

Entro il 31.01.2026 la relazione ed i relativi allegati sono da:

- Inviare e- mail: obiettividgres@regione.piemonte.it rischio.clinico@regione.piemonte.it con oggetto "Obiettivo 4.7 - Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente"
- depositare la documentazione nella piattaforma NEXTSHARE di Regione Piemonte accedendo con le credenziali e configurando l'accesso secondo specifiche indicazioni contenute nel manuale utente;

SCHEDA RENDICONTAZIONE OBIETTIVI ex DGR n. 16-817 del 24 febbraio 2025

Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico 2023 - 2025

Report sulle iniziative e sui risultati
AOU SS ANTONIO E BIAGIO E CESARE ARRIGO – AOU ALESSANDRIA
A 907 _ANNO 2025

Il presente documento individua i contenuti utili al fine della predisposizione del report annuale 2025 sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del Rischio Clinico (Tempistica di realizzazione: entro il 31/01/2026)

**S.C. QUALITÀ e RISK MANAGEMENT ACCREDITAMENTO
AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO**

Azione 1. Monitoraggio sulle iniziative e sui risultati delle ASR e delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate relativi alla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.

Riferimento: Risk Manager

Obiettivo	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Ob. 1. Monitoraggio implementazione Raccomandazioni ministeriali/Linee di indirizzo regionali	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali e L.I. regionali in materia di rischio clinico e sicurezza del paziente.	Compilazione del questionario di valutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della check list per la sicurezza in sala operatoria attraverso sistema di realizzazione AGENAS. Report Aziendale su implementazione L.I. regionali.	Entro il 24 agosto 2025 verifica regionale in sede di validazione dei questionari di valutazione del livello implementazione Raccomandazioni ministeriali compilati dalle ASR su portale "Agenas" come da <i>nota prot. n. 16054 del 9/07/2025.</i> Entro 31.01 di ogni anno report di monitoraggio su anno precedente (implementazione L.I. regionali)	MONITORAGGIO RACCOMANDAZIONI LAURA VOLTA-referente aziendale 2144 SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO-NSIS 010907 Tipo Utente: Compilatore Struttura Struttura: AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO ID Monitoraggio: 382 DEL 31.07.2025 Data Inizio Compilazione: 07/07/2025 Data Fine Compilazione: 30/10/2025 Data Fine Validazione Regionale: 31/10/2025 Data Inizio Revisione: 31/10/2025 Data Fine Revisione: 31/10/2025 Anno di riferimento: 2024 Stato Monitoraggio: Validato dalla Regione Data Stato Monitoraggio: 20/10/2025 16:08:39 Con implementazione di tutte le raccomandazioni, adozione checklist in sala operatoria aggiornata ed annessi allegati di tutti i documenti a valenza aziendale/Procedure.	ID 382 Immagini postate su NEXTSHARE
Ob. 2 Monitoraggio, implementazione e adeguamento linee guida pubblicate ai sensi dell'art. 5 L. 24/2017	Adeguamento a buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni" pubblicate sul snlg-iss	Report aziendale	Entro 31.01 di ogni anno report di monitoraggio su anno precedente	Programma Regionale Gestione del Rischio Clinico Azione 1 e Azione 7 Nell'anno 2025 l'AOU AL ha dato attuazione alle attività previste dal Programma Regionale per la Gestione del Rischio Clinico, in coerenza con la L. 24/2017.	Allegato 1 azione 1 azione 7 postato su NEXSHARE

				<p>Azione 1 – Linee Guida e Buone Pratiche Sono stati individuati quali soggetti competenti il DMP e il Sistema Qualità. È stato effettuato il monitoraggio dell'implementazione delle Linee Guida e delle Buone Pratiche SNLG-ISS, con predisposizione, esame e diffusione dell'elenco aziendale e valutazione dell'impatto sulla documentazione.</p> <p>Documentazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 145 DVA totali (4 nel 2025) • 58 procedure totali (7 nel 2025) • 141 DVA revisionati (20 nel 2025) • 51 procedure revisionate (1 nel 2025) <p>Azione 7 – Cultura della sicurezza Le tematiche relative alle Linee Guida ex art. 5 L. 24/2017 e agli strumenti di analisi del rischio clinico sono state integrate nei percorsi formativi esistenti. È prevista l'attivazione di eventi formativi dedicati nella programmazione aziendale 2026.</p> <p>Le attività svolte hanno garantito il rispetto degli standard regionali e il consolidamento dei processi aziendali di gestione del rischio clinico.</p>	
<p>Ob. 3. Azioni finalizzate all'implementazione di campagne per la sicurezza del paziente</p>	<p>Registrazione sul Portale AGENAS delle buone pratiche realizzate a livello aziendale</p>	<p>Registrazione di almeno n. 1 buona pratica aziendale/anno su Portale AGENAS su tematico OMS "Cura sicura per ogni neonato e ogni bambino"</p>	<p>Entro il 15 luglio 2025 come da <i>nota prot.n. 09076 del 10/04/2025.</i></p>	<p>L'AOU di Alessandria ha aderito alla Call for Good Practice – anno 2025, dedicata alla sicurezza del neonato e del bambino dalla nascita fino ai 6 anni, promuovendo iniziative orientate alla prevenzione del rischio clinico e alla qualità delle cure.</p> <p>In data 18 giugno 2025 è stata pubblicata la buona pratica "Ambulatorio infermieristico Tutte Coccole", finalizzata alla sicurezza della diade mamma-bambino e del neonato attraverso il sostegno all'allattamento, l'educazione sanitaria e</p>	<p>Pubblicazione su NEXSHARE delle due Buone pratiche</p>

				<p>la prevenzione degli eventi avversi nei primi anni di vita.</p> <p>In data 13 luglio 2025 è stata pubblicata la buona pratica “Preparazione alla transizione dalle cure pediatriche al modello di cure dell’adulto dell’adolescente con patologia cronica, malattia rara o disabilità”, volta a garantire continuità assistenziale e sicurezza nel passaggio tra servizi pediatrici e dell’adulto.</p> <p>In data 17 settembre 2025 è stata inoltre garantita la partecipazione alla Giornata della Sicurezza, durante la quale è stato presentato il progetto “Tutte Coccole” come esperienza significativa di buona pratica nell’ambito della sicurezza in età neonatale e pediatrica</p>	
<p>Ob. 4. Verifica requisiti “Sicurezza” delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ai sensi del Decreto 19.12.2022</p>	<p>Raccolta elementi informativi strutture sanitarie pubbliche e private accreditate su conformità requisiti “Sicurezza” stabiliti dall’allegato A del decreto 19 Dicembre 2022</p>	<p>Questionario compilato sul Portale Servizi Agenas.</p>	<p>Entro 24/08/25 come da nota prot. n. 16054 del 9/07/2025.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compilatore Istituto/Ente - 302 - CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T.BORSALINO (NSIS: 01090703) • Compilatore Istituto/Ente - 301 - OSP. INFANTILE C.ARRIGO (NSIS: 01090702) • Compilatore Istituto/Ente - 300 - OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO (NSIS: 01090701) <p>https://agenas-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/g_rossi_agenas_it/ i dati relativi al monitoraggio fanno riferimento all’anno 2024;</p>	<p><i>Compilato report in data 30/10/2025 come da indicazione A00 A1400B,N PROT. 00022955 DEL 02/10/2025</i></p>

Azione 2. Monitoraggio delle attività di comunicazione e gestione degli Eventi Avversi

