



**Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale e
Governare 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

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI ANNO 2024 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, 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 2024	1
Sommario	1
EVENTI SENTINELLA	2
SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING	3
Eventi 2024	4
Cadute Accidentali	4
Altri eventi 2024.....	17
Reazioni Avverse a Farmaci e Vaccini	17
Violenza contro Operatori.....	18
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024.....	19
ALTRE AZIONI DI MIGLIORAMENTO IN RIFERIMENTO ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	22
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 sono attualmente 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).



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 2024 non sono stati segnalati 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 (attualmente in revisione) 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 2024

Sono stati segnalati alla Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale n. 175 aumento del 27% rispetto all' anno 2023 (137 nel 2023) **eventi potenzialmente avversi**, di cui 140 **riferibili a cadute** (120 nel 2023), di queste, il 18% (25) sono riferibili a cadute non prevedibili, ne prevenibili ne accidentali, cadute verosimilmente legate a simulazioni o cause patologiche.

Cadute Accidentali

Tutte le segnalazioni di caduta sono state valutate, il **35%** delle 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 **29 RCA (Route Case Analysis)**, selezionate in relazione alle particolari circostanze di accadimento e di gravità degli esiti.

Nell' anno 2024 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 nell'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. Dal mese di marzo dell'anno 2024 a dicembre 2024, il Coordinatore DiPSa Processo Gestione Rischio Clinico – Ricerca ha tenuto **8 edizioni** del corso di formazione, sopradescritto, della durata di circa 90 minuti, a cui hanno partecipato **69 operatori sanitari** di cui 50 Infermieri, 17 O.S.S. (Operatori Socio Sanitari) e 2 fisioterapisti, sono state coinvolte nella formazione le SOC Medicina Interna di Domodossola Neurologia, Dipartimento Chirurgico di Verbania, Chirurgia Generale Domodossola, Otorinolaringoiatria Domodossola, SPDC Verbania e Fisioterapia di Domodossola. È previsto per l'anno 2025 la riedizione del corso residenziale e un corso in FAD "prevenzione e gestione delle cadute dei degenti in Ospedale e in Hospice" accreditato della durata di 6 ore, saranno coinvolti nella formazione 350 Operatori Sanitari per ciascuna edizione.

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

- **Area di accadimento:** il **43%** sono avvenuti nel Dipartimento Medico, il **18,5%** nel Dipartimento Chirurgico, il **9 %** al DEA di cui 1 caso di caduta presso il Punto Nascita, il **25%** di cadute si sono verificate nelle strutture territoriali, di cui 29 in SPDC e 6 in *Hospice*),
- **Totale pazienti caduti n° 124, il 12 % (16) rappresenta i pazienti che sono caduti 2 o più volte durante lo stesso ricovero.**
- **Età media** dei pazienti:**74anni**.
- **Genere maschile** rappresenta il **64%**degli eventi caduta.
- **Pazienti COVID-19** tot n°5 casi pari al **4%**
- **Ricognizioni/riconciliazioni farmacologiche** prima della caduta pari a 69 e dopo la caduta: n° **71** casi rispetto alle 140 segnalazioni pervenute alla Segreteria Unita di Gestione Rischio Clinico nell' anno 2024.

La tabella n. 1 illustra le tipologie di farmaci assunti dai pazienti e segnalati in "scheda di segnalazione caduta" anno 2024.

Farmaci Assunti	Numero Schede
Antiarritmici	18
Ipotensivi	45
Sedativi del SNC	67
Diuretici	57
Altro	45

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	25
Tentativo di scavalcare le spondine	29
Sponda abbassate	14

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	4
Contenzione Farmacologica	7
Contenzione Fisica	6

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 2024

Tipologia di lesione	N° schede
Nessuna	69
Trauma minore	63
Trauma maggiore	2

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.

Luogo della caduta	N° schede	%
Camera di degenza	105	75%
Bagno	15	11%
corridoio	9	6%
Altro	11	8%
Totale	140	100%

Tabella 5

La tabella n° 6 illustra le modalità di caduta dei pazienti, il numero e le relative percentuali estrapolate dalla "scheda di segnalazione della caduta del paziente" dichiarate dagli operatori sanitari.

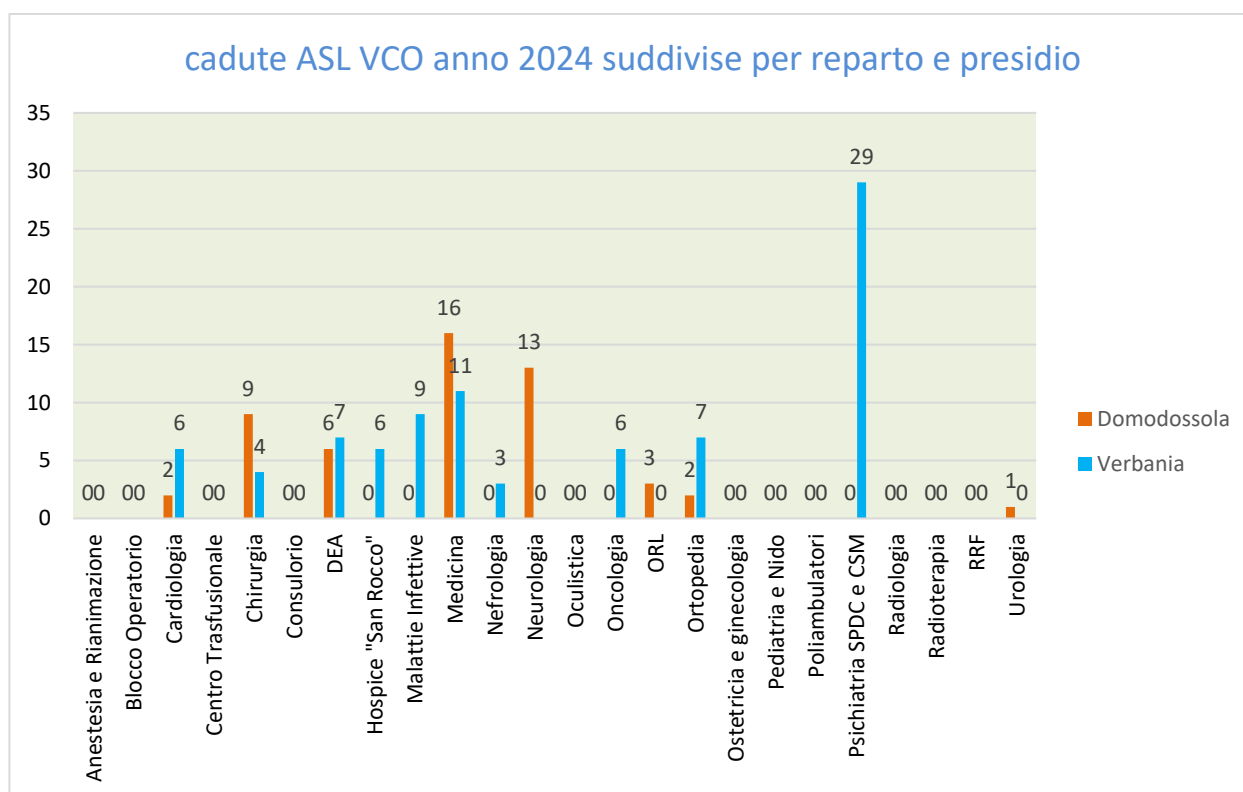
Modalità della caduta	N° schede	%
Dal letto /barella	66	47%
Dalla carrozzina	14	10/%
Dalla sedia /poltrona	6	4%
Durante l'igiene personale	1	1%
Durante minzione/evacuazione	5	3%
In deambulazione	28	20%
Altro	21	15%
Totale	140	100%

