifici per area (degenza e rianimazione) attraverso schede di accertamento mirato, interventi standard e aggiuntivi di gestione del rischio di caduta come peraltro previsto dalla Procedura Aziendale (PO 27-OUP 26 Prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale e Hospice (ultima revisione Maggio 2023 ).

Le cadute si confermano il più comune evento avverso segnalato negli ospedali che colpisce persone fragili, anziane affette da multipatologie o da patologie neuro-psichiatriche e, dall'anno 2020, è osservabile una correlazione nei pazienti COVID-19.

A seguire i grafici di dettaglio:

**Di seguito il trend e la sintesi in grafici delle segnalazioni pervenute nell'anno 2025:**

**Grafico 1:** cadute totali ASL VCO anno 2025 suddivise per reparto

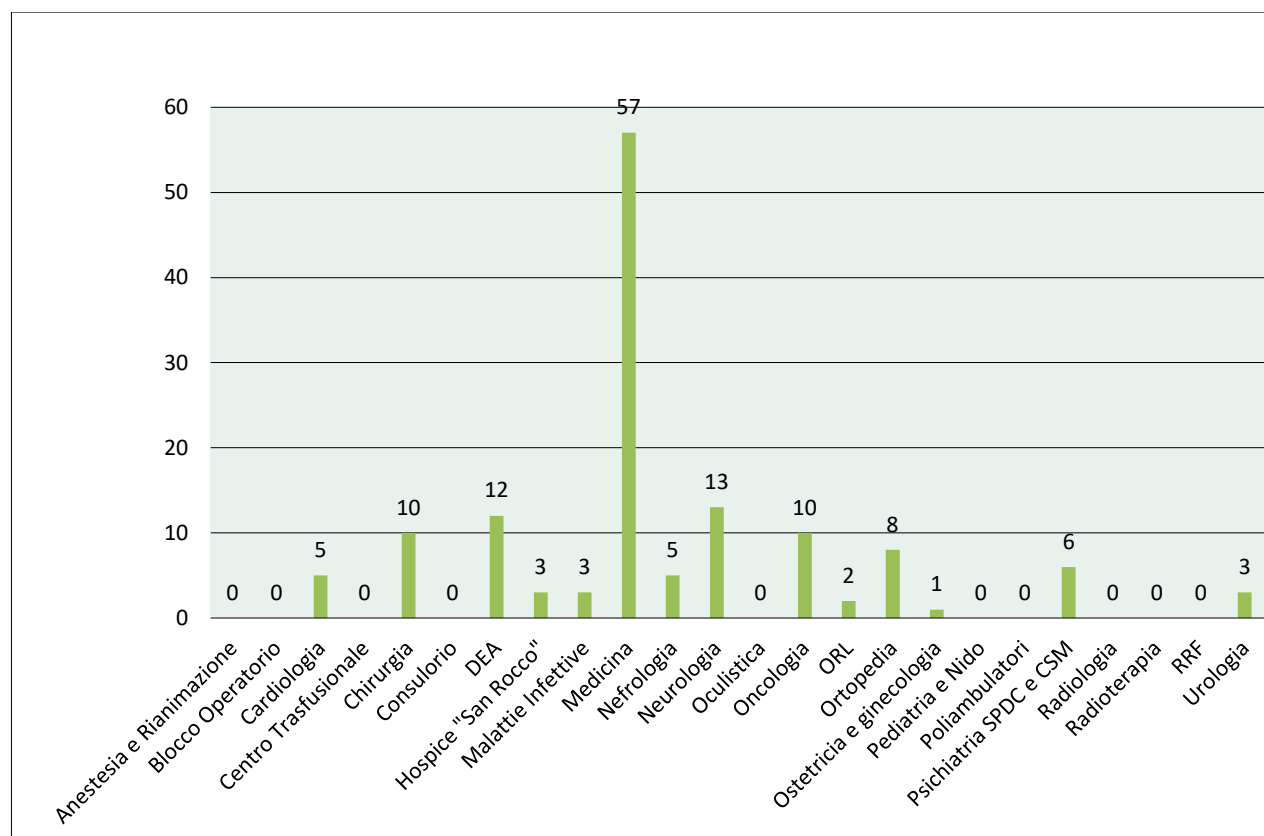
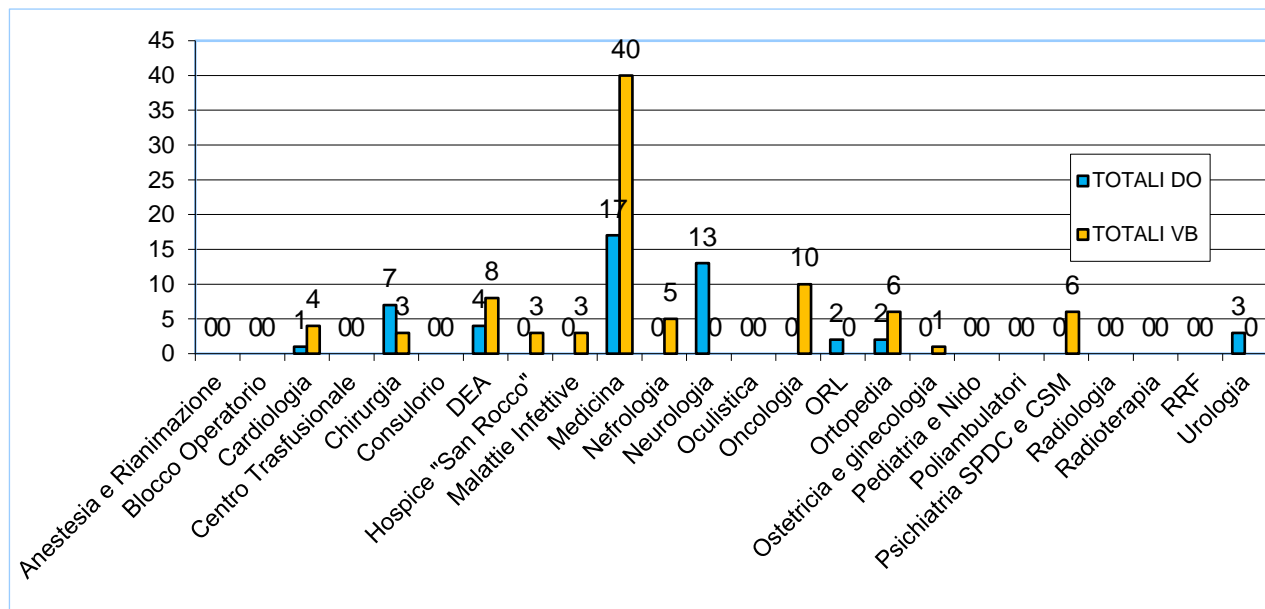