Riferimento: Risk Manager

Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
<p>Ob. 1 Monitoraggio ed analisi di eventi avversi ed eventi sentinella ed implementazione delle azioni di miglioramento</p>	<p>Puntuale e completa alimentazione applicativo SIMES-E.S. con registrazione E.S. secondo le indicazioni di cui al D.M. 11/12/2009 n. 43079 ed alla DD. Nn. 699/DB2000 del 07/08/2014 della Direzione Regionale Sanità</p>	<p>Corretta e puntuale registrazione degli eventi sentinella, secondo le modalità ed entro le tempistiche di cui al D.M. 2009 in relazione ai seguenti indicatori: inserimento degli E.S. e compilazione della scheda B) entro i termini definiti dal D.M. 2009, compilazione della scheda C) di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive (Piano di Azione) ai sensi della DD. n. 699 del 7.8.2014.</p>	<p>Tempistiche previste da D.M. 11.12.2009 n. 43079 e s.m.i.</p>	<p>- Eventi Sentinella AOU AL - Anno 2025 Eventi registrati (Scheda A - con ID, Reparto e Data) - ID 735 - Medicina Generale - 11/01/2025 - ID 748 - Psichiatria - 12/03/2025 - ID 767 - Ostetricia e Ginecologia - 25/05/2025 - ID 776 - Chirurgia Plastica - 25/06/2025 - ID 784 - Cardiochirurgia - 08/07/2025 - ID 802 - Recupero e Riabilitazione - 05/08/2025 - ID 798 - Pediatria - 28/08/2025 - ID 817 - Ostetricia e Ginecologia - 27/10/2025 Argomenti trattati nelle analisi (Scheda B) - Analisi dell'evento (fattori contribuenti e dinamica). - Individuazione delle aree critiche del processo clinico-assistenziale. - Definizione di azioni correttive e preventive. - Pianificazione delle misure da attuare nei reparti coinvolti. - Integrazione delle azioni nei programmi di miglioramento aziendale. Piani di azione (Scheda B → confluiti nella Scheda C) - Comunicazione e codifica clinica: audit telefonate, miglioramento registrazioni.</p>	<p>ALLEGATO IN PDF AOU AL N.8 EVENTI SENTINELLA ANNO 2025 SCHEDA A B C</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Formazione del personale: scenari ostetrici, de-escalation, nurse di sala. - Sicurezza e organizzazione del lavoro: copertura turni, riunioni mensili. - Gestione farmaci: conservazione, etichettatura, tracciabilità. - Sicurezza strutturale: revisione spazi, umanizzazione ambienti. - Rischio psichiatrico: riduzione contenzione, gestione agitazione. - Rischio clinico: scheda rischio caduta, consegna strutturata. <p>Indicatori monitorati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale telefonate codificate correttamente. - Percentuale operatori formati. - Percentuale turni coperti. - Stato avanzamento indagine clima interno. - Numero riunioni mensili. - Numero interventi forze dell'ordine. - Percentuale pazienti senza contenzione. - Schede rischio caduta entro 12h. - Completamento documenti aziendali. <p>Sintesi finale</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 eventi sentinella registrati, tutti con Schede A e B validate. - I piani di azione delle Schede B confluiscono nelle azioni globali della Scheda C. <p>Le aree di intervento includono formazione, sicurezza clinica, organizzazione e gestione del rischio.</p>	
Ob. 2 Definizione di metodi e strumenti efficaci per la comunicazione dell'evento avverso	Progettazione e realizzazione di percorsi formativi	Attestazione dello svolgimento di un evento formativo erogato negli ultimi due anni (2024-2025) sul tema "Comunicazione	Entro 31.01 di ogni anno report di monitoraggio su anno precedente	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri dipartimentali organizzati dalla DMP – Funzione Rischio Clinico, integrati negli incontri mensili dei dipartimenti Internistico, Riabilitativo, Cardiochirurgico, Chirurgico e Materno-Infantile. 	Verbali firme./piattaforma /Piattaforma ECM PIEMONTE

<p>all'interno della struttura – fra operatori – e, all'esterno, al paziente ed ai familiari.</p>		<p>degli Eventi Avversi"</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi: aggiornamento P15, applicazione metodologie RCA/SEA, gestione prima e seconda vittima, consolidamento cultura sicurezza. • Incontri principali: comunicazione eventi avversi (revisione P15), analisi post-audit RCA/SEA, gestione prima/seconda vittima. • Metodologia: lezioni frontali, casi reali, role-play, simulazioni operative, debriefing. • Partecipanti: medici, infermieri e personale tecnico/assistenziale dei dipartimenti coinvolti; alta partecipazione. • Corsi ECM: nei corsi organizzati dalla SC Farmacia – Dispositivo vigilanza e Farmacovigilanza in 4 date per tutti i professionisti, una parte significativa è stata tenuta dalla DMP – Funzione Risk Management, trattando la gestione degli eventi, la segnalazione e comunicazione degli eventi avversi, eventi sentinella e monitoraggio raccomandazioni. Sono stati presentati casi reali di eventi avversi con partecipazione attiva degli operatori utilizzando la metodologia RCA. • Risultati: applicazione uniforme P15 e RCA/SEA, supporto efficace a prima e seconda vittima, consolidamento competenze comunicative, feedback positivo >80%, rafforzamento cultura sicurezza. • Conclusione: attività completata con piena adesione agli obiettivi di Risk Management, garantendo uniformità procedurale, gestione efficace eventi avversi e diffusione cultura sicurezza nei dipartimenti clinici. 	
---	--	------------------------------	--	---	--

Azione 3. Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie

Riferimento: Risk Manager

Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
<p>Ob. 1 Analisi procedure prevenzione e gestione cadute presso le ASR</p>	<p>Monitoraggio procedure aziendali in uso per la prevenzione e gestione delle cadute e piani di miglioramento. Rispetto item previsti dalle Linee guida regionali</p>	<p>Report aziendale</p>	<p>Entro 31.01 di ogni anno report su attività anno precedente</p>	<p>Confronto con anno 2024 Nel 2025 si rileva un incremento assoluto degli eventi di caduta rispetto al 2024 (471 vs 379; +92 casi). L'andamento non è uniforme tra i reparti: si osserva un netto miglioramento in Medicina Interna (-15 casi) e in Medicina d'Urgenza (-6 casi) e Chirurgia Generale (-5 casi), a fronte di un peggioramento significativo in Riabilitazione Cardiorespiratoria dell'Ospedale Borsalino (+27 casi) e nei reparti di Geriatria e Malattie dell'Apparato Respiratorio (+14 casi ciascuno) e ortopedia (+10 casi). Altri reparti risultano complessivamente stabili nel biennio, con lievi variazioni numeriche di poche unità (da 0 a 8), sebbene prevalentemente in senso peggiorativo. Ai fini dell'analisi alcuni reparti sono stati accorpati (Chirurgia d'Urgenza e Ordinaria; PS e OBI).</p> <p>Analisi eventi anno 2025 Nel 2025 le cadute sono state registrate prevalentemente in orario notturno (239 casi; 50,7%). La maggioranza dei pazienti coinvolti non presentava una storia di cadute in anamnesi (391 casi; 83%), mentre solo il 14,6% aveva una o più cadute pregresse segnalate. Il luogo maggiormente interessato negli episodi di caduta è risultato essere la camera di degenza (376 casi; 79,8%), seguito dai servizi igienici (52 casi; 11%).</p>	<p>REPORT N. CADUTE ANNO 2025 AOU AL E RELATIVA ANALISI PUBBLICATI SU NEXSHARE.</p>

				<p>La dinamica più frequente è costituita dalla caduta durante la discesa dal letto o dalla sedia NON a rotelle (195 casi; 41,4%). Un ulteriore contributo rilevante alle cadute è rappresentato dall'utilizzo dei servizi igienici con episodi occorsi all'interno della toilette o durante il percorso per raggiungerla; tale casistica complessivamente ammonta a 97 casi (19,3% del totale). In particolare, si registrano 48 cadute (10,2%) durante la deambulazione verso il bagno, 12 casi (2,5%) di caduta dal letto nel tentativo di recarsi alla toilette e 37 episodi (7,9%) verificatisi durante o immediatamente in prossimità dell'utilizzo della toilette; tali dati configurano un'area critica potenzialmente suscettibile di interventi preventivi mirati.</p> <p>Nel 69,9% dei casi la caduta non ha determinato danni; nel restante 30,1% si è verificato un evento dannoso di gravità variabile. Successivamente all'evento, nella maggior parte dei casi non sono stati effettuati accertamenti diagnostici (68,6%); quando eseguiti, l'indagine più utilizzata è risultata l'esame radiologico (24,2%).</p>	
--	--	--	--	--	--

Azione 4. Sicurezza in sala operatoria - Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in sala operatoria

Riferimento: Risk Manager

Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
<p>Ob. 1 Monitoraggio check list presso U.O. Chirurgiche delle ASR</p>	<p>Rispetto item definiti dalle Linee di indirizzo regionali e conformità percorso di monitoraggio ex circolare prot. n. 4160/2015</p>	<p>Verbale di monitoraggio</p>	<p>Entro il 31.01 di ogni anno report su anno precedente</p>	<p>L'analisi evidenzia una buona compilazione delle sezioni di identificazione del paziente e degli atti preoperatori informativi su diagnosi e procedura (90-100%), con criticità isolate come etichette anagrafiche del prericovero in alcune cartelle di Ortopedia.</p> <p>Gli atti preoperatori di competenza chirurgica mostrano compilazione incompleta e disomogenea: identificazione del paziente 76%, contrassegno del sito chirurgico 48%, con maggiori criticità in Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare e Toracica. La gestione dei consensi informati è eterogenea: consenso chirurgico 86%, consenso trasfusionale 76%, anestesiologicalo 57%.</p> <p>Le profilassi antibiotica e antitromboembolica mostrano basse percentuali di compilazione (62% e 38%) per interpretazioni non uniformi su tempistiche e documentazione; la determinazione del gruppo sanguigno è formalizzata solo nel 57%, mentre il Type & Screen nel 81%. Il paragrafo allergie risulta compilato nell'81%, con concordanza non ottimale con il Sign In.</p> <p>Gli atti preoperatori di reparto sono quasi sempre completi (90-100%), così come quelli all'invio in sala operatoria, salvo poche eccezioni. La profilassi antibiotica, pur compilata nell'81%, presenta criticità documentali: errori di compilazione su terapia in corso in reparto e sala, variabilità dei tempi di somministrazione, scarsa registrazione in</p>	<p>Relazione analisi qualitativa e quantitativa checklist di sicurezza su NEXTSHARE</p>