Tabella 6

l'*incident reporting* dal 1° marzo 2022 è stato gestito con la Cartella Clinica Informatizzata, 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 da Procedura Aziendale (PO 27-OUP 26 Prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale e *Hospice* (ultima revisione Maggio 2023).

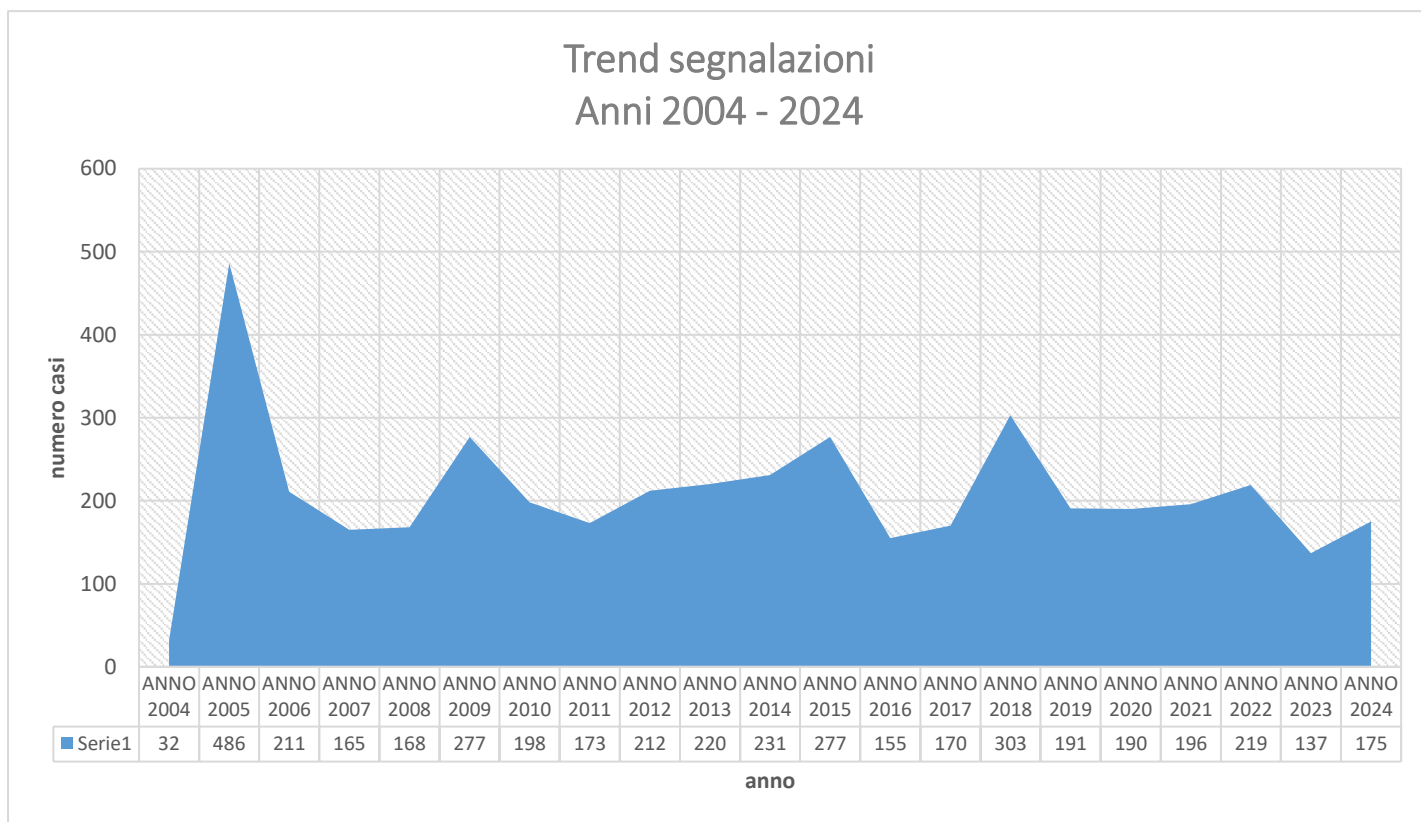
Le cadute si confermano il più comune evento avverso segnalato negli ospedali che colpisce persone fragili, anziane affette da multipatologie o da patologie neuro-psichiatriche e, dall'anno 2020, è osservabile una correlazione nei pazienti COVID-19.