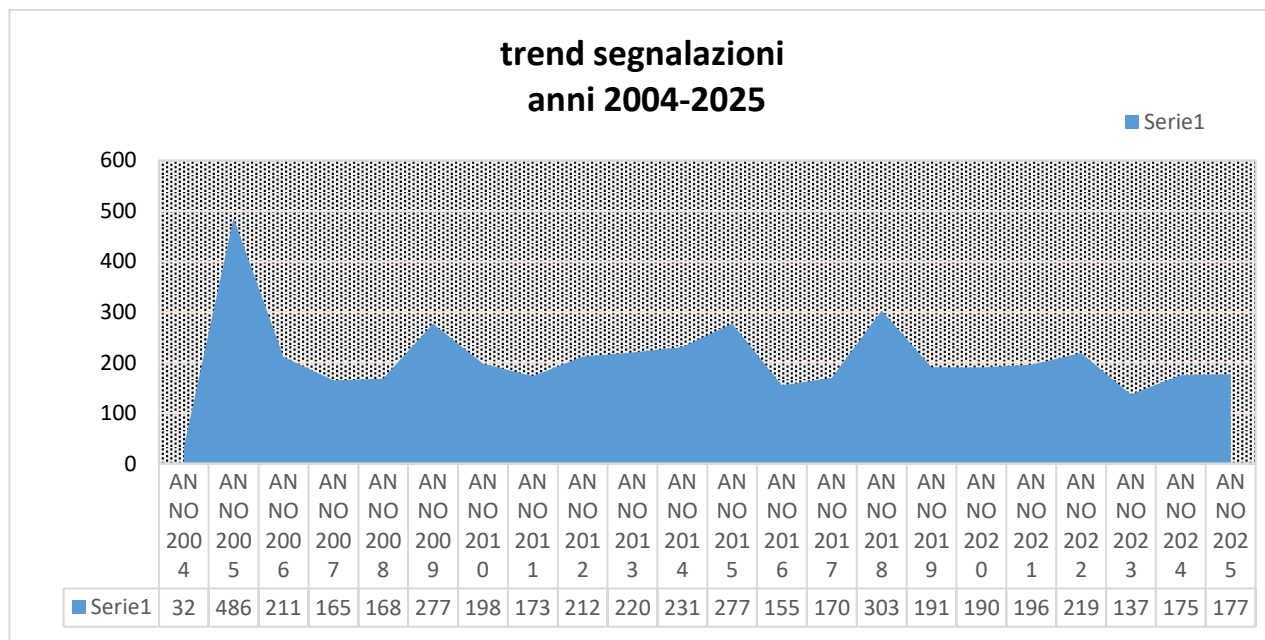
Grafico 1

**Grafico 2:** anno 2025 – Numero eventi cadute suddivisi per reparto e presidio ASL VCO



**Grafico 2**

**Grafico 3:** trend segnalazioni totali comprensivi di segnalazioni di cadute dei pazienti anni 2004-2025



**Grafico 3**

La tabella di seguito riporta gli eventi potenzialmente avversi raccolti attraverso ***l'incident reporting***, diversi dagli eventi avversi/sentinella.



**EVENTI AVVERSI/ EVENTI POTENZIALMENTE AVVERSI anno 2025 diversi da caduta**

N	PROTOCOLLO	AREA DI APPARTENENZA SEGNALANTE	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	DANNO Esempio: senza danno, danno materiale infortunio operatore ecc.	Affidamento e AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1.	Segnalazione n° 1/25 Protocollo n 10074 Del 11/02/2025	DMI Neonatologia/ Pediatria	Gestione Rianimazione Neonatale	Divergenza di opinione nell'assistenza neonatale (rianimazione neonatale)	Apparentemente SENZA DANNO	Conclusa DSO Protocollo 12288 del 19/02/2025 Interruzione Collaborazione con Specialista Cooperativa Pediacoop
2.	Segnalazione n° 6/25 Protocollo n 9385/25. Del 7/02/2025  N°12 segnalazioni pervenute con unico numero di registrazione stessa descrizione dell'evento	SPDC	Presenza di materiale edilizio in spazi esterni (giardino) utilizzati da utenti  Spazi cechi		SENZA DANNO	In corso TECANO SPP Mail del 10/02/2025 TECANO (comunicazione proposta di miglioramento) Mail del 13/02/2025 rischio clinico (richiesta di eventuale incontro con TECANO)
3.	Segnalazione n° 10/25 Protocollo n.9682 Del 10/02/2025  Sollecito prot 31547 del 09/05/25 (Logistica e servizi informatici)	Dipartimento Patologie Mediche  Day Hospital Multidisciplinari e Domodossola	Mancato trasporto di campioni ematici dal laboratorio analisi Domodossola al laboratorio di genetica Ospedale San Giuliano sede distaccata dell'Ospedale Maggiore della Carità Novara	Non effettuato ritiro campioni come da comunicazione mail	SENZA DANNO	Conclusa SOC Logistica e Servizi Informatici Protocollo 32059 del 13/05/2025 Sensibilizzazione team operativo. Procedimento disciplinare dipendente.
4.	Segnalazione n° 11/25 Protocollo n.10859 del 13/01/2025	Dipartimento Chirurgico Blocco Operatorio Domodossola	Contaminazione mani operatore sanitario	Guanti? Camice DM/DPI?	Apparentemente senza danni per operatore	Conclusa Medico Competente SPP Protocollo n 29253 del 30/04/2025 Comunicazione: possibilità di utilizzo di DPI idonei (guanti lunghi per copertura)

						avambraccio) Nota di Comunicazione azione di miglioramento prot. 31492 del 09/05/2025 GIRCA
5.	Segnalazione n° 14/25 Protocollo n.14068 del 26/02/2025	SIMT	Incongruenza determinazione gruppo sanguigno al tempo 0 (zero) e dopo somministrazione e immunoprofilassi anti-D Ostetricia – Ginecologia Verbania	2° prelievo Scambio di paziente?	Senza danni	Conclusa DIPSA Protocollo n 32112/25 del 13/05/2025 Formazione: conoscenza procedure dedicate (identificazione paziente- Procedura per la prevenzione e la gestione della malattia emolitica del Neonato (MEN). Tracciabilità della condivisione delle procedure. GIRCA nota di riscontro azioni di miglioramento Protocollo n. 3363 del 19/05/2025 Richiesta di Evidenza di condivisione delle procedure dedicate (ALL01 di PO 07- QA 04 modello lista di distribuzione) Revisione 2025.PO 17-OGI 05 "Procedura Operativa per l'identificazione Mamma/Neonato", pubblicata dicembre 2025.
6.	Segnalazione n° 22/25 Protocollo n 19603 del 19/03/2025  Sollecito del 20/06/2025 N protocollo 41831	Prericovero	Non corrispondenza dati identificazione utente con dati presenti in anagrafica (cognome).	Inserimento dati in anagrafica: errato (residenza in cognome)	Senza danni	ICT
7.	Segnalazione n 48/25 Protocollo n 34084 del 20/05/2025	SOC Anestesia/ sala Operatoria di oculistica PO Domodossola	Mancata sostituzi- one appa- recchiatura non funzionante	Malfunzionamento posto di lavoro aneste- siologico (venti- latore e monitor incorporato sala operatoria oculi- stica P.O. Do- modossola).	Senza danni	ICT Riscontro E-mail del 16/05/2025 Pano di miglioramento per sostituzione del monitor in riparazione
8.	Segnalazione n 50/2025 Protocollo n	SOC Ortotraumatolo	Incidente dispositivo medico (cerotti	colla cerotto?	Danni: reazioni con cutanee (eritema, prurito,	SOC Farmacia Segnalazione impropria al

