

## Legge 8 marzo 2017, n. 24, cd. Legge Gelli

### Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi/eventi evitati

#### PREMESSA

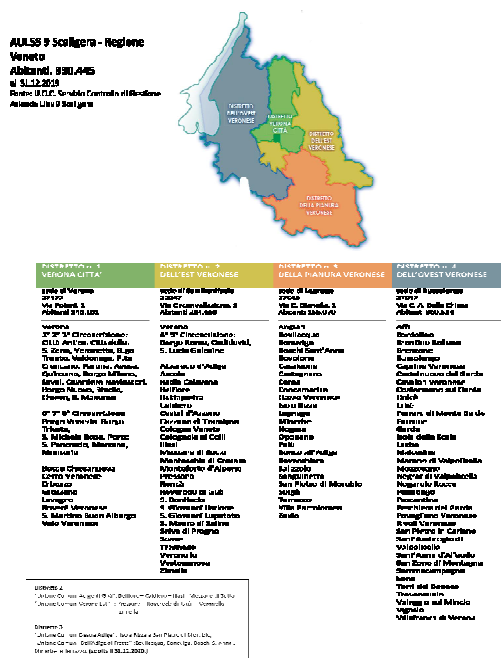
La Legge 8 marzo 2017, n. 24 denominata Legge Gelli e intitolata “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, richiamando anche precedenti disposizioni normative, come quelle contenute nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208, prevede – tra l’altro – che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie redigano una relazione annuale consuntiva sugli strumenti utilizzati per il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura sanitaria.

La sicurezza del paziente passa attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e dei processi che minimizzano la probabilità di errore, nonché i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Ai sensi dell’articolo 2, comma 5, della Legge 24/2017 – modificativo dell’art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 – tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre 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 nel sito internet della struttura sanitaria”.

#### DESCRIZIONE DEL CONTESTO

L’Azienda ULSS 9 Scaligera opera in un territorio di complessivi 3.097 km<sup>2</sup>, che coincide con l’intera provincia di Verona, e assicura servizi e assistenza socio-sanitaria a una popolazione che, al 01/01/2025, ammontava a 928.622 residenti, distribuiti in 98 comuni, raggruppati in quattro Distretti socio-sanitari.



e nelle Strutture riabilitative integrative della rete ospedaliera:

- ◆ Struttura di Bussolengo,
- ◆ Struttura di Marzana,
- ◆ Struttura di Bovolone,
- ◆ Struttura di Malcesine.

Oltre all'assistenza ospedaliera, l'Azienda ULSS 9 Scaligera dispone nel territorio dei seguenti servizi erogati in proprio:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Poliambulatori ospedalieri		Polo San Bonifacio	Legnago Bovolone	Bussolengo Villafranca Malcesine
Poliambulatori territoriali	Marzana Verona: Via Campania, Via del Capitel, Via Poloni	Montecchia di Crosara, S. Giovanni Lupatoto, Tregnago, Verona: Via Valeggio, Cologna Veneta	Zevio Nogara Cerea	Caprino Veronese, Bardolino, Domegliara, Bussolengo, Sommacampagna, Valeggio
Ospedali di Comunità		San Bonifacio	Bovolone	Valeggio
Case della Comunità	Verona Via Poloni Verona Via del Capitel	Cognola ai Colli Montecchia di Crosara Tregnago Cologna Veneta	Bovolone Cerea	
Hospice	Marzana	Cologna Veneta		
R.E.M.S.			Nogara	

#### **MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE**

Con la Delibera del Direttore Generale n. 512 del 15 luglio 2021 "Modifica e semplificazione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nell'Azienda U.L.S.S. 9 Scaligera e approvazione del Piano per la Sicurezza del Paziente dell'Azienda ULSS 9 Scaligera 2021-2022 ai sensi della D.G.R.V. n. 1831 dell'11 luglio 2008", l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha rimodulato l'assetto organizzativo inerente alla gestione della sicurezza del paziente. Tale nuovo modello prevede due livelli organizzativi: il Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente (CEAS) e i Referenti del Rischio Clinico – medici e delle professioni sanitarie – delle UU.OO.CC. e dei Servizi, sia ospedalieri sia territoriali.