A seguire i grafici di dettaglio:





Di seguito il trend e la sintesi in grafici delle segnalazioni pervenute nell'anno 2023:



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

QUASI EVENTI/ EVENTI POTENZIALMENTE AVVERSI anno 2024 diversi da caduta						
N	PROTOCOLLO	AREA DI APPARTENENZA A SEGNALANTE	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	DANNO Esempio: senza danno, danno materiale infortunio operatore ecc.	Affidamento e AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1.	Segnalazione n° 5/24 protocollo n° 3439 del 17/01/24 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Sollecito protocollo n° 3439	Rianimazione/ UTIC PO Verbania	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per turno: 6	SENZA DANNO	DSPO/DIPSA Protocollo n° 46778 Del 16/07/2024 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Azioni di miglioramento Formazione del personale SOC Cardiologia per acquisizione competenze gestione pz ricoverati presso (rianimazione e UTC



	del 17/04/24					Cardiologia e rianimazione/UTC unica SOC
2.	Segnalazione n° 6/24 protocollo n° 3439 del 17/01/24 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Sollecito protocollo n° 3439 del 17/04/24	Rianimazione/ UTIC PO Verbania	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per turno: 6	SENZA DANNO	DSPO/DIPSA Protocollo 46778 del 16/07/2024 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Azioni di miglioramento Formazione del personale SOC Cardiologia per acquisizione competenze gestione pz ricoverati presso (rianimazione e UTC Cardiologia e rianimazione/UTC unica SOC
3.	Segnalazione n° 7/24 protocollo n° 3439 del 17/01/24 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Sollecito protocollo n° 3439 del 17/04/24	Rianimazione/ UTIC PO Verbania	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per turno: 6	SENZA DANNO	DSPO/DIPSA Protocollo 46778 del 16/07/2024 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Azioni di miglioramento Formazione del personale SOC Cardiologia per acquisizione competenze gestione pz ricoverati presso (rianimazione e UTC Cardiologia e rianimazione/UTC unica SOC
4.	Segnalazione n° 8/24 protocollo n° 3439 del 17/01/24 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Sollecito protocollo n° 3439 del 17/04/24	Rianimazione/ UTIC PO Verbania	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per turno: 6	SENZA DANNO	DSPO/DIPSA Protocollo 46778 del 16/07/2024 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Azioni di miglioramento Formazione del personale SOC Cardiologia per acquisizione competenze gestione pz ricoverati presso (rianimazione e UTC Cardiologia e rianimazione/UTC unica SOC
5.	Segnalazione n° 9/24 protocollo n° 3439 del 17/01/24 Protocollo	Rianimazione/ UTIC PO Verbania	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per	SENZA DANNO	DSPO/PIPSA Protocollo 46778 del 16/07/2024 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10



	unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Sollecito protocollo n° 3439 del 17/04/24			turno: 6		Azioni di miglioramento Formazione del personale SOC Cardiologia per acquisizione competenze gestione pz ricoverati presso (rianimazione e UTC Cardiologia e rianimazione/UTC unica SOC
6.	Segnalazione n° 10/24 protocollo n° 3439 del 17/01/24 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Sollecito protocollo n° 3439 del 17/04/2024	Rianimazione/UTIC PO Verbania	Ricovero pazienti numericamente improprio	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili organico infermieristico previsto per turno: 6	SENZA DANNO	DSPO/DIPSA Protocollo 46778 del 16/07/2024 Protocollo unico per segnalazioni 5/6/7/8/9/10 Azioni di miglioramento Formazione del personale SOC Cardiologia per acquisizione competenze gestione pz ricoverati presso (rianimazione e UTC Cardiologia e rianimazione/UTC unica SOC
7.	Segnalazione n° 18/24 Protocollo n 8549 del 07/02/2024 Protocollo unico per segnalazioni 18/19/20/21	Dipartimento Patologie Mediche Cardiologia PO Verbania	Mancata tracciabilità monitoraggio parametri vitali	Mal funzionamento centrale di monitoraggio pazienti Mail DSO del 07/02/2024	DANNO organizzativo allungament o tempi di erogazione delle prestazioni	TECANO
8.	Segnalazione n° 19/24 Protocollo n 8549 del 07/02/2024 Protocollo unico per segnalazioni 18/19/20/21	Dipartimento patologie Mediche Cardiologia PO Verbania	Mancata tracciabilità monitoraggio parametri vitali	Mal funzionamento centrale di monitoraggio pazienti Mail DSO del 07/02/2024	DANNO organizzativo allungament o tempi di erogazione delle prestazioni	TECANO
9.	Segnalazione n° 20/24 Protocollo n 8549 del 07/02/2024 Protocollo unico per segnalazioni 18/19/20/21	Dipartimento Patologie Mediche Cardiologia PO Verbania	Mancata tracciabilità monitoraggio parametri vitali	Mal funzionamento centrale di monitoraggio pazienti Mail DSO del 07/02/2024	DANNO organizzativo allungament o tempi di erogazione delle prestazioni	TECANO
10.	Segnalazione n° 21 /24 Protocollo n 8549 del 07/02/2024	Dipartimento Patologie Mediche Cardiologia PO	Mancata tracciabilità monitoraggio parametri vitali	Mal funzionamento centrale di monitoraggio	DANNO organizzativo allungament o tempi di erogazione	TECANO



	Protocollo unico per segnalazioni 18/19/20/21	Verbania		pazienti Mail DSO del 07/02/2024	delle prestazioni	
11.	Segnalazione n°23/24 Protocollo n 8598 del 07/02/24 Audit: protocollo n 14881/24 del 01/03/2024 Seconda convocazione e Audit: Protocollo n 16844/24 del 08/03/2024	Dipartimento materno-infantile SOC Pediatria	Ritardo nel trasferimento presso struttura di II/III livello	Criticità ricovero presso SOC Pediatria		GIRCAGC AUDIT 22/05/2024 Azioni di miglioramento: 1. Prevedere l'elaborazione, la validazione e la pubblicazione di procedura dedicata al percorso Radiodiagnostico del paziente politraumatizzato con riferimenti inerenti il paziente pediatrico. (MCU) 2. Favorire la condivisione della procedura Operativa con gli operatori sanitari coinvolti nel percorso e tracciarne la diffusione. GIRCAGC Protocollo 34182/24 del 22/05/2024 Trasmissione a DG azioni di miglioramento
12.	Segnalazione n 29/24 protocollo n14963 Del 01/03/2024	Dipartimento Chirurgico SOC Urologia PO Domodossola	Possibile Esito istologico temporaneo non sovrapponibile istologico definitivo allungamento tempo di attesa per asportazione neoformazione	Comunicazione inefficace	DANNO paziente. Ritardo nell'azione terapeutica	SOC Anatomia Patologica Prot 17281/24 del 11/03/2024 Revisione PO 02-AP14, acquisizione tecnologia digital pathology per second- opinion da remoto, formazione operatori utilizzo tecnologia GIRCAGC Protocollo n 19305 Del 19/03/2024 Incontro in data 27/03/2024 dirigente GIRCA con direttore urologia, direttore anatomia patologica e dirigente medico anatomia patologica: richiesta di acquisizione tecnologica per second- opinion. Refertazione scritta dell'esito dell'indagine istologica in concomitanza alla comunicazione telefonica al chirurgo operante in sala operatoria. Incontro da remoto in data 16/05/2024 dirigente GIRCA, Direttore Urologia, Direttore Anatomia Patologica, Dirigente Medico Anatomia patologica. RCA GIRCAGC