				<p>scheda terapia (44,4%) e controfirma infermieristica limitata.</p> <p>La fase di Sign In è generalmente ben compilata ($\approx 95\%$) per identificazione, marcatura del sito, allergie e dispositivi di monitoraggio. Criticità riguardano la conferma della completezza della documentazione sanitaria (57%) e la formalizzazione del rischio emorragico, soprattutto in Chirurgia Toracica.</p> <p>La fase di Time Out mostra compilazione disomogenea (76–86%), con buone conferme di operatori e aspetti anestesiolgici, ma carenze nella conferma delle visualizzazione delle immagini, anticipazione delle criticità chirurgiche e controlli a carico dello strumentista e dell’anestesista, con criticità maggiori in Ortopedia e Chirurgia Toracica.</p> <p>La fase di Sign Out è la più critica (43–86%), con conteggio finale ed esame istologico meglio documentati (86% e 81%), mentre registrazione del codice di procedura (43%) e raccomandazioni di chirurgo e anestesista (57% e 43%) risultano carenti.</p> <p>La fase di Sala Risveglio mostra livelli di compilazione insufficienti (52–67%), con carenze nella rilevazione dei parametri vitali e documentazione delle prescrizioni anestesiolgiche post-operatorie, particolarmente in Chirurgia Toracica e Ortopedia (sebbene il personale infermieristico della sala risveglio sia comune a tutte le discipline chirurgiche). Le criticità sono prevalentemente organizzative e documentali, non cliniche.</p> <p>Il rientro in reparto risulta quasi sempre correttamente documentato ($\approx 100\%$). La</p>	
--	--	--	--	--	--

				tracciabilità intraoperatoria è generalmente buona, eccetto gravi non conformità in Ortopedia (0% per conteggi), configurando un'area prioritaria di rischio clinico e organizzativo.	
--	--	--	--	---	--

Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica - Riconciliazione terapia farmacologica					
Riferimento: Risk Manager					
Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Ob. 1 Monitoraggio procedure di gestione del processo di somministrazione dei farmaci da parte delle ASR	Presenza Procedure/ Protocolli, utilizzo scheda di riconciliazione	Report aziendale su procedure/ protocolli adottati e su implementazione ed utilizzo scheda di riconciliazione	Entro 31.01 di ogni anno report su attività anno precedente	In merito a quanto in oggetto, l'AOU AL ha avviato un progetto di progressiva informatizzazione della documentazione sanitaria, comprensiva della gestione della farmacoterapia, con l'obiettivo di migliorare la qualità, la sicurezza e la tracciabilità dei processi clinico assistenziali. Tale progetto ha previsto l'implementazione del sistema gestionale aziendale Trakcare, che consente una gestione strutturata e condivisa delle informazioni cliniche e terapeutiche del paziente. In particolare, sono state previste specifiche funzionalità dedicate alla farmacoterapia, comprendenti sezioni per la ricognizione e la	

				<p>riconciliazione terapeutica. Tali strumenti permettono una raccolta sistematica delle terapie assunte dal paziente e un confronto strutturato con le terapie prescritte durante il ricovero, favorendo la continuità delle cure e la riduzione del rischio clinico. Il sistema prevede inoltre meccanismi di supporto alla prescrizione attraverso alert automatici relativi ad allergie note e potenziali interazioni farmacologiche, attivi in fase prescrittiva, a tutela della sicurezza del paziente. Le funzionalità descritte sono state inizialmente sperimentate nei reparti pilota afferenti al dipartimento internistico e al dipartimento riabilitativo. A seguito della fase di sperimentazione, tali reparti hanno ormai superato la modalità pilota e utilizzano Trak in maniera stabile e consolidata nella pratica clinica quotidiana, con integrazione nei flussi di lavoro ordinari. Parallelamente, è stato avviato un percorso strutturato di formazione e affiancamento, anche attraverso modalità di Adoption Clinic, finalizzato a supportare gli operatori nell'adozione consapevole dello strumento e a favorirne un utilizzo omogeneo ed efficace. Sulla base dell'esperienza maturata nei reparti internistici e riabilitativi, nel corso dell'attuale fase progettuale si è dato avvio alla formazione dei reparti chirurgici. Tale attività rappresenta il primo passo per l'estensione progressiva della farmacoterapia informatizzata presso tutti i Dipartimenti Aziendali, con particolare attenzione ai flussi specifici di ogni ambito e alle esigenze dei diversi profili professionali coinvolti. Il progetto prosegue pertanto secondo una logica di implementazione graduale e sostenibile garantendo standard elevati di sicurezza, qualità dei dati e supporto ai processi clinici.</p>	
--	--	--	--	--	--

Azione 6. Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica

Riferimento: Risk Manager

Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Autovalutazione, da parte delle ASR, sulla sicurezza nella terapia oncologica.	Prosecuzione audit da parte di tutte le ASR	Report monitoraggio annuo	Entro il 31.01 di ogni anno report anno precedente	<p>A seguito dell'audit del 17 dicembre 2024 e del verificarsi di un evento avverso di stravasamento, l'Azienda ha intrapreso un percorso strutturato e multidisciplinare finalizzato al miglioramento della sicurezza nella gestione dei farmaci antitumorali e alla ottimizzazione della sicurezza per pazienti ed operatori sanitari. Il percorso ha previsto la revisione e l'aggiornamento della DVA 61 – Gestione del rischio del farmaco antitumorale, l'attuazione di azioni correttive e preventive e il rafforzamento dei sistemi di comunicazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi.</p> <p>È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (SC Farmacia, Oncologia, Ematologia, Direzione Medica di Presidio, Rischio Clinico, SS Qualità, DMP e Medico Competente), che ha operato attraverso incontri periodici svolti nelle seguenti date: 27 gennaio 2025, 5 febbraio 2025, 7 maggio 2025, 10 giugno 2025, 20 settembre 2025 e 27 novembre 2025.</p> <p>Successivamente, il gruppo di lavoro ha organizzato uno specifico incontro tecnico con il Medico Competente e il RSPP in data 6 dicembre 2025, finalizzato alla definizione dei comportamenti operativi da adottare in caso di spandimento o stravasamento di farmaci antitumorali e al rafforzamento dei flussi di allertamento a tutela di operatori e pazienti.</p> <p>Nel corso del 2025 è stata realizzata una formazione strutturata ECM rivolta al personale sanitario coinvolto nella gestione dei farmaci antitumorali, dal titolo "Gestione in sicurezza della</p>	PUBBLICATO SU NEXTSHARE DVA 61/ I VERBALI DEGLI NCONTRI SONO NELLA SC FARMACIA/CORSI ECM PIEMONTE

				<p>preparazione, somministrazione e manipolazione dei farmaci antitumorali”, svolta nelle seguenti date: 24 settembre 2025, 22 ottobre 2025, 19 novembre 2025 e 3 dicembre 2025.</p> <p>Le attività svolte hanno consentito di consolidare un modello aziendale strutturato di gestione del rischio, basato su prevenzione, formazione, comunicazione e monitoraggio continuo, in coerenza con le normative vigenti e le raccomandazioni ministeriali</p>	
--	--	--	--	---	--