**Il Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente**, con funzioni di indirizzo e supervisione, è composto da: Direttore Sanitario (Coordinatore); Risk Manager e Referenti del Rischio Clinico, medici e delle professioni sanitarie, dei quattro Distretti dell'Azienda ULSS 9 Scaligera; Responsabile dell'U.O.S. Osservatorio Epidemiologico Aziendale; Direttori della Funzione Ospedaliera, Funzione Territoriale e del Dipartimento Prevenzione; Direttori e Coordinatori dei Dipartimenti Strutturali aziendali e Direttori delle UU.OO./Servizi trasversali aziendali a maggior impatto sulla sicurezza del paziente (Direzione Professioni Sanitarie, Servizio Tecnico, URP, Psicologia Ospedaliera, Servizio Prevenzione e Protezione, Integrazione Percorsi Ospedalieri, C.E.R.R.I.S. e Referente Aziendale L. 22/2002 e s.m.i.).

Le sue funzioni devono comprendere, ma non limitarsi a:

- ◆ Definire le misure preventive per la riduzione dei rischi, da sottoporre alla Direzione Generale per l'adozione dei provvedimenti di competenza, garantire la loro applicazione a livello locale e verificarne l'attuazione;
- ◆ Contribuire alla definizione del "Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente";
- ◆ Proporre il "Piano per la formazione specifica", sulla base delle proposte avanzate dai Referenti del Rischio Clinico delle UU.OO. e dei Servizi aziendali;
- ◆ Promuovere e monitorare l'attuazione degli indirizzi/linee guida per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;

- ◆ Favorire la diffusione a livello locale degli obiettivi aziendali per la sicurezza del paziente e supervisionare la loro attuazione;
- ◆ Provvedere alla formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali e, qualora le suddette proposte vengano accolte, provvedere all'organizzazione e alla supervisione della loro implementazione;
- ◆ Curare la comunicazione nell'ambito della sicurezza del paziente, anche mediante la diffusione di linee-guida o di altra documentazione;
- ◆ Attivare, per eventi avversi di particolare gravità, gli Audit di Evento Significativo;
- ◆ Promuovere la cultura della sicurezza in Azienda.

**I referenti del Rischio Clinico, medici e delle professioni sanitarie, delle UU.OO.CC. e dei Servizi, sia ospedalieri sia territoriali**, appositamente formati nell'ambito del rischio clinico e sicurezza del paziente, costituiscono i *"link professional"* che fungono da raccordo tra i professionisti delle strutture e i referenti aziendali della funzione di Risk Management. Il loro ruolo consiste nel promuovere la consapevolezza e l'applicazione dei diversi programmi predisposti dal Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente e nel contribuire:

- ◆ Alla definizione del "Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente",
- ◆ Alla formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali;
- ◆ Alla definizione del "Piano per la formazione specifica" in tema di rischio clinico e sicurezza del paziente;
- ◆ Alla promozione della cultura della sicurezza in Azienda.

#### IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING

La segnalazione (mediante il Sistema di Incident Reporting) degli eventi avversi/eventi evitati/quasi eventi nell'Azienda ULSS 9 Scaligera è volontaria ed è finalizzata al miglioramento della sicurezza dei processi di cura e di assistenza rivolti ai pazienti. Ogni segnalazione viene presa in carico dal Risk Manager e dai suoi collaboratori e analizzata anche attraverso lo svolgimento di Audit con i professionisti sanitari, nei quali si individuano le azioni di miglioramento da adottare, implementare e monitorare nel tempo.

#### ANALISI DEI RISCHI INSITI NEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI AZIENDALI

**Eventi segnalati nell'anno 2025, ex art. 2, comma 5 della L. 24/2017**

TIPO EVENTO	% SUL TOTALE EVENTI	FATTORI CAUSALI O CONTRIBUENTI*	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE INFORMATIVA**
Eventi Avversi/ Eventi Evitati/ Eventi senza danno	95,93%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organizzativi 88,83%</li> <li>● Procedurali 6,71%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Procedurali 2,34%</li> <li>● Comunicative 25,07%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incident Reporting 91,15%</li> </ul>
Eventi Sentinella (considerati dal Ministero di particolare gravità)	0,81%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tecnologici/strutturali 2,83%</li> <li>● Comunicativi 2,64%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organizzative 67,99%</li> <li>● Tecnologiche/Strutturali 4,60%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sinistri 3,06%</li> <li>● Dispositivo vigilanza 5,77%</li> </ul>
Sinistri	3,26%			

\* Sono i fattori che sono stati indicati dal professionista che ha segnalato l'evento. Per lo stesso evento possono essere individuate più categorie di fattori causali.