	34036 del 20/05/2025	gia PO Domodossola	medicati)		flittene	rischio clinico Vedi PO 03-FARM 18 “procedura per la segnalazione di incidente da dispositivi medici”
9.	Segnalazione n 55/2025 Protocollo n40520 Del 16/06/2025	SOC Punto Nascite  PO Domodossola	Problematiche strutturali e relazionali			Dipartimento Materno Infantile e DIPSa  Segnalazione impropria al Rischio clinico (problematiche non pertinenti)
10.	Segnalazione N 56/2025 Mail del 27/05/2025	SOC Urologia  PO Domodossola	Prolungamento tempo di attesa per intervento chirurgico rispetto alla classe di priorità (tempo di attesa da 6 mesi a 11 mesi)	Riduzione sedute operatorie dedicate alla SOC Urologia	Prolungamento ricovero per complicanze operatorie determinate dalla presenza calcificazione dello stent uretrale	Mail responsabile Governo clinico del 27.5.2025 – mail risposta Direttore sanitario presidi ospedalieri 27.5.2025 (riservata)
11.	Segnalazione n 59/2025 Protocollo n 39586 del 11/06/2025	Dipartimento Patologie Mediche  Medicina Interna Verbania	Problematiche organizzative/ comunicazione	Tempistica trasferimento paziente da MCU	Senza danni	Conclusa DIPSA DSO Protocollo n 56857/2025 del 26/08/2025 DIPSA Tracciare in “documentazione sanitaria” dei pazienti tutte le informazioni assistenziali tra cui anche quelle inerenti alle modalità di ricovero e accordi tra gli operatori. Delle 2 U.O.
12.	Segnalazione n 67/2025 Protocollo N 42880 Del 25/06/2025	Dipartimento Salute Mentale  SSMT (servizio salute mentale territoriale) Omegna	Errata via di somministrazione farmaco	Conoscenze insufficienti del farmaco	Apparentemente senza danno	Conclusa DIPSA- Farmacia- Direttore CSM Protocollo n° 59528 /2025 del 08/09/2025 DIPSA 1- Check-list dei farmaci con punto riferito alla sede di somministrazione elettiva. 2- scheda tecnica farmaco Depot maggior visibilità e con evidenziazione della sede di somministrazione
13.	Segnalazione n 79/2025 Protocollo n 49897 del 23/07/2025	Dipartimento chirurgico Urologia Domodossola	Prolungamento intervento chirurgico	Mal funzionamento laser per frammentazione e calcolo	Apparentemente senza danni	Conclusa Laser mal funzionante in attesa di riparazione, sostituito come da documento di trasporto in data 18/07/2025
14.	Segnalazione n 81/2025 Protocollo n 49912 del 23/07/2025	Dipartimento chirurgico Urologia  Domodossola	Difficoltà trattamento chirurgico: posizionamento di cateterino	Trattamento correttivo lesione iatrogene a 48 ore dalla	Con danno paziente	In corso SOC chirurgia Domodossola  Mail 25/07/2025 Direttore SOC Chirurgia Domodossola

	Sollecito protocollo n72009 del 24/10/2025		uretrale	diagnosi		<p>descrizione e chiarimenti caso</p> <p>Mail 27/10/2025 Direttore SOC DSO invia nuovamente la relazione del direttore SOC Chirurgia</p> <p>Audit in data dicembre 2025 partecipanti: Direttore Dipartimento Patologie Chirurgiche e Direttore Soc Urologia</p> <p>Mail 30/12/2025 direttore SOC Urologia: richiesta di chiarimenti Equipe infermieristica per richiesta reperibile Urologo programmato incontro anno 2026</p>
15.	Segnalazione N 86/2025 Protocollo n 49931 del 23/07/2025	Dipartimento Patologie Mediche  Medicina Interna Verbania	Presa in carico paziente con edema in sede di accesso venoso	Trasferimento da MCU di paziente con presenza di edema arto superiore dx in sede di accesso venoso	Apparentemente senza danni	<p>Conclusa DIPSa DSO</p> <p>RCA Protocollo 70604/25 DIPSa del 20/10/2025.</p> <p>Posizionamento cateteri venosi periferici ecoguidati.</p> <p>Formazione:</p> <p>Gestione accessi venosi in emergenza</p> <p>Somministrazione farmaci EV</p> <p>Inoltrato RCA: UGRC/Qualità</p>
16.	Segnalazione n 93/2025 Protocollo n 50273 del 24/07/2025  Sollecito SOS TECANO protocollo 74740 del 04/11/2025	Rianimazione Verbania	Prolungamento tempo di attesa per Trasferimento paziente da blocco operatorio a rianimazione.	Falso allarme emergenza sala parto ostetricia Verbania Pulsante emergenza attivato per errore	Apparentemente senza danno	<p>Conclusa SOS TECANO</p> <p>Mail Responsabile SOS TECANO del 10/11/2025</p> <p>Protocollo 789171 del 19/11/2025: Richiesta a SOS TECANO messa in atto di azioni di Miglioramento.</p>
17.	Segnalazione n 96/2025 protocollo n 50290 del 24/07/2025 Stesso numero di protocollo segnalazione n 97/2025	SPDC Verbania	Utilizzo di carrello per pulizie ambientali con prodotti non conservati "sotto chiave" in carrello con possibilità di chiusura a chiave	Mancata gestione carrello per pulizia ambientale Ditta appaltatrice	Senza danno	<p>Conclusa SOS Logistica e Servizi Informatici</p> <p>Segnalazione trattata con segnalazione n 97/2025</p> <p>Audit di evento sentinella Protocollo n 56990 del 26/08/2025</p>
18.	Segnalazione	SPDC	Utilizzo di	Errata	Senza danno	Conclusa

	n 97/2025 Protocollo n 50290 del 24/07/2025 Stesso numero di protocollo segnalazione n 96/2025		carrello per pulizie ambientali con scomparti a vista	valutazione materiale per pulizia ambientale		SOS Logistica e Servizi Informatici Segnalazione trattata con segnalazione n 67/2025 Audit di evento sentinella Protocollo n 56990 del 26/08/2025
19.	Segnalazione n 101/2025 Protocollo n 50854 Del 28/07/2025	MCU VB	Ritardo Trasferimento paziente da DEA a Medicina Interna Verbania	Disponibilità posto letto Medicina Interna Verbania	Potenziale errore	Conclusa DIPSA DSO DIPSA RCA protocollo n 75948 del 07/11/2025. Migliorare la comunicazione equipe SOC MCU/SOC Medicina interna VB Inoltrato RCA: UGRC/Qualità protocollo 78848 del 19/11/2025
20.	Segnalazione n 103/2025 Protocollo n 54530 del 12/08/2025 Sollecito protocollo n 83160 del 04/12/2025	Rianimazione Po Domodossola	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per turno: 6	SENZA DANNO	Conclusa DSO Protocollo 551 del 07/01/2026 DSO. Ricovero di 7 pazienti per circa un giorno, con trasferimento nello stesso giorno, in altra SOC.
21.	Segnalazione n 106/2025 Protocollo n 55438 del 18/08/2025	Dipartimento Patologie Mediche  Medicina Interna Domodossola	Mancato monitoraggio parametri vitali, cono monitor con conseguente trasferimento pz in RIA	Apparecchiatura elettromedicale non funzionante: Monitor/telemedicina	Senza danno	Conclusa DSO TECANO Relazione DSO Protocollo n 56800 del 25/08/2025  DETERMINAZIONE n1345 del 23/09/2025 Oggetto: piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza covid-19 ai sensi del d.l. 34/2020 e della D.G.R. 7-1492 del 12/06/2020 – interventi 1.2 “ristrutturazione camere reparto di medicina per conversione in posti letto sub-intensivi” e 3.1 “ampliamento attuale D.E.A.” del P.O. di Domodossola” (CIG b763cef87a – CUP b29j20001920001) – aggiudicazione definitiva. Rettifica determinazione n.