						Prot. 41614 del 24/06/2024 1. Azioni di miglioramento - Richiesta di acquisizione tecnologica per second- opinion. 2. - Revisione procedura dedicata (Refertazione scritta dell'esito dell'indagine istologica in concomitanza alla comunicazione telefonica al chirurgo operante in sala operatoria)
13.	Segnalazione n° 34 /24 Protocollo n 19409 Del 19/03/2024	Dipartimento patologie mediche PO Domodossola Cardiologia	Trasferimento paziente dall' ortopedia all ' UTIC non sostenuto da documentazione clinica.	Tempo di attesa superiore ai 90 minuti per arrivo in sede del medico ortopedico reperibile per aggiornamento clinico e terapeutico con conseguente trasferimento informatico della documentazion e clinica.		DSO Dipartimento Patologie chirurgiche e SOC Ortopedia DSO Prot. 29589 del 02/05/2024 Azioni di miglioramento Messo in atto disposizioni previste dalla pronta disponibilità
14.	Segnalazione n° 35/24 Protocollo n° 19641 del 20/03/2024	SIMT PO Verbania	Scambio provette Men 1 Men 2 determinazione gruppo sanguigno madre- figlio		Nessun danno	DiPSa Protocollo n 35176 del 27/05/2024 Azione di miglioramento Revisione PO operative dedicate
15.	Segnalazione N°47/24 Protocollo n° 26041 Del 16/04/2024	DSM SOSD SPDC	Somministrazione e farmaco dosaggio errato (Somministrato doppio dosaggio 400 mg di Zuclopentixolo Decanoato)	Mancata verifica della prescrizione medica (dosaggio farmaco)	Nessun danno al paziente Monitoraggi o attività cardiaca per 48 ore	DIPSA Prot 40313 del 18.6.2024 DIPSA – Azioni di miglioramento: 1. presa visione di procedura dedicata “gestione clinica dei farmaci e Raccomandazione Ministeriale. 2. organizzazione partecipazione corsi di formazione gestione terapia e responsabilità del personale infermieristico coinvolto.
16.	Segnalazione n° 48/2024 Protocollo n 31310 del 10/5/2024	Anatomia patologica	Scambio di referto istologico	Errore umano	Ritardo nella azione terapeutica	Anatomia Patologica RCA GIRCAGC Prot.n. 40120 del 17/06/2024 Azioni correttive: Revisione procedura dedicata



17.	Segnalazione n° 56/2024	Dipartimento chirurgico SOC Ortotraumatologia Domodossola	Segnalazione affine alla 36			Non protocollata stessa problematica della segnalazione 36 non viene effettuato affidamento
18.	Segnalazione n° 76/2024 Protocollo n 36715 del 03/06/2024	DMI Ostetricia Ginecologia PO Verbania	Mancato STAM in donna gravida 29 sett+3 (Tempo dipendente) Rottura spontanea delle membrane- distacco placentare Taglio cesareo dopo un ora dall' accettazione in DEA ostetricia ginecologia Con nascita di neonato ipotonico e pallido. Sospensione interventi rianimatori dopo un'ora dalla nascita	Mancanza di posti letto in HUB di riferimento Assenza di pulsante di allert in ambulatorio dedicato per accessi dea (ambulatorio ubicato all' esterno della SOC Ostetricia ginecologia.)	Distacco di placenta	DSO Audit del 06/08/2024 Azioni di miglioramento: 1. Simulazione emergenze ostetriche presso Ostetricia ginecologia- 2. Installazione pulsante allarme campanello emergenza Ambulatorio accettazione pz atrio degenza 3. In corso aggiornamento PO dedicata gestione taglio cesareo in emergenza
19.	Segnalazione n° 95/2024 Protocollo n 4677 del 16/07/2024	Territorio Cure domiciliari Verbania	Preparazione/diluizione farmaco stupefacente in elastomero, non corrispondente alla prescrizione	Errore umano	Nessun danno sul paziente (Sonnolenza)	RCA GIRCAGC Protocollo n 4677 del 16/07/2024 convocazione per audit del 01/08/2024 Prot 45994 del 11.7.2024 Distretto Vb - Prot 46000 del 11.7.2024 Cure Palliative - Prot 46147 del 12.7.2024 Rischio Clinico - - Prot. Verbale riunione del 01/08/2024 rischio clinico - Prot.n° 57160/24 RCA DIPSA del 06/09/2024 Azioni di miglioramento: 1. Doppio controllo fase completamento richiesta informatizzata programma ACCES. 2. Elaborazione procedura dedicata gestione elastomero.