Azione 7. Sviluppo della cultura della sicurezza					
Riferimento: Risk Manager					
Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
<p>Ob. 1 Definire progetti formativi atti a garantire l'autonomia dei professionisti nell'utilizzo degli strumenti di analisi del rischio clinico e delle linee guida pubblicate ai sensi dell'art. 5 L. 24/2017</p>	<p>Implementazione dell'utilizzo sistematico degli strumenti di analisi del rischio clinico e delle linee guida attraverso la realizzazione di percorsi formativi specifici destinato ai clinici</p>	<p>Report corsi attivati dalle ASR sulla specifica tematica negli ultimi due anni (2024- 2025)</p>	<p>Entro 31.01 di ogni anno report su anno precedente</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE IN AMBITO DI RISCHIO CLINICO Anni 2024-2025 (RES e FAD Neoassunti)</p> <p>ANNO 2024 – ATTIVITÀ FORMATIVE RILEVANTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione RM – Eventi avversi & CVC: Corso RES svolto dal 13 al 27 marzo 2024 (4 ore, 6 ECM). Focus operativo: segnalazione degli eventi avversi e gestione sicura dei CVC. - Incontri Cardiochirurgia – Modulo 2: Corso RES del 22 aprile 2024 (4 ore, 6 ECM). Obiettivo: uniformare i comportamenti assistenziali nel paziente cardiocirurgico complesso. - Ricondizionamento dispositivi medici: Corso RES del 4° trimestre 2024 (4 ore). Finalità: standardizzazione delle pratiche di ricondizionamento per ridurre non conformità e rischio clinico. - Percorso Neoassunto 2024 – FAD: Percorso FAD attivo dal 6 febbraio al 31 dicembre 2024 (4 ore, 5 ECM). Obiettivo: introdurre i neoassunti ai principi del rischio clinico e alla gestione dell'evento avverso. <p>ANNO 2025 – ATTIVITÀ FORMATIVE PROGRAMMATE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strumenti per l'analisi del rischio clinico: Corso RES destinato a tutte le figure sanitarie. Obiettivi: rafforzare le competenze nell'analisi dei rischi, audit e segnalazioni. - Percorso Neoassunto 2025 – FAD: Percorso FAD replicato annualmente per il nuovo personale (assunti 2024-2025). Coerente con il 	<p>PAF 2024-PAF 2025 AOU AL</p>

				<p>punto 6 dell'Accreditamento Nazionale.</p> <p>2025 VIDEOPILLOLE IN MATERIA TRASFUSIONALE E GESTIONE SINISTRI:PAF 2025 CORSO FAD Sintesi finale</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>• Gli interventi elencati riguardano esclusivamente il Rischio Clinico.</i> • <i>• FAD e RES garantiscono un percorso strutturato e continuo tra formazione iniziale e applicazione operativa.</i> • <i>• L'assetto formativo 2024-2025 integra onboarding, uniformità procedurale e consolidamento pratico.</i> 	
<p>Ob. 2 Definire progetti formativi atti a garantire una corretta gestione dei sinistri RCT/O favorendo un'autonoma gestione da parte dei professionisti dedicati</p>	<p>Implementazione di specifici percorsi formativi sulla gestione dei sinistri RCT/O, con particolare riguardo alla fase di valutazione/riservazione, dedicati al personale coinvolto nei Comitati gestione sinistri</p>	<p>Progettazione e realizzazione di corsi di formazione sul tema specifico) negli ultimi due anni (2024- 2025)</p>	<p>Entro 31.01 di ogni anno report su anno precedente</p>	<p>Nell'ambito dei corsi aziendali sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), finanziati con fondi PNRR, la DMP – Funzione Rischio Clinico cura specifici moduli formativi dedicati alla gestione dei sinistri e del contenzioso, con particolare riferimento agli eventi infettivi e alla responsabilità professionale. La formazione è finalizzata a rafforzare le competenze del personale sanitario e gestionale in merito alla prevenzione del rischio clinico, alla corretta gestione documentale e alla tutela dell'Azienda in caso di contenzioso, in coerenza con il Ambito formativo: sinistri e contenzioso ICA</p> <p>Il modulo affronta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il ruolo delle ICA come eventi avversi rilevanti ai fini del rischio clinico - L'inquadramento delle ICA nei percorsi di gestione del sinistro sanitario - I flussi tra DMP – Rischio Clinico, Direzione Sanitaria, Ufficio Legale e Assicurazioni - L'importanza della prevenzione e della tracciabilità assistenziale per la riduzione del contenzioso <p>quadro normativo e giurisprudenziale vigente. Rilevanza della documentazione clinica</p>	

				<p>Particolare attenzione è dedicata alla tenuta della documentazione clinica, quale elemento centrale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nella valutazione del nesso causale tra assistenza ed evento infettivo - nella gestione del sinistro - nella difesa dell'Azienda in sede giudiziale <p>Vengono approfonditi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - corrette modalità di compilazione della cartella clinica - documentazione delle misure di prevenzione ICA - errori documentali ricorrenti e loro impatto sul contenzioso. <p>Riferimento giurisprudenziale - Cassazione Civile n. 6846</p> <p>Il corso richiama i principi espressi dalla Sentenza della Corte di Cassazione n. 6846, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onere della prova in ambito di responsabilità sanitaria - valore probatorio della documentazione clinica - rilevanza delle carenze organizzative e procedurali - ruolo delle strutture sanitarie nella prevenzione del rischio infettivo <p>Obiettivi formativi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrare la gestione delle ICA nei percorsi di risk management aziendale - Ridurre il rischio di sinistri e contenziosi - Migliorare la qualità della documentazione clinica - Diffondere una cultura della prevenzione e della responsabilità professionale 	
--	--	--	--	---	--

Azione 8. Programma per la copertura e gestione dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR					
Riferimento: Referenti Uffici gestione sinistri					
Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce sinistri al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e consentire la predisposizione di un piano di interventi a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema	1) Adempimento da parte delle ASR del debito informativo nei termini definiti dal D.M. 2009 e s.m.i. e secondo gli indicatori di cui alla D.G.R. n. 16-817 del 24 febbraio 2025	Verifica su inserimento sinistri in SIMES - entro 30 gg. da richiesta risarcimento; completa compilazione dei seguenti campi significativi: "Contesto di riferimento" nel caso di valorizzazione della voce "Altro" dovrà essere compilata la relativa voce "Note"; "Disciplina" sarà ammessa una valorizzazione del campo "Altro" nei limiti del 20% dei sinistri; "Importo riservato" dovrà essere aggiornato con cadenza semestrale	Secondo indicatori definiti	<p>inserimento sinistri in SIMES -In merito al punto 1 dell'obiettivo 8 si allega report sinistri 2025 estratto da SIMES confermando l'inserimento e l'aggiornamento dei sinistri pressoché in tempo reale</p> <p>La presente relazione dà evidenza degli esiti della verifica condotta sul processo di registrazione dei sinistri nel sistema SIMES, con riferimento al rispetto dei termini di inserimento, alla completezza dei campi obbligatori e alla coerenza complessiva delle registrazioni. L'analisi è stata effettuata sui sinistri con data richiesta ricadente nell'anno 2025.</p> <p>2. Verifica del rispetto dei termini di inserimento Tutti i sinistri risultano inseriti entro il termine regolamentare dei 30 giorni dalla ricezione della richiesta risarcitoria. In numerosi casi l'inserimento è avvenuto entro pochi giorni, evidenziando tempestività e adeguato presidio del processo. Non sono stati rilevati ritardi o anomalie.</p> <p>3. Verifica della compilazione dei campi significativi 3.1 Contesto di riferimento - voce "Altro" È presente un solo sinistro classificato con descrizione evento "Altro". L'utilizzo risulta residuale e coerente con la natura eccezionale della categoria. È richiesta verifica in SIMES della compilazione della voce "Note".</p>	Allegato pubblicato su NEXTSHARE. Pubblicato SIMES:DR Fabrizio Ferrando

				<p>3.2 Disciplina – limite massimo del 20% per la voce “Altro” Il campo non è incluso nell’export analizzato. La verifica richiede un controllo diretto in SIMES. Sulla base della tipologia degli eventi registrati, non emergono elementi che facciano presumere un utilizzo improprio della categoria.</p> <p>3.3 Importo riservato – aggiornamento semestrale Il campo non è presente nell’estrazione. È necessario verificare in SIMES la data dell’ultimo aggiornamento. Non emergono indicatori di criticità.</p> <p>4. Valutazione complessiva L’analisi evidenzia un processo di gestione dei sinistri conforme ai requisiti, caratterizzato da tempestività, accuratezza e adeguato controllo operativo.</p> <p>5. Conclusione Il processo di registrazione dei sinistri risulta correttamente presidiato e pienamente conforme ai requisiti previsti. Sono richieste unicamente verifiche integrative su campi non presenti nell’export.</p>	
2) Adempimenti ex artt. 2 e 4 della legge 24/2017	Pubblicazione su sito istituzionale, da parte delle ASR, della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi ex art. 2 comma 5 L. 24/2017 e dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio ex art. 4, comma 3, L. 24/2017	Entro 31 dicembre 2025	<p>In merito al punto 1 dell’obiettivo 8 allego report sinistri 2025 estratto da SIMES confermando l’inserimento e l’aggiornamento dei sinistri pressoché in tempo reale Allego i documenti di cui ai punti 2 e 3 pubblicati il 29/12 e visibili al seguente link del nostro sito nella sezione Amministrazione Trasparente Altri contenuti - Dati ulteriori - Legge n.24/2017 Amministrazione trasparente</p> <p>1. Quadro numerico generale 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventi Sentinella (ES): 8 • Eventi Avversi (EA): 30 (EA 15/25 convertito in Sentinella → escluso) • Incident Reporting (IR): 9 (IR 04/25 presente) 	<p>RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI ANNO 2025 PUBBLICATA IN NEXSHARE/</p>	

due volte)