						1204/25
22.	Segnalazione n 117/2025 Protocollo n 60103 del 09/09/2025	SPDC	Ingestione di monetine da parte della paziente in contenzione farmacologica ed emotiva.	Monete in possesso della paziente	Senza danno	Conclusa DSO DIPSA RCA DSO-DIPSA protocollo n. 80362 del 25/11/2025: Custodia da parte della SOC dei soldi insieme agli effetti personali degli utenti, e tracciabilità delle movimentazioni del denaro. Aggiornare e informatizzare in CCE SPDC la scheda Check-list "effetti personali"
23.	Segnalazione n 118/2025 protocollo n 60556 del 11/09/2025	SPDC	Mancata custodia materiale per igiene ambientale	Errore umano (distrazione)	Senza danno	Conclusa ECANO Mail considerazioni Dottor Cancelliere- Dottoressa Ferraris 03/09/2025 Vedi audit evento sentinella segnalazione n 71/225 azioni di miglioramento: <b>1- Custodia e Gestione dei Prodotti di Pulizia:</b> <b>2. Formazione e Consapevolezza del Personale</b> <b>3. Revisione delle Procedure Organizzative</b> <b>4. Monitoraggio e Audit</b> <b>5. Comunicazione e Collaborazione</b> per garantire la piena comprensione e implementazione delle nuove direttive.
24.	Segnalazione n128/2025 Protocollo n 65963 del 02/10/2025  Sollecito Prot. 1247 del 09.01.2026	Poliambulatori PO Verbania	Prestazione specialistica ambulatoria incongrua con tipologia di indagine diagnostica/operatoria	Operatori designati per isteroscopia: 1 medico ginecologo e due OSS	Senza danno	Conclusa DMI mail del 14/01/2026 relazione descrizione eventi
25.	Segnalazione n 134/2025 Prot n 71593	Blocco operatorio	Trasporto secondario urgente	Gestione trasporto secondario:	Sospensione interventi chirurgici	Conclusa DSO SOC Ortopedia/traumatologia

	del 23/10/2025	PO Verbania	extraospedaliero (personale infermieristico S.O. non formato)	inefficace	programmati  Senza apparente Danno	Protocollo n. 71761 del 23/10/2025 Direttore Soc Ortopedia e traumatologia VB. Descrizione degli eventi.  Richiesta di Copia Cartella Clinica in data 19/11/2025  DSO Protocollo n. 1500 del 09/01/2026 descrizione evento.
26.	Segnalazione n 135/2025 protocollo n 71606 del 23/10/2025	Soc Radiologia  PO Domodossola	Stravaso di MdC per esecuzione TAC	Mancata messa in sicurezza Paziente politraumatizzato o durante trasporto da MCU a Radiologia	Con danno ulteriore Accesso venoso	In corso DSO DiPSa
27.	Segnalazione n 138/2025 protocollo n 71552 del 23/10/2025	Soc Anatomia Patologica	Procedura sbagliata	Errore compilazione etichette campioni prelievi biotipici con verosimile inversione dei campioni (stesso paziente)	Senza danno	In corso COQ (centro ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo Omegna)
28.	Segnalazione n 152/2025 Protocollo n 75045 del 05/11/2025	Dipartimento chirurgico  SOC Urologia Domodossola	Complicanze post intervento chirurgico in regime di Day Surgery	Gestione clinica paziente Day Surgery frammentaria	Senza apparente danno	In corso DSO
29.	Segnalazione n 157/2025 Protocollo n81823 del 01/12/2025	Dipartimento Chirurgico  Ambulatorio chirurgia  (Poliambulatori o Domodossola)	Sospetto inversione reperi	Dubbio di errore di etichettatura campioni prelievi biotipici	Senza danno	Conclusa SOC Anatomia patologica Protocollo n 81911 del 01/12/2025 Caso istologico n 9505-1-25: duplice escissione cutanea di lesioni cutanee sospette per melanoma: a) cute dorso, b) cute arto inferiore. Le differenze peculiari del tessuto hanno permesso l'individuazione di caratteristiche specifiche di quanto pervenuto (confronto anche con foto). Parrebbe verosimilmente infondato il sospetto di inversione dei campioni. Firma della diagnosi

						istologica.
30.	Segnalazione n 158/2025 Protocollo n 81017 del 27/11/2025	DMI  Soc Ostetricia Ginecologia VB	Taglio Cesareo in Urgenza	Gestione Chiamata reperibili Centro trasfusionale e Blocco operatorio centralino aziendale (tempi dilatati per la chiamata)	Senza apparente danno	In corso Servizio Logistica e servizi informatici
31.	Segnalazione n 166/2025 Protocollo n 85397 del 15/12/2025  Unico protocollo con segnalazione n 167 /25	Soc Rianimazione Anestesia Verbania	Saturazione posti letto co ricovero non pertinente alla SOC	Gestione ricoveri urgenti da DEA	Senza danno	In corso SOC DSO e MCU
32.	Segnalazione n 167/2025 Protocollo n 85397 del 15/12/2025 Unico protocollo con segnalazione n 166/25	Soc Rianimazione Anestesia Verbania	Saturazione posti letto co ricovero non pertinente alla SOC	Gestione ricoveri urgenti da DEA	Senza danno	In corso SOC DSO e MCU
33.	Segnalazione 173/2025 Del 12/01/2026 Protocollo 1677	SOC Cardiologia UTIC Domodossola	Riduzione numero operatori infermieristici durante consultazione referto EGA da PC	Referto EGA in urgenza non stampabile in tempo reale il referto provvisorio ma solo consultabile	Senza danno	In corso CT – laboratorio analisi

## Altri eventi 2025

### Reazioni Avverse a Farmaci e Vaccini

I rapporti di incidenti con dispositivi medici seguono un canale di reportistica codificato a livello centrale ed indicato da procedura aziendale PO 03-FARM 14 “Segnalazioni Reazioni Avverse a



Farmaci e Vaccini” del 06/09/2019, che individua il Responsabile Locale di Farmacovigilanza quale figura abilitata alla gestione delle segnalazioni inoltrate attraverso la rete dei Referenti del Rischio Clinico.

Le segnalazioni di Reazioni Avverse a Farmaci e Vaccini sono definite a livello aziendale dalla procedura PO 03-FARM 14 *“Segnalazioni Reazioni Avverse a Farmaci e Vaccini”* del 06/09/2019, che individua il Responsabile Locale di Farmacovigilanza quale figura abilitata a livello aziendale alla gestione delle segnalazioni di sospette ADRs.

Nel corso dell’**anno 2025** sono state gestite e processate in Rete Nazionale di Farmacovigilanza: n° **33** segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADRs) -15% vaccini, -55% Farmaci per patologie cardiache, -12% Farmaci per patologie reumatiche e dermatologiche, -6% Farmaci per patologie endocrine, -3% Farmaci antibiotici, -3% Farmaci oncologici, -6% Altro.

Relativamente alla tipologia di segnalatore, n° **9 (27%)** segnalazioni di ADRs sono pervenute da medici ospedalieri, n° **6 (18%)**, segnalazioni da MMG, n° **7 (20%)** da cittadini, n° **7 (20%)** da farmacisti, n° **2 (6%) segnalazioni** sono pervenute da farmacisti, **2 (6%)** da farmacisti ospedalieri e **1 (3%)** segnalazione da medico del distretto.

Gli eventi avversi da farmaci e vaccini segnalati in RNF come non gravi sono n° **25 (75%)**, le segnalazioni considerate gravi sono n° **8 (25%)**.

In merito all’attività di informazione al personale sanitario sono state inviate n° **7** Note Informati-ve di Farmacovigilanza.