						3. Elaborazione documento unico diario clinico integrato per cartella clinica cartacea territorio.
20.	Segnalazione n° 103/2024 Verbale del 25/07/2024	DSM SPDC	Ricovero minore in reparto per adulti	Nessuna disponibilità di posto letto in SPDC infantile in regione e extraregionale	Nessun danno sul paziente	Incontro: 26/07/2024 Riunione one-line GIRCAGC, Direzione generale, direttore NPI, direttore SPDC. Direttore DIPSA, Responsabile Territorio Di.P.Sa In data 27/07/2024 pervenuto approfondimento segnalazione (infermieri SPDC) Prot 51252 Verbale riunione del 06/08/2024. Azioni di miglioramento: 1. Assunzione a tempo determinato 3 OSS cooperativa per garantire assistenza 1:1 2. Formazione operatori sanitari, dedicata alla segnalazione eventi avversi o potenzialmente avversi
21.	Segnalazione n° 110/2024 Protocollo n° 53700 del 20/08/2024	Anatomia patologica	Compilazione richieste manuali	Interruzione programma Armonia Web	Nessun danno al paziente	GIRCAGC Protocollo n° 53700 del 20/08/2024 Azioni di miglioramento: Applicazione corretta della procedura d'urgenza in caso di malfunzionamento del programma dedicato.
22.	Segnalazione n° 114/2024	DIM Ostetricia Ginecologia PO Verbania		Nascita di feto flaccido e senza emissione di vagiti. APGAR a 1 minuto dalla nascita = 1	No evento avverso	Come da referto autopsia del 18/10/2024
23.	Segnalazione n° 115/2024 Protocollo n° 53752 del 20/08/2024 sostituito da Prot 57575 del 09/09/2024	Dipartimento chirurgico SOC Ortotraumatologia PO Domodossola	Mancata visita paziente da parte di medico Ortopedico reperibile	Disservizi Reperibilità Ortopedia	Ritardo atti terapeutici (nessun danno al paziente)	DSO e SOC Ortotraumatologia Protocollo n° 65275 Del 09/10/2024 Confronto con professionisti esterni GIRCAGC Protocollo n° 70360 del 30/10/2024 Richiesta di relazione al Direttore SOC Ortotraumatologia su incontro con professionisti



						esterni
24.	Segnalazione n° 117/2024 Protocollo n° 55392 del 29/08/2024	SPDC	Aggressione Operatori			Inoltrata segnalazione a SOC prevenzione e prevenzione per competenza
25.	Segnalazione n° 118/2024 protocollo n° 57527 del 09/09/2024	SIMT	Mancata applicazione procedura dedicata per gestione urgentissima unità di sangue presso SOC Pediatria/ Neonatologia	Scorretta gestione modalità richiesta urgentissima di sacca di sangue	Nessun danno al paziente	SOC DIPSА SOC DSO Protocollo n° 74092/24 Condivisione da parte dell'equipe assistenziale SOC Ostetricia-Ginecologia della procedura Operativa dedicata, PO 01-CT11 Procedura operativa per la gestione delle richieste di sangue urgentissime
26.	Segnalazione n° 119/2024 Protocollo n° 57517 del 09/09/2024	SIMT	Mancata applicazione procedura dedicata al trasporto e conservazione sacca emoderivati Nefrologia VB	Conservazione scorretta di emoderivati in sede non idonea utilizzo di frigorifero per trasporto invece di emoteca dell'ospedale ricevente	Nessun danno al paziente	DIPSА Protocollo n° 803107/24 - condivisioni dell'equipe assistenziale delle procedure dedicate per la sicurezza della terapia trasfusionale. - Revisione procedura per trasporto emocomponenti durante il trasferimento dei pazienti da un presidio ospedaliero all' altro. GIRCAGC Protocollo n° 81168 del 13/12/2024 Valutazione necessità di revisione della procedura dedicata a SIMT ASL VCO
27.	Segnalazione n° 120/2024 Protocollo n° 57505 del 09/09/2024	Blocco operatorio PO Domodossola	Indisponibilità DPI (gorgiere)	In uso gorgiere non funzionali, non indossabili per mancata tenuta della chiusura.	Segnalazione incongrua	Inoltro a Fisica Sanitaria per competenza
28.	Segnalazione n° 122/2024 Protocollo n° 57488 del 09/09/2024	SPDC	Aggressione Operatori			Inoltrata segnalazione a SOC prevenzione e prevenzione per competenza
29.	Segnalazione n° 148/2024 Protocollo n° 72911 del 11/11/2024	Blocco operatorio PO Domodossola	Indisponibilità DPI (gorgiere)	In uso gorgiere non funzionali, non indossabili per mancata tenuta della chiusura.	Segnalazione incongrua	Inoltro a Fisica Sanitaria per competenza
30.	Segnalazione n° 153/2024	Rianimazione	Ricovero pazienti numericamente	Ricoverato un paziente in più	Nessun danno ai	DSO



	Protocollo n° 57784 del 21/11/2024	PO Domodossola	improprio oltre le 12-24 ore (posti letto 6 pazienti ricoverati 7)	rispetto ai letti disponibili e all' organico infermieristico previsto per turno	pazienti Problema organizzativo	Protocollo n 81075 del 13/12/2024 in contro con equipe assistenziale Rianimazione Presidio ospedaliero Domodossola.
31.	Segnalazione n° 154/2024 Protocollo n° 76396 del 25/11/2024 Unico protocollo segnalazione N° 154/24 n° 155/24 N°156/24 N° 159/24 N° 160/24	Rianimazione PO Domodossola	Ricovero pazienti numericamente improprio oltre le 12-24 ore (posti letto 6 pazienti ricoverati 7) Segnalazione sovrapponibile alla segnalazione 153/155/156/159 /160	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili e all' organico infermieristico previsto per turno	Nessun danno ai pazienti Problema organizzativo	DSO Protocollo n 81075 del 13/12/2024 in contro con equipe assistenziale Rianimazione Presidio ospedaliero Domodossola.
32.	Segnalazione n° 155/2024 Protocollo n° 76396 del 25/11/2024 protocollo unico per segnalazioni n° 154/24 n° 155/24 N°156/24 N° 159/24 N° 160/24	Rianimazione PO Domodossola	Ricovero pazienti numericamente improprio oltre le 12-24 ore (posti letto 6 pazienti ricoverati 7) Segnalazione sovrapponibile alla segnalazione 153/154/156/159 /160	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili e all' organico infermieristico previsto per turno	Nessun danno ai pazienti Problema organizzativo	DSO Protocollo n. 81075 del 13/12/2024 in contro con equipe assistenziale Rianimazione Presidio ospedaliero Domodossola.
33.	Segnalazione n° 156/2024 Protocollo n° 76396 del 25/11/2024 Unico Protocollo per segnalazioni n°154/24 n° 155/24 N°156/24 N° 159/24 N° 160/24	Rianimazione PO Domodossola	Ricovero pazienti numericamente improprio oltre le 12-24 ore (posti letto 6 pazienti ricoverati 7) Segnalazione sovrapponibile alla segnalazione 153/154/155/159 /160	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili e all' organico infermieristico previsto per turno	Nessun danno ai pazienti Problema organizzativo	DSO Protocollo n. 81075 del 13/12/2024 in contro con equipe assistenziale Rianimazione Presidio ospedaliero Domodossola.
34.	Segnalazione n° 159/2024 Protocollo n° 76396 del 25/11/2024	Rianimazione PO Domodossola	Ricovero pazienti numericamente improprio oltre le 12-24 ore	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili e all' organico	Nessun danno ai pazienti Problema	DSO Protocollo n. 81075 del 13/12/2024 in contro con equipe assistenziale Rianimazione