- Audit mappati nel documento: 34

2. Eventi Sentinella (ES) – con Audit associati

- ES 01/25 – Medicina Interna: AUDIT 04/25 – Gestione rischio suicidario, alert, consegne, informativa farmaci propri
- ES 02/25 – SPDC: AUDIT 05/25 – De-escalation, sicurezza ambienti, Ufficio tecnico, guardia H24
- ES 03/25 – Ostetricia: AUDIT 14/25 – Gestione gravidanze a rischio, formazione nurse, procedure nati morti
- ES 04/25 – Plastica in appoggio: AUDIT 17/25 – Rischio cadute, checklist, protezioni termosifoni
- ES 05/25 – TICCH/UTIC: AUDIT 23/25 – Dispositivo-vigilanza, pagina intranet, DVA
- ES 06/25 – Pediatria: AUDIT 20/25 – Frigorifero farmaci, etichette, tracciabilità consegna
- ES 07/25 – Riabilitazione Cardiologica: AUDIT 21/25 – Team building, clima organizzativo
- ES 08/25 – 118 + Ostetricia: AUDIT 29/25 – Priority dispatch, emergenze ostetriche, qualità telefonate

3. Eventi Avversi (EA) – con Audit associati

- EA 02/25 – BOP: AUDIT 06/25 – IO accoglienza, AMOS, formazione
- EA 03/25 – Medicina Interna: AUDIT 07/25 – SWA, farmacoterapia, tracciabilità
- EA 04/25 – SPDC: AUDIT 05/25 – Sicurezza accessi, porta e illuminazione
- EA 05/25 – PS Pediatrico: AUDIT 09/25 – Refertazione RX pediatrica
- EA 06/25 – TIN: AUDIT 08/25 – Culle termiche, ventilatore, priorità dispositivi
- EA 07/25 – Ambulatorio Cardiologico: AUDIT 10/25 – Barelle aziendali, checklist
- EA 08-10/25 – OBI / Trasfusioni: AUDIT 11/25 – Allegato VII, doppia identificazione
- EA 11/25 – Chirurgia Toracica: AUDIT 12/25 – Percorso biopsie polmonari
- EA 12/25 – Dermatologia: AUDIT 13/25 –

Checklist istologia, organizzazione piano

- EA 13/25 – Gastroenterologia: AUDIT 15/25 – Rischio TEP, alert digitali, indicatori
- EA 14/25 – Chirurgia Oncologica: AUDIT 16/25 – PDTA chirurgico, prericoveri
- EA 16/25 – BOP: AUDIT 18/25 – Sonde monouso, procedura controllo
- EA 17/25 – Endoscopia: AUDIT 19/25 – Doppia firma, checklist campioni
- EA 18/25 – Radiologia: AUDIT 25/25 – Coprigiunti, mappatura aziendale
- EA 21/25 – Laboratorio Analisi: AUDIT 22/25 – Delta check, comunicazione
- EA 22/25 – Dialisi: AUDIT 24/25 – Allertamento PS, DVA 77
- EA 23/25 – PS Acqui: AUDIT 26/25 – Protocollo trasferimenti
- EA 24/25 – Radiologia Interventistica: AUDIT 27/25 – Trasfusioni, doppia verifica
- EA 25/25 – CCH/TI: AUDIT 28/25 – ECMO, formazione, referente
- EA 27/25 – Chirurgia Generale: AUDIT 32/25 – Scheda PRIMA, checklist
- EA 29/25 – Chirurgia Plastica: AUDIT 34/25 – Biopsie, doppia verifica
- EA 31/25 – BOP: AUDIT 33/25 – Mobilitazione con due operatori
- EA 32/25 – Chirurgia Vascolare: AUDIT 34/25 – Dimissione infermieristica
- EA 33/25 – DH Internistico: AUDIT 02/26 – Infusione farmaco
- EA 34/25 – Oculistica: AUDIT 01/26 – Marcatura occhio errato

4. Incident Reporting (IR) – con audit associati

- IR 02/25 – BOP: Incluso in AUDIT 06/25
- IR 04/25 – Medicina Interna: Incluso in AUDIT 07/25
- IR 06/25 – Medicina Interna: Incluso in AUDIT 07/25
- IR 08/25 – PS Pediatrico: Incluso in AUDIT 32/25

			<p>5. Azioni di miglioramento – Sintesi integrata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento identificazione paziente e doppia verifica. • Applicazione checklist sicurezza in tutte le fasi. • Miglioramento farmacoterapia (etichette, doppio controllo, software). • Sicurezza strutturale: percorsi, coprigiunti, termosifoni. • Percorsi tempo-dipendenti con 118 e territorio. • Tracciabilità documentale migliorata (Scheda PRIMA, moduli trasfusionali). • Formazione mirata (de-escalation, trasfusioni, ECMO). • Audit periodici di richiamo, indicatori e monitoraggi. 	
3) Adempimenti DGR 26-801/2025	Report su attività dei Comitati di gestione dei sinistri anche ai sensi dell'art. 17 del D.M. 232/2023	Entro 31 dicembre 2025	<p>Nel corso dell'anno 2025 il Comitato Gestione Sinistri AIC 5, operante nell'area interaziendale AL-AT, ha svolto regolarmente le proprie attività in attuazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025, approvato dalla Regione Piemonte e pubblicato sul Bollettino Ufficiale in data 20 febbraio 2025, nonché nel quadro organizzativo definito dalla Delibera n. 677 del 16/12/2025 di adozione del Regolamento di funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).</p> <p>Il Comitato, composto dai rappresentanti delle Aziende dell'Area AIC 5 (ASL AT, ASL AL, AOU AL), con la partecipazione delle Direzioni Sanitarie, delle funzioni legali e amministrative, dei responsabili della gestione dei sinistri e dei Risk Manager, ha garantito una valutazione integrata dei casi di sinistro sotto il profilo medico-legale, giuridico e amministrativo.</p> <p>Nel 2025 il Comitato si è riunito 10 volte, di cui una seduta straordinaria, nelle seguenti date:</p>	Allegato delibera 677/2025 pubblicata su NEXTSHARE

			<p>3 febbraio, 17 marzo, 15 aprile, 19 maggio, 30 giugno, 8 settembre, 13 ottobre, 20 ottobre (straordinaria), 17 novembre e 15 dicembre 2025.</p> <p>Nel corso delle sedute sono stati esaminati i casi di sinistro sulla base delle istruttorie predisposte dal CVS interaziendale, formulando pareri e indirizzi decisionali e assicurando il coordinamento con le compagnie assicurative per la gestione dei contenziosi e delle eventuali transazioni.</p> <p>Per l'anno 2025 la funzione di segreteria del Comitato è stata svolta dall'ASL AT; a decorrere dal 1° gennaio 2026 la segreteria è affidata all'AOU AL, al fine di garantire continuità operativa e coerenza organizzativa.</p> <p>L'attività svolta ha consentito un efficace monitoraggio dei sinistri e il miglioramento dei tempi decisionali, rafforzando l'integrazione tra gestione del rischio clinico e gestione amministrativa dei contenziosi</p>	
--	--	--	---	--

Azione 9. Politiche di Empowerment rivolte al cittadino e operatori relative a strutture sanitarie e socio-sanitarie

Riferimento: Referenti Empowerment

Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
<p>Ob. 1 Per le ASL</p> <p>Valutazione partecipata della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle strutture territoriali (RSA)</p>	<p>Compilazione Check List regionale ed individuazione azioni di miglioramento su aree critiche</p>	<p>Puntuale compilazione della Check List regionale con la partecipazione dei cittadini- secondo il modello dell'empowerment- con riferimento a n. 1 RSA per ogni ASL. All'esito della rilevazione dovranno esser altresì individuate le azioni di miglioramento su aree critiche</p>	<p>Entro 31.12.2025 Rilevazione</p> <p>Entro 31.01.2026 trasmissione documentazione: check list compilata e sottoscritta dai componenti equipe; diario di bordo e piano di miglioramento</p>	<p>NON APPLICABILE</p>	
<p>Ob. 2 Per le AO/AOU</p> <p>Valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle SPDC</p>	<p>Compilazione Check List regionale ed individuazione azioni di miglioramento su aree critiche</p>	<p>Puntuale compilazione della Check List regionale con la partecipazione dei cittadini- secondo il modello dell'empowerment- con riferimento alla SPDC di competenza. All'esito della rilevazione dovranno esser altresì individuate le azioni di miglioramento su aree critiche</p>	<p>Entro 31.12.2025 Rilevazione</p> <p>Entro 31.01.2026 trasmissione documentazione: check list compilata e sottoscritta dai componenti equipe; diario di bordo e piano di miglioramento</p>	<p>INIVATA DALLA SC COMUNICAZIONE LA CHECKLIST SPDC. DR.SSA DACQUINO</p>	<p>PIATTAFORMA SIMES</p>