\*\* Lo stesso evento, se riguarda problematiche legate all'utilizzo di dispositivi medici, può essere segnalato sia al Risk Management, con l'incident reporting, sia alla Dispositivo Vigilanza.

Anche quest'anno, una parte del lavoro è stata dedicata all'identificazione dei rischi, con un approccio proattivo, attraverso lo svolgimento dei Giri per la Sicurezza.

In seguito all'analisi delle segnalazioni pervenute, sono state introdotte diverse **azioni di miglioramento**, raggruppabili in macroaree:

- **stesura/revisione dei protocolli, delle procedure e delle istruzioni operative esistenti e loro uniformazione a livello aziendale e incremento della loro diffusione e applicazione:**
  - *comunicazione*: comunicazione sistematica al personale sanitario presente in turno dell'avvenuta consegna di «teli per doccia» a pazienti da «attenzionare» particolarmente, in quanto a rischio di compiere atti autolesionistici [NB: la comunicazione compete a chi (Infermiera/e oppure Operatrice/ore Socio-Sanitario) effettua, in ciascun SPDC, la sopra menzionata consegna]; evidenziazione dei/delle pazienti valutati/e a rischio di compiere atti autolesionistici, mediante attribuzione nelle schede utilizzate per i «passaggi di consegne» di uno specifico «codice-colore»; rivedere le modalità di comunicazione al paziente delle informazioni per la prevenzione del rischio caduta e, in particolare chiedere al paziente di ripetere quanto spiegato, in modo da avere un suo feedback sulla comprensione del messaggio inviato; creazione di un protocollo di comunicazione chiaro e strutturato per le emergenze, che favorisca la collaborazione tra i diversi professionisti e, in particolare, rivedere le modalità da utilizzare per allertare il personale (pulsante emergenza in sala parto, che è già presente e allerta tutto il reparto, tranne l'anestesista, linea telefonica preferenziale e conosciuta da tutti); adozione di una modalità strutturata di passaggio di consegne tra personale medico che garantisca la trasmissione delle informazioni essenziali per la sicurezza e la continuità delle cure, relative alle pazienti (ad es. modalità SBAR); prevedere momenti di discussione periodici, aperti a tutto il personale della UOC di Ostetricia e Ginecologia, per analizzare gli eventi più significativi e condividere l'evoluzione dello stato di salute di pazienti "vittime" di eventi critici; effettuazione di un triplo controllo sui biberon: durante la conservazione del latte/colostro con applicazione dell'etichetta nominale, durante la preparazione e al letto della madre (chiedendo conferma del nome, cognome e data di nascita prima della somministrazione al neonato); adozione di un modulo di controllo giornaliero in corrispondenza del frigo e freezer in Pediatria e del frigo in Patologia Neonatale; predisposizione e diffusione di una brochure informativa sulla corretta gestione a domicilio di CVC e altri device invasivi nei pazienti non sottoposti a dialisi afferenti alla UOC di Nefrologia e Dialisi; redazione di una procedura e condivisione di un percorso interno per la gestione del paziente aggressivo in PS; introduzione della check list pre-operatoria; introduzione di un secondo controllo da parte del medico che redige la lista operatoria; revisione della procedura per la chiamata in servizio del personale del Gruppo Operatorio, con una chiara definizione della catena di comunicazione e della terminologia da utilizzare; revisione della modulistica che riporta i recapiti del personale reperibile per agevolare la comprensione; redazione di una brochure informativa per gli utenti e i loro familiari/caregiver, al fine di fornire le indicazioni/istruzioni alle quali fare riferimento nel caso in cui si verificano guasti dei dispositivi loro forniti; utilizzo di un linguaggio appropriato per indagare eventuali aree incompatibili con la prestazione da erogare anche utilizzando domande semplici da rivolgere al paziente e/o al caregiver almeno per indagare gli aspetti di sicurezza (esempio: ha fatto interventi chirurgici? quanti e dove? ci sono stati dei problemi segnalati? ha della documentazione che lo spiega? ecc.); miglioramento della continuità informativa tra reparti attraverso una documentazione infermieristica più dettagliata; promozione del confronto tra colleghi come strumento di condivisione delle decisioni assistenziali; standardizzazione e introduzione di "ridondanza" nel processo di comunicazione per l'attivazione del taglio cesareo urgente/emergente (TC giallo/rosso), prevedendo canali alternativi strutturati (telefono fisso, cellulare di servizio, presenza fisica del coordinatore) in caso di malfunzionamento dei cordless e definendo chiaramente chi deve essere informato e con quali modalità, assicurando l'allineamento informativo tra reparto, anestesia, blocco operatorio e pediatria; creazione di uno schema di comunicazione che coinvolga gli attori coinvolti (struttura dimettente-struttura ricevente e SUEM) e che sintetizzi alcuni aspetti rilevanti dal punto di vista clinico/terapeutico – aggiornamenti dal punto di vista clinico-terapeutico e orari e modalità di trasporto; documentazione nella cartella