	Unico protocollo segnalazione N° 154/24 n° 155/24 N°156/24 N° 159/24 N° 160/24		(posti letto 6 pazienti ricoverati 7) Segnalazione sovrapponibile alla segnalazione 153/154/155/156/160	infermieristico previsto per turno	organizzativo	Presidio ospedaliero Domodossola.
35.	Segnalazione n° 160/2024 Protocollo n° 76396 del 25/11/2024 Unico protocollo segnalazione N° 154/24 n° 155/24 N°156/24 N° 159/24 N° 160/24	Rianimazione PO Domodossola	Ricovero pazienti numericamente improprio oltre le 12-24 ore (posti letto 6 pazienti ricoverati 7) Segnalazione sovrapponibile alla segnalazione 153/155/156	Ricoverato un paziente in più rispetto ai letti disponibili e all' organico infermieristico previsto per turno (7 pz, letti disponibili 6)	Nessun danno ai pazienti Problema organizzativo	DSO Protocollo n. 81075 del 13/12/2024 in contro con equipe assistenziale Rianimazione Presidio ospedaliero Domodossola.

Altri eventi 2024

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 **2024** sono state gestite e processate in Rete Nazionale di Farmacovigilanza: n° **28** segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADRs) -25% vaccini, -18% Farmaci per patologie cardiache, -14% Farmaci per patologie reumatiche e dermatologiche, -11% Farmaci oncologici, -11% Farmaci per diabete, -11% Farmaci per patologie psichiatriche, -7% Farmaci per la sclerosi multipla, -3% Altro.

Relativamente alla tipologia di segnalatore, n° **12 (43,0%)** segnalazioni di ADRs sono pervenute da medici ospedalieri, n° **7 (25%)** segnalazioni da MMG e n° **6 (21%)** da cittadini, **2** segnalazioni sono pervenute da farmacisti e **1** segnalazione da PLS.

Gli eventi avversi da farmaci e vaccini segnalati in RNF come non gravi sono n° **21 (65%)**, le segnalazioni considerate gravi sono n° **7 (35%)**.

In merito all'attività di informazione al personale sanitario sono state inviate n° **9** Note Informative di Farmacovigilanza.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati trasmessi al Ministero della salute attraverso il portale Dispovigilance n° 2 rapporti di incidente comunicati da parte di operatori sanitari con dispositivo medico e sono stati gestiti n° 35 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 Procedura 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 Coordinamento Aziendale Nuovo Ospedale (TECANO), l'ingegneria clinica e l'UPRI nella gestione di segnalazioni di malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.

Violenza contro Operatori

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) e successivamente elaborati dal "Governo Clinico, Qualità, Appropriatelyzza, Rischio Clinico".

Nell'anno 2024 sono pervenute alla SOS SPP n° **85** schede di segnalazione di comportamenti aggressivi contro gli operatori, con un aumento rispetto all'anno 2023 del 37%.

Nello specifico, sono stati segnalati i seguenti episodi:

1. n. 39 (n. 19 nel 2023) di violenza verbale-fisica;
2. n. 41 di violenza solo verbale (n. 41 nel 2023)
3. n. 5 di violenza verbale e contro la proprietà

N. **46** episodi di violenza hanno coinvolto l'SPDC, mentre 15 hanno coinvolto i DEA e 5 il SERD. Degli 85 episodi n. 65 sono stati agiti da parte di pazienti/utenti, n. 16 episodi da parte di accompagnatore di paziente e n. 4 da parte di colleghi.

Nel **76,4%** (74,2% nel 2023) dei casi l'aggressore è stato un paziente, così come per il **18,8%** (22,6 % nel 2023) un accompagnatore, nel **5,8 %** (3,2% nel 2023) un collega.

Negli **85** casi segnalati nell' anno 2024, sono stati coinvolti un totale di 162 operatori.

E stato trasmesso all' UGRC Regionale il Report Aziendale - monitoraggio degli episodi di violenza connessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie-sociosanitarie nell' esercizio delle loro funzioni (Dati richiesti ai fini *ONSEPS*) con e posta certificata 001212/24 da protocollo ASL VCO a Sanità Regione Piemonte in data 08/01/2024 e successiva integrazione in data 10/01/2024. Tutte le segnalazioni di aggressioni occorse nel 2024 sono state caricate sul portale SIMES, con le modalità e tempistiche definite da AGENAS- ONSEPS.

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 attivato 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. Annualmente i risultati sono oggetto di verifica e valutazione quali obiettivi aziendali concordati in sede di firma delle schede di budget. La verifica dell'efficacia di tale monitoraggio è affidata al confronto con l'OIV.



AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024

In seguito ad alcune analisi di segnalazioni che hanno messo in luce carenze digitali di tracciamento di percorsi di sistema e di materiale/dispositivi medici si è provveduto a organizzare incontri per visionare modalità alternative e innovative (es. braccialetto elettronico, *Digital Pathology* con tecnologia *Whole Slide Imaging – WSI*, APP dedicate al posizionamento paziente in sala operatoria).