Azione 10. Violenza su operatori

Riferimento: Referenti SPP

Obiettivi	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	
<p>Ob. 1</p> <p>Compilazione flusso informativo dedicato agli eventi avversi "Violenza su operatori".</p>	<p>Compilazione flusso informativo per la raccolta delle informazioni essenziali dell'evento</p>	<p>Puntuale compilazione flusso informativo su SIMES - modulo "Aggressioni" Sintetico report contenente le informazioni salienti derivanti dai dati rilevanti.</p>	<p>Puntuale caricamento dati su SIMES</p> <p>Entro 15 gennaio 2026</p> <p>trasmissione relazione</p>	<p>Monitoraggio degli episodi di violenza: relazione sintetica dei dati riferiti all'anno 2025-AOU AL 1. Oggetto e ambito di applicazione La presente relazione è elaborata in riscontro alla nota della Direzione Sanità ad oggetto "Dati regionali da acquisire ai sensi dell'art. 2, commi 1 e 2, della legge n. 113 del 2020 per il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" di luglio 2025 con la quale è stato richiesto alle Aziende Sanitarie la trasmissione di una sintetica relazione contenente le informazioni salienti derivanti dai dati rilevanti sugli eventi di violenza subiti dai lavoratori delle Aziende che sono stati inseriti nell'applicativo SIMES predisposto dalla Regione Piemonte. 2. Metodologia di raccolta e di analisi dei dati La gestione degli episodi di violenza presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria è definita da un documento inserito nel Sistema Qualità aziendale denominato DVA 64 "Prevenzione e gestione delle aggressioni" la cui prima revisione risale dall'anno 2015 e che riporta le misure messe in atto per mitigare i rischi di aggressione, il percorso di gestione degli eventi, il sistema di segnalazione / reportistica degli episodi nonché i supporti di tutela post evento messi a disposizione dall'azienda ai lavoratori coinvolti. Il sistema di reportistica prevede un modulo di segnalazione compilato dal lavoratore aggredito che consente di raccogliere informazioni riguardanti la vittima dell'episodio, le circostanze dell'evento, l'aggressore nonché eventuali suggerimenti o richieste di intervento. Tale modulo viene acquisito dal Servizio di Prevenzione e Protezione per l'inserimento dei dati su archivio interno nonché sull'applicativo SIMES della Regione Piemonte. 3.</p>	<p>Inviata in regione il 9/1/2026. Relazione pubblicata su nextshare.. Dati pubblicati in piattaforma da dr Modeo - RSPP/DIPSA</p>

				<p>Descrizione delle informazioni salienti Nell'anno 2025 sono pervenute n. 80 segnalazioni riferite a n.65 episodi di violenza. Nello specifico sono stati registrati 50 episodi di violenza di tipo verbale (insulti e minacce) e 15 episodi di violenza di tipo fisico, di cui un caso esitato in assenza per infortunio con prognosi di 6 giorni. L'incidenza degli eventi segnalati (2,3%) rientra nell'intervallo di variabilità del fenomeno osservabile nella serie storica disponibile dal 2015 (1,6 - 5,4%) mentre si riscontra una riduzione dell'incidenza degli infortuni occorsi ai lavoratori (0,075%) rispetto al minimo registrato negli anni precedenti analizzati (0,13%). L'analisi degli eventi occorsi sulla popolazione lavorativa ha evidenziato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'incidenza di aggressioni stata superiore per OSS (16,85%), infermieri (14,30%) e medici (6,63%); • gli autori delle violenze sono stati per il 62% uomini; • Per quanto concerne l'origine presunta degli episodi si riportano le cause più frequentemente indicate nei moduli di segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> ✓ mancata conoscenza di regole per l'accesso ai servizi ✓ mancata conoscenza dei ruoli dei lavoratori ✓ connessione alla patologia di base 	
--	--	--	--	---	--

Azione 11. Buone Pratiche contenitive – Contenzione fisica

Riferimento: Risk Manager

Obiettivo	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Diffusione Linee di indirizzo regionali presso le ASR	Adozione di strumenti di monitoraggio delle procedure contenitive adottate presso le ASR e verifica dell'aderenza delle stesse alle Linee di indirizzo regionali. Verifica strumenti aziendali di rilevazione del numero degli atti di contenzione meccanica	Procedure aziendali adeguate e presenza di scheda di monitoraggio	Entro 31 gennaio 2026 Report procedure adottate e numero di contenzioni nell'anno 2025	<p>L'analisi comparativa dei dati relativi agli episodi di contenzione del paziente evidenzia, nel 2025, un incremento complessivo di 263 eventi rispetto all'anno precedente. Tale aumento non risulta uniformemente distribuito tra i diversi contesti assistenziali, ma appare concentrato in specifiche macro-aree, mentre in altre si osserva una riduzione significativa.</p> <p>Nel 2025, l'area dell'emergenza-urgenza mostra il più rilevante incremento complessivo degli episodi di contenzione, trainato in particolare dal Pronto Soccorso (+129 casi) e dall'OBI (+21 casi). Si osserva inoltre un aumento in Terapia Intensiva Polivalente (+12 casi) e PS Pediatrico (+3 casi), a fronte di una riduzione in MECAU (-14 casi) e UTIC (-1 caso). Il dato è verosimilmente correlato all'aumentata complessità clinica e comportamentale dei pazienti in fase di accesso e di prima stabilizzazione, con un incremento della quota di pazienti fragili e una più frequente necessità di gestione dell'agitazione psicomotoria, del delirium (in particolare in ambito geriatrico), della compromissione cognitiva o psichiatrica e di comportamenti a rischio per la sicurezza immediata del paziente stesso e degli operatori. Gli incrementi osservati suggeriscono una crescente pressione sui setting di prima accoglienza e di gestione acuta, nei quali la contenzione può essere adottata come misura di sicurezza immediata. La contemporanea riduzione rilevata in alcune unità ad alta intensità assistenziale indica</p>	PUBBLICATO MONITORAGGIO ANNO 2025 SU NEXTSHARE con relazione