clinica di tutte le consulenze, rivalutazioni cliniche e decisioni condivise, specificando orario, professionista coinvolto e motivazione clinica; definizione e diffusione di modalità strutturate e tracciabili di comunicazione clinica, distinguendo formalmente tra richiesta di consulenza, valutazione clinica e attivazione del trasporto.

- *gestione del paziente*: revisione della procedura operativa “La gestione degli allontanamenti non concordati dai servizi psichiatrici”, in particolare per quanto riguarda la tempistica della dimissione amministrativa (attualmente 12 ore); sviluppare linee guida chiare per il trasferimento di pazienti con patologie cardiache critiche, valutando se sia preferibile il trasferimento preventivo prima di procedure ad alto rischio; implementazione di un protocollo di valutazione del rischio più accurato per i pazienti con patologie cardiache complesse, con indicazioni chiare sul momento migliore per il trasferimento; identificazione di un medico di riferimento per il percorso nascita con l’obiettivo di creare un gruppo integrato multiprofessionale.; introduzione di azioni migliorative nel percorso Hub/Spoke in essere e nel trasferimento con tempistiche adeguate dei referti effettuati nel Centro Hub all’Ospedale Spoke richiedente, anche attraverso un audit congiunto (ULSS 9-Az. Osp. Univ. Integrata di VR); redazione di una procedura e condivisione di un percorso interno per la gestione del paziente aggressivo in PS; revisione della procedura per l’applicazione di mezzi di contenzione fisica in PS; predisposizione di un’IO/Procedura che regoli il trasferimento dei pazienti per l’esecuzione di ERCP tra le diverse sedi ospedaliere; stesura di un’apposita IO per le attività del case manager; predisposizione di un sistema di rilevazione della presenza dei pazienti ad inizio e fine di ogni turno di servizio; definire criteri condivisi per l’identificazione precoce delle gravidanze ad alta complessità (es. elevato titolo anticorpale per incompatibilità materno-fetale) non adeguatamente gestibili presso la sede di Villafranca, al fine di programmare il ricovero e il parto in strutture di secondo o terzo livello; introduzione della pianificazione anticipata del trasferimento nei pazienti pediatrici con decorso potenzialmente critico, coinvolgendo precocemente il centro di riferimento e i servizi necessari.
- *altre procedure/istruzioni operative/protocolli*: diffusione della disposizione a tutti i nurse di anestesia, alla luce della nuova tipologia di tubo endotracheale in uso, di fornire il tubo mandrinato solo su esplicita richiesta dell’anestesista; istituzione di un sistema di controlli sulle diagnosi citologiche effettuate dalla struttura convenzionata, che preveda due livelli: standard di revisione sistematica di cinque vetrini al mese, per confrontare le diagnosi fatte all’interno dell’Azienda con quelle della struttura convenzionata e di controlli complessivi sulle diagnosi, con il supporto dell’UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute su tutti i Pap test effettuati e approfondimento dei casi che presentano tre Pap test negativi e il quarto con la diagnosi di H-SIL; revisione di tutte le procedure sul percorso nascita con la chiara indicazione delle competenze e responsabilità dei vari professionisti che intervengono nel processo; reintroduzione della check list per la valutazione del rischio durante il travaglio e il parto; aggiornamento dell’I.O. “Pronta disponibilità condivisa”; revisione della procedura per la gestione del POCT, attualmente in uso alla Medicina di Gruppo Integrata, estendendone l’utilizzo anche all’Ospedale di Comunità e al reparto di degenza di Riabilitazione; redazione di un’IO per il personale sanitario, al fine di fornire le indicazioni/istruzioni alle quali fare riferimento nel caso in cui si verificano guasti dei dispositivi loro forniti; implementazione di un doppio controllo medico/tecnico in tutti i casi in cui il medico deve intervenire sullo strumento per modificare l’esito di un gruppo, con modifica da parte del medico e accettazione da parte del tecnico, nonché inserimento nelle note di entrambi dell’evidenza di avvenuto controllo; predisposizione di una scheda riassuntiva delle attività assistenziali per i vari tipi di intervento di chirurgia oculistica; revisione e diffusione dell’IO relativa al trasporto extraospedaliero per garantirne la corretta adesione ed eventuale condivisione del percorso il SUEM; verifica, aggiornamento e formalizzazione del protocollo aziendale di trasporto pediatrico, prevedendo criteri chiari di attivazione, modalità di trasporto e figure professionali coinvolte e condividendolo con tutte le figure professionali coinvolte, anche non strutturate.
- **formazione/addestramento**: potenziamento della formazione del personale sulla gestione delle emergenze ostetriche, anche attraverso corsi/simulazioni di taglio cesareo in codice rosso rivolti a tutti i componenti del team ostetrico-ginecologico, pediatrico, UTI e di emergenza, in modo da garantire