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:

<i>Eventi formativi/informativi realizzati nell'anno in relazione alla tematica "Rischio clinico"</i>	
Evento Formativo n 47782, edizioni n 1 Gli interventi di prevenzione indicata nelle infezioni sessualmente trasmesse	Partecipanti n. 36
Evento formativo n. 48490, edizioni n. 2 Come si prepara un caso clinico	Partecipanti n. 24
Evento Formativo n 45825, edizioni n 1 Gli interventi di prevenzione indicata nelle infezioni sessualmente trasmesse	Partecipanti n. 20
Evento formativo n. 47018, edizioni n. 1 Residenziale DAIRI dipartimento attività integrate ricerca e innovazione: la rete regionale della ricerca	Partecipanti n. 55
Evento formativo n 20240535, edizioni n. 4 Blended "Chirurgia corneale: DEMEK, DSAEK e PTERIGIO"	Partecipanti n. 10
Evento formativo n 48812, edizione n 1 Residenziale "Corso Pratico Teorico: Urgenze ed emergenze in sala parto"	Partecipanti n. 24
Evento formativo n 47510, edizioni n. 1 La Lean management organization. Innovazione organizzativa nell' Asl Vco. Seconda edizione	Partecipanti n. 79
Evento formativo n 46357, edizioni n. 3 sul campo- gruppi di lavoro "La Lean Organization"	Partecipanti n. 49
Evento formativo n 48517, edizioni 1 Lean healthcare - certificazione base	Partecipanti n 21
Evento formativo n 46601, edizioni 4 sul campo-gruppi di lavoro Il cross over nell'area disagio psicosociale (CSM Domodossola)	Partecipanti n. 4
Evento formativo n 20240755, edizioni n. 8 Residenziale Dalla segnalazione della caduta del paziente alle proposte di miglioramento	Partecipanti n. 68
Evento formativo n 48746, edizioni n. 4 Residenziale Corso teorico pratico: impianto ecoguidato di cannule periferiche	Partecipanti n. 34
Evento formativo n 47984, edizioni n. 16 Residenziale Corso di formazione sulle infezioni correlate all' assistenza in ambito ospedaliero	Partecipanti n. 452
Evento formativo n 45868, FAD, edizione n. 1 "Igiene delle mani: misura fondamentale per ridurre l'insorgenza di I.C.A".	Partecipanti n. 154
Evento formativo n 47236, edizioni n. 1 Residenziale Corso teorico-pratico di impianto ecoguidato di cvp	Partecipanti n. 4
Evento formativo n 45871, edizione n.1 FAD "COVID19: gestione di eventi infettivi, il corretto uso dei dispositivi di protezione individuale"	Partecipanti n. 175
Evento formativo n48721, edizioni n. 2 Residenziale	Partecipanti n. 21



“La cartella clinica informatizzata: responsabilità infermieristica, specificità e utilizzo”	
Evento formativo n 46634, edizioni n. 3 Residenziale La mappatura delle competenze dei professionisti per l'individuazione dei bisogni formativi	Partecipanti n. 18
Evento formativo n 46180, edizioni n. 1 FAD “Il rischio da movimentazione e assistenza dei pazienti”	Partecipanti n. 962
Evento formativo n 47648, edizioni n. 13 Residenziale Il rischio dalla movimentazione manuale dei pazienti: addestramento alle tecniche corrette	Partecipanti n. 132
Evento formativo n 45858, edizioni n. 30 Residenziale “BLS-D: manovre di primo soccorso e utilizzo del defibrillatore”	Partecipanti n. 222
Evento formativo n45859, edizioni n. 5 Residenziale “BLS-D: manovre di primo soccorso e utilizzo del defibrillatore refresh”	Partecipanti n. 23
Evento formativo n 202400282, edizioni n. 1 “Corso di aggiornamento per lavoratori ai sensi dell’Art. 37 del DLG 81/2008” Rischio basso	Partecipanti n. 171
Evento formativo n 47761, edizioni n. 3 Residenziale “Siamo sicuri che non ci sia più niente da fare? Le risposte delle cure palliative”	Partecipanti n. 48
Evento formativo n 47237, edizioni n. 2 Residenziale Gestione della terapia a pressione negativa (npwt) nella cura delle lesioni cutanee	Partecipanti n. 45
Evento formativo n 46589, edizioni n. 3 Residenziale Gestione delle emergenze in sala parto: comitato aziendale 2024	Partecipanti n. 27
Evento formativo n 48890, edizioni n. 1 FAD Immunoterapia nelle neoplasie solide ed ematologiche- la terapia del dolore	Partecipanti n. 92
Evento formativo n 45860, edizioni n. 5 residenziale La formazione per lavoratori addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza ai sensi DEL DLVO 81/2008	Partecipanti n. 73
Evento formativo n 45867, edizioni n. 1 FAD La sicurezza sul lavoro. Corso di aggiornamento quinquennale per i lavoratori	Partecipanti n. 273
Evento formativo n 49052, edizioni n. 1 FAD Linee di indirizzo per lo sviluppo dei percorsi di salute diagnostici-terapeutici assistenziali (PSDTA)	Partecipanti n. 121
Evento formativo n 48419, edizioni n. 1 Residenziale Progetto rete aziendale della ricerca delle professione sanitarie: uno studio di prevalenza	Partecipanti n. 15
Evento formativo n 47895, edizioni n. 2 Residenziale Rischio clinico, <i>Medical malpractice</i> , consenso informato e refertazione in riabilitazione	Partecipanti n. 46
Evento formativo n 47760, edizioni n. 2 Residenziale Valutazione delle lesioni cutanee e guarigione in ambiente umido	Partecipanti n. 48
Evento formativo n 46163, edizioni n. 3, Residenziale “Trasporto secondario paziente critico: TSPC”	Partecipanti n. 21
Evento formativo n 98742, edizioni n.1, Residenziale “Triage Aggiornamento dei protocolli operativi”	Partecipanti n. 9
Evento formativo n47224, edizioni n. 4, Residenziale “Alza lo sguardo... corso base regionale di sensibilizzazione sulla violenza di genere”	Partecipanti n. 90