Nel corso dell’anno **2025** sono stati trasmessi al Ministero della salute attraverso il portale Dispovigilance n° **4** rapporti di incidente comunicati da parte di operatori sanitari con dispositivo medico e sono stati ge-stiti n° **29** Avvisi di sicurezza comunicati dalle ditte in ottemperanza al programma ministeriale (art. 9 D.Lgs. n. 46 del 1977; art. 11 D.Lgs. n. 507 del 1992; art. 11 D.Lgs. n. 332 del 2000). I rapporti di incidenti con dispositivi medici seguono un canale di reportistica codificato a livello centrale ed indicato da Proce-dura Aziendale “PO 03-FARM 18 per la segnalazione di incidente da dispositivo medico (Raccomandazione Ministeriale n° 9) revisione 2021”. La SOC Farmacia ha collaborato con la SOS Tecnico Coordina-mento Aziendale Nuovo Ospedale (TECANO), l’ingegneria clinica e l’UPRI nella gestione di se-gnalazioni di malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.

La SOC Farmacia Aziendale nell’ anno 2025 ha organizzato e tenuto un corso di formazione dedi-cato - corso di formazione residenziale codice n. 52355 titolo *“Governo clinico, vigilanza del far-maco e dispositivo medico: condivisione del percorso del farmaco e dm nel processo di cura del paziente”* sono stati formati 51 Operatori sanitari.

## Violenza contro Operatori

L’ ASL VCO ha recepito la Raccomandazione Ministeriale. N° 08 *“Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori”*, con la redazione di una procedura dedicata PO 09-SMT 01 *“Prevenzione e gestione degli atti di violenza”* anno 2018.

Gli **atti di violenza a danno di operatori** seguono un sistema di segnalazione degli eventi che prevede flussi specifici inviati alla SOS Prevenzione Protezione (SPP) successivamente le segnalazioni sono sottoposte ad analisi ed elaborazione dall’ equipe dedicata alla SOS SPP. *Nell’anno 2025 sono pervenute alla SOS SPP n° 59 schede di segnalazione di comportamenti aggressivi contro gli operatori, con una riduzione del 30% rispetto all’anno 2024 (85 segnalazioni).*

Nello specifico, sono stati segnalati i seguenti episodi:

1. n. 8 (n. 39 nel 2024) di violenza verbale-fisica;
2. n. 47 di violenza solo verbale (n. 41 nel 2024)
3. n. 3 di violenza contro la proprietà di cui 1 anche fisica e 2 anche verbale (n° 5 nel 2024).

**13** episodi di violenza hanno coinvolto il DEA, mentre **12** hanno coinvolto l'SPDC.

Dei 59 episodi di comportamenti aggressivi, n. **36** sono stati agiti da parte di pazienti/utenti, n. **15** da parte di accompagnatore di paziente, n. **6** da parte di colleghi, n. **1** da parte sia di parente che di paziente e n. **1** da parte di volontario.

Nel **61%** (76,4% nel 2024) dei casi l'aggressore è stato un Paziente, nel 25% (18,8 % nel 2024) un accompagnatore, nel **10%** (5,8% nel 2024) un collega, nel **2%** un volontario e nel **2%** sia un paziente che un parente.

Negli **59** casi segnalati nell' anno 2025, sono stati coinvolti un totale di 96 operatori.

Tutte le segnalazioni di aggressioni occorse nel 2025 sono state caricate sul portale SIMES, con le modalità e tempistiche definite da AGENAS- ONSEPS

Il piano formativo dell'L'ASL VCO anno 2025 ha previsto lo svolgimento di corsi di formazione specifici e corsi di aggiornamento con argomenti inerenti alla tematica rischio di aggressione:

- Corso di formazione residenziale codice 52767, titolo *“Sicurezza in prima linea: tecniche per l'autodifesa degli operatori”* al corso hanno partecipato 45 Operatori Sanitari;
- Corso di formazione residenziale codice 550468, titolo *“Corso di formazione per preposti ai sensi dell'art. 37 d.lgs. 81/08 – ASL VCO”* al corso hanno partecipato 35 Operatori Sanitari;
- Corso di formazione residenziale codice 52795, titolo *“corso di formazione per RLS ex art. 37 d.lgs. 81/08”* al corso hanno partecipato 3 Operatori Sanitari;
- Corso di formazione residenziale codice 52761, titolo *“Corso di aggiornamento sulla sicurezza ex art. 37 d.lgs. 81/08 rischio alto”* al corso hanno partecipato 47 Operatori Sanitari;
- Corso formazione FAD E-Learning codice 50016 *“Formazione generale e specifica alla salute e sicurezza per i lavoratori (art. 37 d.lgs. 81/08) rischio alto - settore ateco q 86 - 16 ore”* al corso hanno partecipato 199 Operatori;
- Corso formazione FAD E-Learning codice 50018 *“La sicurezza sul lavoro. Corso di aggiornamento quinquennale per i lavoratori”* al corso hanno partecipato 235 Operatori;

### **Descrivere le Procedure/Protocolli/Istruzioni operative adottate a livello aziendale per scongiurare il verificarsi di EA**

Come precedentemente descritto sono state redatte/revisionate procedure ad hoc e attivate azioni correttive di tipo organizzativo-gestionale e tecnologico-strutturale. Le raccomandazioni ministeriali sono declinate e contestualizzate per una snella e concreta attuazione da parte dei diversi attori che intervengono nei processi aziendali.

## AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2025

Per rafforzare l'attenzione sulla prevenzione del rischio e la sicurezza dei pazienti e degli operatori sono stati organizzati diversi corsi di formazione aziendali come da tabella a seguire:

Eventi formativi/informativi realizzati nell'anno in relazione alla tematica "Rischio clinico"					
Codice	Titolo	Cred. Corso	Ed. Svolte	Partecipanti Effettivi	Metodologia.
49683	Corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero	11	21	496	Residenziale
49778	Bls-d: manovre di primo soccorso e utilizzo del defibrillatore	7	27	216	Residenziale
49779	Bls-d: manovre di primo soccorso e utilizzo del defibrillatore - refresh.	3	37	299	Residenziale
49785	Corso di aggiornamento per addetti antincendio a rischio elevato	13	11	91	Residenziale
49788	Il rischio dalla movimentazione manuale dei pazienti: addestramento alle tecniche corrette	7	19	169	Residenziale
49793	La modalità organizzativa Primary nursing	13	13	92	Residenziale
49794	Alza lo sguardo... corso base regionale di sensibilizzazione sulla violenza di genere	7	4	79	Residenziale
49806	La formazione per lavoratori addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza ai sensi del dlvo 81/2008	16	7	65	Residenziale
20250415	Dalla segnalazione della caduta del paziente alle proposte di miglioramento	0	5	150	Residenziale
50127	Ragionamento clinico e pratica in fisioterapia respiratoria	13	2	49	Residenziale
50231	Gestione delle emergenze in sala parto: comitato aziendale 2025	10	1	7	Sul Campo Gruppi di miglioramento
50468	Corso di formazione per preposti ai sensi dell'art. 37 d.lgs. 81/08 - Asl Vco	13	3	35	Residenziale
50668	Trasporto secondario paziente critico: tspc	8	2	8	Residenziale
51325	Il cross over nei consultori familiari (Omegna)	50	6	6	Sul Campo Training individualizzato
51324	Il cross over nei consultori familiari (Domodossola)	50	6	6	Sul Campo Training individualizzato
51328	Il cross over nei consultori familiari (Verbania)	50	6	6	Sul Campo Training individualizzato
51411	Costruzione di percorsi di cura integrati geriatria-cure palliative per pazienti anziani in fase avanzata di malattie croniche	10	2	9	Sul Campo Gruppi di miglioramento
51412	Le procedure per stesura bes - dsa -icf	7	2	19	Residenziale
51431	Gestione della terapia a pressione negativa (npwt) nella cura delle lesioni cutanee	9	2	40	Residenziale
51465	Triage: aggiornamento dei protocolli operativi	24	1	8	Residenziale
51523	La tutela del minore e la presa in carico della famiglia in crisi il processo di intervento: pensare per fasi	8	1	41	Residenziale
51575	Emozioni in gioco! la regolazione emotiva nel contesto terapeutico"	10	2	36	Residenziale
51596	Alcol e tabacco: innocue abitudini o importanti fattori	10	2	58	Residenziale