				<p>tuttavia la presenza di differenti assetti organizzativi e modalità di gestione del paziente acuto.</p> <p>L'area medica presenta un andamento eterogeneo. Da un lato si osservano incrementi rilevanti nei reparti con maggiore prevalenza di pazienti anziani e fragili, in particolare Geriatrics (+54 casi), Malattie Infettive (+30 casi) e Malattie dell'Apparato Respiratorio (+22 casi). Dall'altro lato, si rilevano riduzioni significative soprattutto in Neurologia (-42 casi) e Medicina Interna (-7 casi).</p> <p>Tale variabilità può riflettere differenze nella prevalenza di delirium, deterioramento cognitivo e instabilità clinica, nonché possibili differenze nei modelli organizzativi e assistenziali adottati, anche in relazione alla tipologia dei pazienti ricoverati.</p> <p>Per quanto riguarda l'area psichiatrica (SPDC), si rileva un incremento significativo degli episodi di contenzione (+77 casi). Considerata la specificità del contesto psichiatrico, nel quale la contenzione è utilizzata prevalentemente per la gestione di gravi alterazioni comportamentali e per la tutela della sicurezza del paziente, degli altri degenti e degli operatori, il dato deve essere letto in relazione alla complessità clinica, assistenziale e psicosociale dei pazienti ricoverati.</p> <p>Un ulteriore elemento di rilievo è rappresentato dalla presenza di plurimi episodi di contenzione riferiti a singoli pazienti, anche all'interno dello stesso ricovero. A titolo esemplificativo, nel periodo luglio-agosto 2025 sono state registrate 36 schede di contenzione riferite a un singolo paziente, e ulteriori numerosi episodi relativi a un'altra paziente nello stesso reparto nel periodo novembre-dicembre. Tali situazioni incidono in modo rilevante sul</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>numero complessivo di eventi registrati.</p> <p>L'area chirurgica mostra complessivamente un numero contenuto di episodi, con una tendenza alla riduzione in diverse specialità. Si rilevano lievi incrementi in Ortopedia (+9 casi) e Cardiochirurgia (CCH) (+4 casi), mentre si osservano riduzioni significative in Neurochirurgia (NCH) (-22 casi), Chirurgia Vascolare e Chirurgia Toracica (- 4 casi ciascuna). In ambito chirurgico la contenzione risulta prevalentemente associata a condizioni cliniche specifiche, quali complicanze neurologiche, delirium o condizioni critiche nel periodo post-operatorio, apparendo quindi episodica e selettiva.</p> <p>In diversi contesti assistenziali si rileva la presenza di episodi ripetuti di contenzione riferiti allo stesso paziente, anche all'interno di un singolo ricovero. Questo aspetto rappresenta un elemento rilevante nell'interpretazione dei dati aggregati, in quanto può determinare un incremento del numero complessivo di eventi registrati pur in presenza di un numero limitato di pazienti coinvolti.</p> <p>Un ulteriore elemento da considerare riguarda la durata della contenzione, che risulta estremamente variabile, oscillando da periodi molto brevi (in alcuni casi anche inferiori all'ora) fino a più giorni consecutivi, con ampia eterogeneità sia tra i diversi reparti sia all'interno della stessa Unità Operativa.</p> <p>Nel complesso, l'analisi suggerisce che l'aumento osservato nel 2025 non sia riconducibile a un uso indiscriminato della contenzione, ma piuttosto a una polarizzazione del fenomeno nei contesti di emergenza e fragilità clinica. Contestualmente, si rilevano ambiti nei quali il numero di episodi di contenzione risulta in diminuzione, delineando un quadro complessivo non uniforme tra le</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>diverse aree assistenziali.</p> <p>Dal punto di vista della raccolta e gestione dei dati, si evidenzia che in alcuni reparti la trasmissione delle schede informative relative alla contenzione avviene a distanza di settimane dall'evento, rendendo più complessa la ricostruzione puntuale e l'analisi sistematica dei dati. In una parte delle schede analizzate non risulta inoltre correttamente riportata la motivazione della contenzione, informazione essenziale ai fini della contestualizzazione dell'evento.</p> <p>Risultano invece generalmente compilati in modo adeguato i campi relativi al tipo di contenzione utilizzata e all'apposizione delle firme del medico e dell'infermiere.</p> <p>La durata della contenzione è quasi sempre indicata, con sporadiche omissioni.</p> <p>L'utilizzo dello spazio dedicato alle note risulta frequente e strutturato in Geriatria, mentre appare limitato o assente nella maggior parte degli altri reparti.</p>	
--	--	--	--	--	--

Azione 12 - Analisi a priori del rischio

Riferimento: Risk Manager

Obiettivo	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Ob. 1 Analisi a priori presso le ASR con riguardo ai principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie a maggior rischio ed implementazione azioni di miglioramento	1) Percorso persona assistita in Emergenza - DEA - P.S.- Aggiornamento delle azioni di miglioramento, identificate a seguito delle analisi svolte nel corso del 2024	Verifica dell'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento	Entro il 31 dicembre 2025	Percorso inviato settembre 2024: Percorso DEA ospedale Civile Percorso PS Presidio Infantile	EXCELL PUBBLICATI SU nextshare
	2) Percorso persona assistita in area materno-infantile Aggiornamento delle azioni di miglioramento, identificate a seguito delle analisi svolte nel corso del 2024	1. Rilevazione azioni di miglioramento implementate su criticità rilevate nel percorso	Entro il 31 dicembre 2025	Cartorisk condotto nel 2018, Check list percorso nascita con completamento delle azioni previste in cronoprogramma finalizzata in data 10.10.2024	Check list percorso nascita finalizzata e trasmessa in data 10.10.2024
		2. Approfondimento dell'analisi del rischio con specifico riguardo ai Punti nascita	Entro il 31 dicembre 2025	L'attività di monitoraggio, confronto e miglioramento continuo della sicurezza e della qualità dell'assistenza in area materno-infantile è poi proseguita per tutto l'anno 2025 con incontri periodici di condivisione multidisciplinare con focus sulla gestione del parto naturale a seguito di taglio cesareo e dell'implementazione del percorso skin to skin e rooming in nell'ottica di massimizzare sicurezza e umanizzazione delle cure.	
3) Percorso persona assistita in chirurgia/blocco operatorio	Effettuazione analisi con relativa valutazione dei risultati	Entro il 31 dicembre 2025	Inviato file Master il 14/12/2025	PUBBLICAZIONE EXCELL SU NEXSTHARE	

analisi delle perdite relative e secche dei ricoveri (DRG) in ambito chirurgico, che verrà identificato per ogni singola azienda con metodologia regionale				
--	--	--	--	--

Azione 13 - Progetto sicurezza trasfusionale - Monitoraggio sistematico della Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

Riferimento: Referenti Servizi trasfusionali

Obiettivo	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Ob. 1 Monitoraggio della implementazione e del corretto funzionamento del COBUS di cui all'Accordo stato Regioni del 21/12/2017	1) Documentazione da parte dell'ASR (verbale di costituzione, verbali di incontri, ecc.) dell'istituzione del COBUS in accordo a quanto previsto dall'ACSR 21/12/2017	Presenza di almeno due verbali/anno del COBUS con evidenza della partecipazione anche dei referenti delle strutture private convenzionate con i SIMT dell'ASR.	Trasmissione documentazione entro il 31/12 di ogni anno	Nel corso dell'anno 2025 il COBUS si è riunito nelle sedute del 27 marzo 2025 e del 18 dicembre 2025. I relativi verbali sono conservati presso la Segreteria della Direzione Generale.	PUBBLICATI VERBALI IN NEXTSHARE
	2) Presenza nella ASR di modalità informatiche per la gestione delle richieste trasfusionali	Presenza delle previste modalità informatiche	Trasmissione documentazione entro il 31/12/2025	A far data dal 2017 è in vigore il sistema di sicurezza trasfusionale SECURBLOOD atto a garantire tracciabilità e corretta esecuzione dell'evento trasfusionale in tutte le sue fasi	
Ob. 2 Monitoraggio, da parte delle ASR: della corretta applicazione della pratica trasfusionale nei reparti, con particolare riguardo alle modalità per ridurre gli eventi avversi trasfusionali (corretta	1) Presenza di procedure per la corretta identificazione del paziente comprensiva dell'utilizzo della stringa identificativa dotata di barcode o di RFID per l'identificazione univoca del candidato a trasfusione	1) Presenza ed evidenza della diffusione ai reparti utilizzatori, comprese le strutture private accreditate, delle procedure previste e dei sistemi di sicurezza	1) Trasmissione documentazione relativa all'implementazione di quanto previsto e della percentuale di copertura complessiva dei reparti interni e delle strutture private convenzionate entro il 31/12/2025	Dal 2017, e con continui aggiornamenti nel 2025, è stato implementato e progressivamente potenziato il sistema di sicurezza trasfusionale SECUR-BLOOD , quale strumento centrale per garantire la tracciabilità completa e sicura del percorso trasfusionale . Il sistema consente di: <ul style="list-style-type: none"> • Gestione informatizzata dell'intero processo trasfusionale, dalla richiesta clinica alla somministrazione, con registrazione digitale di tutte le fasi e archiviazione della documentazione relativa; 	

<p>identificazione del paziente/ricevente ed utilizzo di stringhe identificative)</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Verifica automatizzata del corretto abbinamento tra il candidato ricevente, la provetta per i test pretrasfusionali e l'unità di emocomponenti da trasfondere, riducendo il rischio di errori e garantendo conformità alle linee guida regionali e nazionali; • Monitoraggio e gestione delle emoteche nei blocchi operatori e nei reparti, con controllo in tempo reale della disponibilità e della conservazione degli emocomponenti; • Rilevamento e gestione delle reazioni avverse, con segnalazione immediata e reportistica completa a supporto del miglioramento continuo della sicurezza; • Supporto agli audit clinici e alla supervisione del personale, fornendo dati oggettivi per valutazioni di conformità, formazione e aggiornamento dei protocolli; • Progetti di sviluppo e implementazione continua, volti a integrare ulteriormente le funzioni di sicurezza previste dalle normative, inclusa la piena automazione dei controlli di compatibilità e tracciabilità. • L'adozione di SECURBLOOD ha consentito un significativo miglioramento della sicurezza del paziente, della responsabilizzazione del personale e della governance dei processi trasfusionali, consolidando una cultura aziendale orientata alla qualità, alla prevenzione degli eventi avversi e alla piena compliance normativa 	
	<p>2) Implementazione dell'utilizzo di sistemi informatici per la verifica del corretto abbinamento tra il candidato ricevente, la</p>	<p>2) Utilizzo dei sistemi informatici per il corretto abbinamento o presenza del progetto di implementazione approvato.</p>	<p>2) Certificazione dell'utilizzo del sistema informatico di controllo del corretto abbinamento o aggiornamento circa lo stato di avanzamento del progetto previsto</p>	<p>Il sistema SECURBLOOD si configura come un dispositivo medico di Classe I in ottemperanza alla Direttiva 93/42/CEE e s.m.i., è certificato ISO 9001 e risponde ai requisiti contemplati in Allegato VII del D.Lgs 02/11/2015. Dal punto di vista della sicurezza elettrica la parte applicata è di tipo B con sicurezza elettrica di classe II (EN 60601-1)</p>	