Evento formativo n 48032, edizioni n. 4, formazione sul campo "Impianto ecoguidato di CVP (tipo midline e mini midline) in ambito ospedaliero e territoriale"	Partecipanti n. 4
Evento formativo n 47634, edizioni n. 4, formazione sul campo Impianto ecoguidato di cannule periferiche in pazienti D.I.V.A.	Partecipanti n. 49
Evento formativo n 47641, edizioni n. 1, FAD La PEER & media education a supporto dei percorsi di promozione del benessere tra i giovani. il ruolo degli operatori della prevenzione	Partecipanti n. 268
Evento formativo n 45862, edizioni n. 11 Residenziale Corso di aggiornamento per addetti antincendio a rischio elevato	Partecipanti n. 110
Evento formativo n 46244, edizioni n.1, sul campo- gruppi di lavoro "Gestione dei casi oncologici complessi in oncologia ed oncoematologia"	Partecipanti n. 8
Evento formativo n 45870, edizioni n. 1 FAD Formazione generale alla salute e sicurezza per i lavoratori (art. 37 del d.lgs. 81/08) Asl Vco- corso Fad 4 ore	Partecipanti n. 110
Evento formativo n 45869, edizioni n. 1 FAD 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	Partecipanti n. 203
Evento formativo n 45865, edizioni n. 1 FAD Formazione specifica alla salute e sicurezza per i lavoratori (art. 37 D.LGS 81/08) - modulo per mansioni a rischio basso	Partecipanti n. 59
Evento formativo n 48434, edizioni n.1, sul campo- gruppi di lavoro "Confronto sulla presa in cura del paziente psichiatrico nell' area territoriale: gestione e aspetti clinico-assistenziali"	Partecipanti n. 63
Evento formativo n 47902, edizioni n. 3, Residenziale Io nel mio gruppo di lavoro comunicazione efficace e dinamiche di gruppo	Partecipanti n. 63
Evento formativo n 49289, edizioni n.1 Residenziale Corso di aggiornamento per RLS	Partecipanti n. 6
Evento formativo n 47613, edizioni n.2 Residenziale La diagnosi funzionale secondo il modello ICF. Percorso e norme	Partecipanti n. 18
Evento formativo n 45872, edizioni n. 1, Residenziale Corso di formazione alla salute e sicurezza per dirigente (art.37 del d.lgs. 81/08)	Partecipanti n. 3
Evento formativo n 45861, edizioni n.2, Residenziale Corso di formazione per preposti ai sensi dell'art. 37 d.lgs. 81/08 - Asl Vco	Partecipanti n. 6
Evento formativo n 20240843, edizioni n.2, Residenziale Responsabilità professionale, legge Gelli Bianco. Trattamento sanitario e consenso informato L.22.12.2017 N. 219	Partecipanti n. 28
Evento formativo n 48517, edizioni n.1, Residenziale "Lean Healthcare-certificazione base"	Partecipanti n.21
Evento formativo n48812, edizioni n.1, sul campo-gruppi di lavoro Corso pratico-teorico "Urgenze ed emergenze in sala parto"	Partecipanti n. 20
Evento formativo n 45873, edizioni n.1, FAD GDPR 2016/679: il regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali	Partecipanti n. 175
Evento formativo n 46117, edizioni n. 13, Residenziale "La modalità organizzativa Primary Nursing"	Partecipanti n.167
Evento formativo n 47394, edizioni n. 1, Residenziale "Comunicare con cura"	Partecipanti n. 12



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. A questo scopo sono state trasmesse ai Direttori di SOC/Dipartimento, a seconda delle tipologie di attività, le griglie di autovalutazione presenti nel Sito del Ministero della Salute, con richiesta di restituzione al Referente del "Governo Clinico, Qualità, Appropriatezza". Sulla base della raccolta delle evidenze aziendali i 19 questionari sono stati trasmessi alla UGR regionale per la validazione e la successiva trasmissione ad AgeNaS.

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.
4. Racc. N° 04 *"Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale"* recepita con PO 27-OUP 04 *"Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale"*.
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 *"Informative 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, è stata redatta e validata la 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 REV2019, PO 17-OGI 17 *“Induzione di Travaglio di Parto”* anno 2018; PO 17-OGI 18 *“Management e Assistenza Gravidanza a Termine”* anno 2019, PO 17-OGI 19 *“Organizzazione del Taglio Cesareo in Emergenza”* anno 2019, 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”*: è stata redatta e validata una procedura dedicata PO 03-FARM 14 *“Segnalazione di Reazione Avversa a Farmaci e Vaccini (Adverse Drug Reaction – ADR)* anno 2019. È stata redatta e validata la 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”*
10. Racc. N° 10 *“Prevenzione dell’Osteonecrosi della Mascella/Mandibola da Bifosfonati”*: la procedura PO 03-FARM 11 *“Gestione dei Bifosfonati REV2019”* 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 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*”.

Nell’ anno 2024 Sono stati organizzati incontri/eventi formativi. Incontri con 69 operatori sanitari delle equipe assistenziali: sono state coinvolte nella formazione le SOC Medicina Interna di Domodossola Neurologia, Dipartimento Chirurgico di Verbania, Chirurgia Generale Domodossola, Otorinolaringoiatria Domodossola, SPDC Verbania e Fisioterapia di Domodossola previsto per l’anno 2025 la riedizione del corso residenziale e un corso in FAD “prevenzione e gestione delle cadute dei degenti in Ospedale e in Hospice” accreditato della durata di 6 ore, saranno coinvolti nella formazione 350 Operatori Sanitari per ciascuna edizione. Nell’ anno 2025 è previsto un Evento formativo n. 6 crediti ECM, FAD, che prevede la partecipazione di 350 operatori sanitari titolo del corso: “Prevenzione e gestione delle cadute dei degenti in Ospedale e in Hospice

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
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*” REV2020, 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 REV2019, PO 17-OGI 14 “*Gestione dei Disordini Ipertensivi in Gravidanza e Allegati*” REV2017, 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*” “*Management e Assistenza Gravidanza a Termine*” anno 2018, PO 17-OGI 19 “*Organizzazione del Taglio Cesareo in Emergenza*” anno 2019 con revisione del modulo “*informativa per il consenso all’intervento di taglio cesareo*” anno 2020 , 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 “*Ricognizione e Riconciliazione della Terapia Farmacologica*”: è stata redatta e validata la procedura PO 03-FARM 17 “*Procedura Operativa per la Ricognizione 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 18 *"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

- E' stata trasmessa nell' anno 2024 ad AGENAS n° 1 Rappresentazione di Esperienza "Buone pratiche" – *Esami di Radiologia Convenzionale a Domicilio*.
- 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 2024: **59/81 (72,8%)**
 - ✓ N. (%) pazienti ricoverati (ordinari DH DS ambulatoriali) con scheda PRIMA/ totale pazienti dimessi anno 2024: 12346/14217 **(86,8%)**.
- 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 2023, punto **31 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. 20872015. 31.1** 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 **33.4 nell’ambito delle procedure attivate dall’ ente è previsto l’aggiornamento /miglioramento.**