	di rischio?				
51719	La fistola artero-venosa: tecniche di venipuntura. Utilizzo dell'eco-guida	11	3	37	Residenziale
51791	Fibromialgia: approccio multidisciplinare e percorso condiviso	5	1	81	Residenziale
51812	Spresalweb e droni: sistemi informativi e nuove tecnologie per raggiungere gli obiettivi previsti dal pp6, pp7 e pp8 del plp	18	3	8	Sul Campo Training individualizzato
52133	Insieme per la prevenzione: costruire reti di ascolto e di speranza	8	1	55	Residenziale classica
52153	Il Psdta gestione dell'autismo	8	2	19	Residenziale
52236	Competenze avanzate per una terapia salvavita domiciliare" dalla scelta agli aspetti clinico-assistenziali-organizzativi	10	3	61	Residenziale
52247	La sicurezza alimentare nei territori di confine: criticità ed eccellenze, l'esperienza del Vco	7	1	22	Residenziale
52249	Ian alla luce dei cambiamenti socio culturali	29	1	13	Residenziale
52355	Governo clinico, vigilanza del farmaco e dispositivo medico: condivisione del percorso del farmaco e dm nel processo di cura del paziente	8	3	51	Residenziale
52423	L'accoglienza dell'utenza presso la Soc NPI	7	2	20	Residenziale
52425	Stomie intestinali ed urinarie... Queste sconosciute! nozioni di base di stomaterapia	7	2	45	Residenziale
52472	Reazioni avverse a farmaci: le allergie	8	1	12	Residenziale
20251382	Analisi proattiva del rischio Cartorisk presso Soc MCU ASL VCO: la mappa del rischio parte dagli operatori sanitari"	0	1	5	Residenziale
52671	La gestione dell'ansia in un contesto di disagio sociale	11	3	11	Residenziale
52686	Gcp e regolamento europeo delle sperimentazioni cliniche: dalla conoscenza della normativa all'applicazione nella pratica clinica	6	1	21	Residenziale
52689	Consulenza in micologia	13	1	10	Residenziale
52774	Limitazione dei rischi e riduzione del danno in materia di consumo di sostanze psicoattive: un'opportunità per rispondere efficacemente ai bisogni del territorio, un approccio essenziale per affrontare nuove sfide	10	1	61	Residenziale
52761	Corso di aggiornamento sulla sicurezza ex art. 37 d.lgs. 81/'08 rischio alto 2025	7	3	47	Residenziale
52767	Sicurezza in prima linea: tecniche per l'autodifesa degli operatori	12	2	45	Residenziale
52776	Siamo sicuri che non ci sia più niente da fare? le risposte delle cure palliative	11	1	23	Residenziale
52795	Corso di formazione per rls ex art. 37 d.lgs. 81/'08	50	1	3	Residenziale
53114	La hta dalle regole alla pratica clinica nel contesto aziendale	13	1	25	Residenziale
50023	Covid 19: gestione di eventi infettivi. Il corretto uso dei dispositivi di protezione individuale.	5	1	181	Fad E-Learning
50016	Formazione generale e specifica alla salute e sicurezza per i lavoratori (art. 37 d.lgs 81/08) rischio alto - settore ateco q 86 - 16 ore	16	1	199	Fad E-Learning
50014	Corso di formazione alla salute e sicurezza per dirigente (art.37 del d.lgs. 81/08)	16	1	8	Fad E-Learning
50009	La peer&media education a supporto dei percorsi di	18	1	69	Fad

	promozione del benessere tra i giovani. il ruolo degli operatori della prevenzione.				E-Learning
50022	Igiene delle mani: misura fondamentale per ridurre l'insorgenza di I.C.A.	5	1	156	Fad E-Learning
50018	La sicurezza sul lavoro. Corso di aggiornamento quinquennale per i lavoratori .	6	1	235	Fad E-Learning
20250507	Corso di aggiornamento per lavoratori ai sensi dell'art. 37 D.lg. 81/2008. Rischio basso	0	1	38	Fad E-Learning
50008	Linee di indirizzo per lo sviluppo dei percorsi di salute diagnostici-terapeutici assistenziali (Psdt)	4	1	1	Fad E-Learning
50019	Gdpr 2016/679: il regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali.	3	1	277	Fad E-Learning
50011	Il rischio da movimentazione e assistenza dei pazienti	3	1	80	Fad E-Learning
20251558	La responsabilità dei professionisti sanitari	0	1	21	Residenziale
20251560	Assistenza pazienti con protesi fonatoria	0	1	0	Residenziale
20251559	Uro nursing	0	3	0	Residenziale
50024	Gestione dei casi oncologici complessi in oncologia ed oncoematologia - 2025	27	1	9	Sul Campo Gruppi di miglioramento
20251381	La responsabilità dei professionisti sanitari emergenza	0	1	5	Residenziale
52893	Organizzazione ed esecuzione del taglio cesareo in emergenza	6	3	9	Sul Campo Training individualizzato
20251249	Antisepsi cutanea di cute integra per raccolta di sangue per emotrasfusione	0	2	10	Residenziale
20250844	Seminario di alta formazione "responsabilità disciplinare e procedimento disciplinare in ambito sanitario"	0	1	13	Residenziale Videoconferenza
51389	Insieme per l'assistenza: comunicazione e collaborazione	12	2	12	Sul Campo Gruppi di miglioramento
20251561	Somministrazione e gestione farmaci oncologici per via endovescicale	0	0	0	Residenziale
53213	Impatto della fase pre-analitica nella medicina di laboratorio	6	0	0	Fad E-Learning
20250691	Aggiornamento rivolto al personale di portineria su misure da adottare in caso di emergenza	0	5	21	Residenziale
50017	Formazione specifica alla salute e sicurezza per i lavoratori (art. 37 d.lgs. 81/08) - modulo per mansioni a rischio basso	4	1	53	Fad E-Learning
50015	Formazione generale alla salute e sicurezza per i lavoratori (art. 37 del d.lgs. 81/08) asl Vco- corso Fad 4 ore	4	1	52	Fad E-Learning
50397	Gic tumori cutanei asl/Coq	30	1	5	Sul Campo Gruppi di miglioramento

## ALTRE AZIONI DI MIGLIORAMENTO IN RIFERIMENTO ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Come previsto dalle disposizioni ministeriali per la prevenzione del rischio e la sicurezza dei pazienti-operatori sono stati compilati nel sito di AgeNaS tutti i dati richiesti dai 19 Questionari per la verifica e l'autovalutazione delle applicazioni delle 19 Raccomandazioni del Ministero della Salute previste dai LEA.