una risposta tempestiva e coordinata; formazione sulla manovra di intubazione orotracheale in sala operatoria e discussione con il Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza, sull'opportunità di prevedere uno specifico percorso formativo – teorico e pratico - per i medici specializzandi, che tenga conto dei diversi contesti in cui può essere eseguita una manovra di intubazione orotracheale; formazione del personale infermieristico sulla gestione dei farmaci, con particolare attenzione alle differenze tra le formulazioni e alle procedure di verifica; formazione di base sul rischio clinico in generale e in ambiti specifici; prevenzione e gestione delle aggressioni al personale sanitario; formazione dei professionisti neo-assunti sulla Procedura Aziendale inerente al consenso informato; realizzazione di un corso di formazione per il personale infermieristico del SPDC per le attività del case manager; formazione del personale infermieristico sulla procedura da seguire per le richieste di esami verso laboratori esterni; formazione sulle modalità di gestione delle sacche di emocomponenti; completamento della formazione sulla gestione del paziente aggressivo in PS; implementazione della formazione del personale sul monitoraggio dei parametri a seguito di intervento chirurgico; revisione della formazione sull'impostazione dei ventilatori NIV; organizzazione da parte dei Fisioterapisti di un “retraining sul campo” rivolto a tutto il personale sulla movimentazione di tutti gli ospiti, in generale, per i quali – in conseguenza della loro nota condizione di fragilità ossea – il rischio di fratture è elevato; promozione di attività formative rivolte alle équipes coinvolte nella gestione delle urgenze ostetriche, focalizzate sulla comunicazione interprofessionale, sulla gestione delle priorità e sul passaggio strutturato delle informazioni, identificando dei momenti di debriefing multidisciplinare post-evento, per garantire una corretta interpretazione clinica e organizzativa degli eventi urgenti, evitando fraintendimenti legati all'esito clinico (es. trasferimento neonatale) e favorendo l'apprendimento organizzativo; potenziamento delle conoscenze in ambito ostetrico, relative alle tipologie di induzione e all'uso dello scalp durante il travaglio di parto; aumento delle conoscenze sui benefici che la parto analgesia può portare in fase di travaglio, anche quando la paziente non la richiede, per la gestione del dolore; organizzazione di un corso di formazione dedicato alla gestione degli elastomeri, organizzato dal personale della Terapia Intensiva per il personale dell'area chirurgica; organizzazione di audit clinici e momenti formativi periodici multidisciplinari utilizzando casi reali, con focus su documentazione, comunicazione e gestione del rischio clinico.