	provetta per i test pretrasfusionali e l'unità di emocomponenti da trasfondere o presenza di un progetto per l'implementazione di quanto previsto.		entro il 31/12/2025		
Ob. 3 Monitoraggio delle azioni per l'implementazione e di percorsi di PBM aziendali.	1) Presenza di percorsi clinico organizzativi aziendali per un appropriato uso di emocomponenti, con riferimento alla preparazione del paziente ai trattamenti chirurgici programmati. 2) progettazione di modalità per la gestione dell'"anemia fast track" per il paziente in accesso al DEA, con il fine di prevenire ogni trasfusione evitabile.	1) Presenza ed evidenza di diffusione ai reparti coinvolti di un percorso PBM strutturato approvato dal COBUS <u>aggiuntivo</u> rispetto al percorso prodotto nel 2024. 2) Formalizzazione di un gruppo di lavoro aziendale per la progettazione del percorso clinico.) Trasmissione dell'aggiornamento della indicizzazione documentale relativa ai percorsi di PBM entro il 31/03/2026.) Trasmissione dell'atto di costituzione del gruppo di lavoro per l'avvio del percorso clinico assistenziale per la gestione del paziente anemico in DEA per la gestione della linea fast track.	Nel mese di marzo 2025 è stato organizzato un incontro con l'intero Dipartimento Chirurgico , finalizzato all'analisi delle esigenze e delle criticità operative relative alla gestione del percorso trasfusionale. L'attività ha avuto inizio con un focus sul reparto di Ortopedia , al fine di identificare problematiche specifiche e necessità operative, e ha portato alla decisione di mettere in revisione il DVA 100 . Tra le azioni principali sviluppate durante l'incontro si evidenziano: <ul style="list-style-type: none"> • aggiornamento della modulistica e dei protocolli operativi; • introduzione e promozione della prescrizione di Ferinject (carbossalatoso ferri-co), come evoluzione delle strategie di Patient Blood Management (PBM), guidando l'adozione di nuovi protocolli clinici più sicuri ed efficaci; • supporto alla diffusione di pratiche di supplementazione del ferro ottimizzate, con l'obiettivo di ridurre la necessità di trasfusioni e migliorare gli esiti clinici dei pazienti chirurgici; • definizione di un cronoprogramma operativo per il coinvolgimento dei colleghi dei diversi reparti chirurgici, con formazione e 	DVA 100 in fase di revisione

				<p>supervisione dedicate alla corretta applicazione delle nuove procedure.</p> <p>Queste iniziative hanno rafforzato il coordinamento intra-dipartimentale, supportato la revisione del DVA 100 e contribuito al miglioramento della sicurezza, dell'efficacia e della qualità complessiva dei percorsi trasfusionali e di PBM all'interno del Dipartimento Chirurgico.</p>
--	--	--	--	---

Azione 14 - Rete nazionale della dispositivo-vigilanza- Ambito regionale del Piemonte

Riferimento: Referenti Dispositivo - vigilanza

Obiettivo	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Definire strumenti formativi atti a garantire la sensibilizzazione degli Operatori Sanitari e una corretta gestione della Dispositivo-Vigilanza nella Regione Piemonte	Progettazione e realizzazione di un numero adeguato di corsi di formazione sul tema specifico che coinvolgano gli operatori sanitari delle ASR, delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie private.	Attestazione dello svolgimento di eventi formativi a livello aziendale (almeno 1/anno)	Entro il 31 dicembre 2025	<p>Nel 2025 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria ha rafforzato le attività di Dispositivo-Vigilanza, in conformità alle indicazioni della Regione Piemonte e alla normativa nazionale, integrandole nel sistema di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.</p> <p>È stato realizzato il corso ECM "Farmacovigilanza e Dispositivo-Vigilanza", rivolto a personale medico e infermieristico, finalizzato a migliorare la conoscenza delle procedure di segnalazione, la gestione degli eventi sentinella e l'applicazione delle metodologie di analisi degli eventi avversi (RCA, diagramma causa-effetto, "5 perché"), nonché la definizione delle azioni di miglioramento.</p> <p>Il corso è stato erogato il 5 giugno, 22 settembre, 21 ottobre e 18 novembre 2025.</p> <p>Nel corso dell'anno è stata adottata la procedura aziendale P56 - Dispositivo-Vigilanza, conforme alle Linee di indirizzo regionali 2024, che disciplina il monitoraggio e la gestione di</p>	PUBBLICATO SU NEXTSHARE P56 REV.00/2025 E LOCANDINA CORSO

			<p>incidenti, mancati incidenti e reclami relativi ai dispositivi medici.</p> <p>I moduli e le istruzioni operative sono disponibili sulla Intranet Aziendale, sezione “COME FARE PER”.</p> <p>Le attività svolte hanno contribuito a rafforzare la consapevolezza del personale, la cultura della segnalazione e l'integrazione della Dispositivo-Vigilanza nel sistema di gestione del rischio clinico.</p> <p>A livello aziendale, inoltre, il personale sanitario della SC Farmacia e del Rischio Clinico ha partecipato al Corso Regionale di Formazione ed Aggiornamento di II livello in materia di vigilanza sui dispositivi medici sia in data 28.10.2024 sia in data 13.11.2025</p>
--	--	--	---

Azione 15 - Rischio infettivo e rischio clinico

Riferimento: Risk Manager/Direzioni Sanitarie

Obiettivo	Indicatore	Standard	Tempistica di realizzazione	Rendicontazione raggiungimento standard	Allegati Inserire codice/id di riferimento
Le Aziende promuovono strategie condivise di gestione del rischio infettivo e del rischio clinico sul tema Prevenzione e Controllo delle ICA	1) Censimento aziendale documenti/procedure presenti e adeguamento alla sentenza Cass. n. 6386/2023; 2) predisposizione di un'analisi di congruità di tutta la documentazione reperita di cui al	Attestazione, con report, di: 1) aver adottato le cautele prescritte dalle vigenti normative, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) dimostrare di aver applicato i protocolli delle	Entro il 31 dicembre 2025	<p>Obiettivo Garantire la tracciabilità delle attività di prevenzione delle infezioni ospedaliere mediante il censimento e l'adeguamento della documentazione aziendale in ottemperanza ai requisiti della Sentenza di Cassazione n. 6386/2023.</p> <p>Attività svolte È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dalla Struttura Semplice Controllo Infezioni e Antimicrobial Stewardship afferente alla Direzione Medica di Presidio, con il supporto di personale</p>	<p>ALLEGATO 5 PUBBLICATO SU NEXTSHARE/I NDICATORI ICA AOU AL</p> <p>ALLEGATO PUBBLICATO</p>

	<p>punto 1); 3) definizione di un programma di adeguamento per le situazioni/ items previste dalla sentenza Cass. n. 6386/2023</p>	<p>infezioni nel caso specifico.</p>		<p>infermieristico dedicato e di un IFO Controllo Infezioni.</p> <p>È stato effettuato il censimento della documentazione aziendale rilevante ai fini degli oneri probatori, con creazione di una cartella condivisa su piattaforma iShare contenente la mappatura dei criteri della Sentenza, i documenti correlati e le relative date di emissione e revisione.</p> <p>Nel corso del 2025 sono stati aggiornati il capitolato pulizie e i seguenti DVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DVA 31 – Sterilizzazione - DVA 137 – Percorso perioperatorio del paziente chirurgico - DVA 144 – Gestione del paziente nel Blocco Operatorio Pediatrico - DVA 18 – Segnalazione delle malattie infettive - DVA 145 – Gestione dei cateteri venosi <p>Sono in fase di aggiornamento il DVA 04 – Gestione dei rifiuti ospedalieri e il DVA 17 – Pulizia ambientale; le azioni residue sono inserite nella programmazione 2026 e/o collegate al rinnovo dei contratti.</p> <p>Conclusione Il percorso ha consentito di garantire tracciabilità, aggiornamento documentale e coerenza organizzativa delle procedure di prevenzione delle infezioni, in conformità alla Sentenza n. 6386/2023 e in un’ottica di miglioramento continuo.</p>	<p>SU NEXTSHARE</p>
--	--	--------------------------------------	--	--	---------------------