1. Racc. N° 01 *“Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Potassio – KCL- altre soluzioni concentrate contenenti Potassio REV2020”*, recepita con PO 03-FARM 07 *“Utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio e altre soluzioni concentrate contenenti Potassio”* REV2020
2. Racc. N° 02 *“Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico”* recepita con PO 28-SOP 01 *“Prevenire la ritenzione di garze e strumentario all'interno del sito chirurgico”*: è in corso la revisione della procedura
3. Racc. N° 03 *“Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”* recepita con PO 28-SOP 02 *“Utilizzo della checklist per la sicurezza in sala operatoria”*: è previsto l'aggiornamento delle relative procedure aziendali. È stata implementata *l'Informatizzazione dei Blocchi Operatori per la gestione della checklist per la sicurezza del paziente in Sala Operatoria* e il posizionamento corretto dello stesso sul lettino operatorio tramite l'acquisizione di un sistema digitale “APP” dedicato.  
PO 27-OUP 03 *“Procedura Operativa per la corretta identificazione del paziente”* anno 2010; PO17-OGI 05 *“Procedura Operativa per l'identificazione mamma/neonato”* REV2025; PO 02-AP 11 *“Procedura operativa per l'identificazione dei campioni biologici per la processazione e tracciabilità delle fasi di lavoro”* REV2025; PO 02-AP 14 *“Procedura operativa per la diagnosi estemporanea intraoperatoria”* REV2025.
4. Racc. N° 04 *“Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale”* recepita con PO 27-OUP 04 *“Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale”* REV2013.
5. Racc. N° 05 *“Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO aggiornamento 2020”* recepita con PO 01-CT 08 *“Predeposito Sangue Intero ad uso Autologo”* REV2018, PO 01-CT 21 *“Procedura visita medica”* ultima REV2018, PO 01-CT 22 *“Valutazione idoneità donazione emocomponenti”* ultima REV2018, PO 01-CT 23 *“Procedura prelievo sangue intero”* ultima REV2023, PO 01-CT 24 *“Selezione donatore di sangue intero ed emocomponenti”* REV2018, PO 01-CT 33 *“Validazione biologica emocomponenti”* REV2018, PP 01-CT 02 *“Programma Patient Blood Management (PBM)”* anno 2019, allegato 01 PO 01- CT 49 *“Informativa e Consensi Informati alla Terapia con Emocomponenti, Emoderivati, Ematinici per PBM”* ultima revisione 2019 *“Consenso alla Trasfusione Emocomponenti, Emoderivati ed Ematinici”* REV2019, PO 01-CT 49 *“Sicurezza Terapia Trasfusionale”* REV2021. PO 01-CT 11 *“Gestione Richieste Sangue Urgentissime”* ultima REV2022, PO 01-CT 54 *“Procedura per accettazione e assegnazione degli Emocomponenti”* anno 2022. E' in corso di validazione la “PO 01-CT 55 *“Gestione Securblood”*”.
6. Racc. N° 06 *“Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”*: sono state redatte e validate procedure dedicate PO 17-OGI 03 *“Prevenzione MEN”* REV2018, PO 17-OGI 10 *“Prevenzione e Gestione Emorragia Post Partum”* REV2021, PO 17-OGI 11 *“Rottura*



*prematura pretermine delle membrane (p-PROM)" ultima REV2019, PO 17-OGI 12 "Procedura per la gestione della Minaccia di Parto Pretermine (MPP)" ultima REV2014, PO 17-OGI 17 "procedura Operativa per l' Induzione di Travaglio di Parto"REV2025; PO 17-OGI 18 "Management e Assistenza Gravidanza a Termine" anno 2019, PO 17-OGI 19 "Organizzazione ed esecuzione Taglio Cesareo in Emergenza (codice rosso)" REV2025, PO 17-OGI 20 "Diagnosi e Gestione della Rottura Prematura delle Membrane" (PROM)anno 2019, PO 17-OGI 21 "Accettazione Ostetrica delle Gravidie" anno 2019, PO 17-OGI 22 "Procedura operativa per la gestione delle gravide candidate al VBAC (Vaginal Birth After Caesarean Section)" anno 2020. PO 17-OGI 23 "procedura Operativa Partoanalgesia anno 2024.*

7. Racc. N° 07 *"Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica": sono state redatte e validate procedure dedicate PO 03-FARM 14 "Segnalazione di Reazione Avversa a Farmaci e Vaccini (Adverse Drug Reaction – ADR) anno 2019; PO 03- FARM 20 "Procedura operativa aziendale per la gestione di sostanze stupefacenti e psicotrope nelle U.O. ospedaliere" anno 2022*
8. Racc. N° 08 *"Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori": è stata redatta e validata una procedura dedicata PO 09-SMT 01 "Prevenzione e gestione degli atti di violenza" anno 2018.*
9. Racc. N° 09 *"Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei Dispositivi Medici / Apparecchi Elettromedicali": È stata redatta e validata la procedura dedicata PO 03-FARM 18 "Procedura per Segnalazione Incidente da Dispositivi Medici" con pubblicazione anno 2022. Nell' anno 2024 È stata revisionata Procedura dedicata alla gestione dei carrelli d'emergenza: PO 22-RIA 24 "gestione carrelli di emergenza intraospedaliera". Nell' anno 2025 è stata validata Versione aggiornata della "Check list Carrelli di emergenza intraospedalieri(allegato della PO 22-RIA 24).*
10. Racc. N° 10 *"Prevenzione dell'Osteonecrosi della Mascella/Mandibola da Bifosfonati": la procedura PO 03-FARM 11 "Gestione dei Bifosfonati REV2011" è in fase di revisione.*
11. Racc. N° 11 *"Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra-ospedaliero)": sono state redatte e validate procedure dedicate PO 27-OUP 11 "Sistema di Trasporto Intra aziendale ed Extra aziendale" REV2017, PO 27-OUP 12 "Sistema di Trasporto Pediatrico Intra Aziendale ed Extra aziendale" REV 2018, PO 17-OGI 01 "Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM)" REV2018, PO 19-PED 02 "Procedura Operativa per il trasporto neonatale secondario (STEN)" REV2020.*
12. Racc. N° 12 *"Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" è stata redatta e validata una procedura dedicata PO 03-FARM 06 "Gestione Clinica Farmaci e allegati" REV2019.*
13. Racc. N° 13 *"Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie": è stata effettuata la revisione della procedura aziendale dedicata PO 27-OUP 06 REV 2023. Nel mese di marzo 2022 sono state informatizzate le schede di accertamento mirato, la pianificazione assistenziale prevista in base all'indice di rischio, monitoraggio del fenomeno "Rischio di Caduta" con aggiornamento di database dedicato e*

informatizzazione della *“scheda di Segnalazione della Caduta del Paziente”*, PO19-PED 13 *“Procedura Operativa per la prevenzione e la gestione delle cadute dei degenti pediatrici”* (2018). Nell’ anno 2025 si è tenuto un corso di formazione residenziale: dedicato *“dalla segnalazione della caduta del paziente alle proposte di miglioramento”*, la finalità del corso di aggiornamento si rispecchia nella applicazione della procedura aziendale dedicata alla prevenzione e alla gestione delle cadute dei degenti in ospedale e in *Hospice*, per la presa in cura e per il benessere psicofisico della persona assistita. L’ obiettivo del progetto è la condivisione delle azioni di miglioramento da mettere in atto per ridurre il rischio di caduta dei pazienti, ripercorrendo con i discenti le tappe fondamentali dell’evento caduta, alla segnalazione dell’evento, all’ analisi delle cause. Da gennaio 2025 sono state proposte 5 edizioni del corso di formazione sopradescritto, della durata di circa 90 minuti ciascuno, a cui hanno partecipato 105 operatori Sanitari di cui 13 Medici, 67 infermieri e 25 OSS dell ASL VCO (analisi cadute riferite sia all’ anno 2024 sia al 2025).

14. Racc. N° 14 *“Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici”*: è stata redatta e validata una procedura dedicata PO 03-FARM 08 *“Gestione Chemioterapici Antiblastici”* REV2018, in fase di revisione.
15. Racc. N° 15 *“Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del Codice Triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”*: la procedura PO 05-MCU 03 *“Gestione del Triage”* è in fase di revisione come da linee di indirizzo del 28/05/2019 emesse dal Ministero della Salute che prevedono una diversa modalità di attribuzione dei codici di priorità; è stata redatta e validata la procedura PO 17-OGI 21 *“Procedura operativa Accettazione Ostetrica delle Gravidie”*. Anno di pubblicazione 2019 in revisione
16. Racc. N° 16 *“Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita”*: sono state redatte ed applicate le procedure PO 17-OGI 03 *“Prevenzione MEN”* REV2018, PO 17-OGI 10 *“Prevenzione e Gestione Emorragia Post Partum”* REV2021, PO 17-OGI 04 *“Procedura operativa per l’Assistenza al Travaglio ed al Parto basso rischio BRO”* anno 2024, PO 17-OGI 08 *“Procedura di Assistenza per la distocia di spalla”* REV2020, PO 17-OGI 11 *“Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)”* ultima REV2019, PO 17-OGI 12 *“Procedura per la gestione della Minaccia di Parto Pretermine (MPP)”* ultima REV2014, PO 17-OGI 14 *“Gestione dei Disordini Ipertensivi in Gravidanza e Allegati”* anno 2017, informativa per il consenso informato all’intervento di taglio cesareo REV2020, PO 17-OGI 15 *“Gestione Prolasso di Funicolo”* anno 2017, PO 17-OGI 17 *“Induzione di Travaglio di Parto”* PO 17-OGI 18 *“Management e Assistenza Gravidanza a Termine”* anno 2018, PO 17-OGI 19 *“Organizzazione ed esecuzione Taglio Cesareo in Emergenza (codice rosso)”*, PO 17-OGI 20 *“Diagnosi e Gestione della Rottura Prematura delle Membrane” (PROM)* anno 2019, PO 17-OGI 21 *“Accettazione Ostetrica delle Gravidie”* anno 2019. PO 17-OGI 22 *“Procedura operativa per la gestione delle gravide candidate al VBAC (Vaginal Birth After Caesarean Section)”* anno 2020. PO 17-OGI 23 *“procedura Operativa Partoanalgesia”* anno 2024.
17. Racc. N° 17 *“Riconoscimento e Riconciliazione della Terapia Farmacologica”*: è stata redatta e validata la procedura PO 03-FARM 17 *“Procedura Operativa per la Riconoscimento e*



*Riconciliazione Farmacologica*” anno di pubblicazione 2020. È stato organizzato nell’ anno 2022 un evento formativo n. 20220729, edizioni n. 8 residenziale “Applicazione digitale della Raccomandazione Ministeriale n. 17 ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica. Nell’ anno 2023 revisione Scheda Unica di Terapia informatizzata e formazione sul campo di tutti gli utilizzatori della STU. Inoltre, è stata effettuata la digitalizzazione delle “schede ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica” con implementazione dell’uso della scheda per i reparti di degenza dei due Presidi Ospedalieri e per l’*Hospice* dell’ASL VCO. Dal mese di settembre 2023 a gennaio 2024 sono stati organizzati corsi di formazione (Webinar) e formazione sul campo di tutti gli operatori Sanitari dell’ASL VCO fruitori della *scheda ricognizione/riconciliazione*. La digitalizzazione della scheda dedicata alla Ricognizione/ riconciliazione farmacologica, ha determinato la possibilità di usufruire dei dati nelle fasi di transizione del paziente tra i diversi *setting* di cura.

18. Racc. N° 18 *“Per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli in quanto l’uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, può indurre in errore e causare danni ai pazienti”*: è stata redatta e validata la PO 03-FARM 16 *“Procedura Operativa Aziendale per la Prevenzione degli Errori in Terapia conseguenti all’uso di Abbreviazioni, Acronimi, Sigle e Simboli”* anno di pubblicazione 2020.

19. Racc. N° 19 *“Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide”*: è stata redatta e validata la procedura PO 03-FARM 19 *“Procedura Operativa Aziendale per la Manipolazione delle Forme Farmaceutiche Orali Solide”* con pubblicazione anno 2022.

Le Procedure Aziendali di recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali sono pubblicate nel sito Internet Aziendale accessibile dall’utenza esterna.

## ALTRI OBIETTIVI REGIONALI

Nell’ anno 2025 sono state trasmesse all’ dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) n° 3 Rappresentazione di Esperienza “Buone pratiche “Tematica OMS “Cura sicura per ogni neonato e ogni bambino”:

1. Codice Bimbo un DEA a misura di bambino
2. Percorso Trasfusionale nel Dipartimento Materno Infantile
3. Scheda osservazione neonati in *Rooming in*

- Mantenimento dell’attività per l’Accreditamento Istituzionale dell’ASL VCO in seguito a verifica ispettiva nelle giornate del 29 e 30 settembre 2020, recepimento del rapporto di verifica ispettiva ARPA nota prot. n° 78776 del 02/10/2020 con prot. ASL VCO n° 57492 del 06/10/2020 e predisposizione del PdM prot. ASL VCO n° 67512 del 13/11/2020 in risposta, recepimento del rapporto finale da parte dell’Organismo Tecnicamente Accreditante nota prot. n. 104842 del 18/12/2020 con prot. ASL VCO n° 76548 del

18/12/2020, atto della Regione DD 81/A1400A/2021 del 21/01/2021 e successiva nota prot. n° 10504 del 04/02/2021 per SIMT.

- Informatizzazione delle schede PRIMA e PRIMA-P e della scheda PRIMA-O.

Per la gestione del monitoraggio dei pazienti adulti, è stato organizzato Evento formativo FAD “Rischio Clinico e Emergenza Intraospedaliera: dalla scheda P.R.I.M.A. all’allerta MET” (anno 2022- anno 2024).

Sono stati raccolti e valutati i dati di utilizzo scheda digitale PRIMA con la collaborazione dei fornitori GPI Group. Di cui:

- ✓ N. (%) di Unità Operative che utilizzano scheda PRIMA/ totale Unità Operative eroganti ricoveri anno 2025: **62/77 (80,5%)**
  - ✓ N. (%) pazienti ricoverati (ordinari DH DS ambulatoriali) con scheda PRIMA/ totale pazienti dimessi anno 2025: **11108/12531 (88,6%)**.
- Trasmissione da parte del Referente dell’Incarico Professionale “Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale e Governo Clinico: Medical Malpractice” alla SOC Gestione Economica Finanziaria quanto richiesto dal Questionario Enti del SSN – Sezione delle autonomie – Relazioni per la Corte dei Conti sulle attività svolte nell’anno 2024, punto **22** *attività sistematica svolta dall’ ASL VCO al fine di monitorare, prevenire e gestire il rischio sanitario (“Risk management”), ai sensi dell’art. 1, co 539, l.n. 202015. 221* Sistema di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*Risk Management*) ai sensi dell’art. 1 comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall’art.2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 “le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) per l’esercizio dei seguenti compiti: d-bis). Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria” punto **24.4** *nell’ambito delle procedure attivate dall’ ente è previsto l’aggiornamento /miglioramento.*