- **modifiche organizzative** (tra i principali interventi): richiesta alla Farmacia Ospedaliera di valutazione della fattibilità di un aggiornamento del software utilizzato per la prescrizione della terapia, introducendo abbreviazioni che consentano di distinguere inequivocabilmente i termini “fiala” e “flacone”; messa in atto continua di un'efficace comunicazione tra i professionisti sanitari (in particolare, fra Fisioterapiste/i e Infermiere/i), soprattutto nel momento in cui i/le pazienti – al ritorno dal setting riabilitativo – necessitano di essere riaffidati all'assistenza delle/gli Infermiere/i e delle/gli Operatrici/Operatori Socio-Sanitarie/i; maggiore vigilanza sulla corretta presa in carico delle richieste; posizionamento dei vaccini pediatrici e per adulti in ripiani separati ed utilizzo di etichette visibili e distintive per differenziarli e, inoltre, in caso di confezioni LASA, applicazione di un bollino colorato come alert; effettuazione di una più puntuale programmazione dell'attività operatoria, sia in termini di organizzazione delle équipes, sia in termini di esattezza dei dati riportati nella documentazione clinica/lista operatoria; attivazione del PS fast track ortopedico; richiamo formale alla scrupolosa osservanza della procedura di chiusura della porta di accesso al reparto, misura fondamentale di sicurezza e tutela dei pazienti, ribadendo che la mancata applicazione di tale procedura costituisce una grave non conformità organizzativa e può determinare rischi concreti per l'incolumità dei pazienti e per la sicurezza della struttura; cambiamento organizzativo relativo alla sosta delle utenze dell'area stabilita; raccomandazione di massima cura e delicatezza nella movimentazione di tutti gli ospiti, in generale, per i quali – in conseguenza della loro nota condizione di fragilità ossea – il rischio di fratture è elevato; rafforzamento della raccomandazione a tutto il personale sull'importanza di una verifica scrupolosa del materiale in arrivo e del divieto di conservare/utilizzare garze con filo di bario in reparto; analisi di tutti i profili presenti per allinearli all'organizzazione creata dagli installatori del nuovo LIS; acquisto del farmaco in una unica formulazione e somministrazione solo da parte di personale esperto; compilazione delle richieste in modo corretto e segnalazione di ogni variazione in modo da essere pronti ad accogliere i pazienti non deambulanti; raccomandazione al personale di effettuare le cure igieniche in coppia in presenza di pazienti problematici; promozione di una cultura di

pianificazione preventiva, in cui si valuta attentamente se il trasferimento debba avvenire prima dell'intervento, soprattutto per pazienti con storia clinica complessa, per ridurre i rischi di complicanze durante il trasporto o post-procedura; attivazione di tavoli di lavoro tra Servizi per la risoluzione dei problemi; previsione di procedure di sostituzione delle assenze più efficaci; disposizione dei biberon di latte materno su vassoi (uno per ogni mamma) collocati in ripiani diversi del frigo e applicazione, su ogni vassoio, dell'etichetta con i dati del neonato, in modo da avere un doppio sistema di identificazione (etichetta sul vassoio + etichetta sul biberon); creazione e condivisione di un percorso dedicato per la gestione degli esami ematochimici in urgenza, per gli Ospedali di Comunità dell'AULSS 9; indicazione ai pazienti di consumare nella sala comune anche le merende occasionali e selezione come merende occasionali solo di cibi a minor rischio di soffocamento (ad es. budini o crackers); individuazione della figura dell'ORM presso il GO; maggiore supervisione sull'attività di tirocinio degli studenti infermieri, in particolare per quanto riguarda la somministrazione delle terapie farmacologiche; valutazione collegiale delle diverse opzioni chirurgiche individuabili in caso di assenza in commercio di un dispositivo che consenta la riparazione immediata della frattura del paziente; limitazione, per quanto possibile, degli spostamenti di letto dei pazienti negli orari in cui è in corso la somministrazione della terapia farmacologica; cambio di codice per recepimento nuove gare; rafforzamento della valutazione multidisciplinare del rischio di caduta nei pazienti con decadimento cognitivo.

- **modifiche strutturali/tecnologiche** (tra i principali interventi): individuazione in entrambi i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC 1 e 2) di almeno un bagno (dei tre ai quali si accede dal corridoio) da dedicare ai/pazienti valutati/e a rischio di compiere atti autolesionistici e in cui modificare – previa richiesta da inoltrare all'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona – l'impianto idraulico della doccia, facendo fuoriuscire la tubazione che porta l'acqua al soffione in prossimità del soffitto, in modo tale che anche il soffione suddetto sia il più rasente possibile al soffitto stesso; valutazione della fattibilità di installazione di sistemi di segnalazione in caso di apertura della porta del reparto; sostituzione dei mobili/arredi attualmente presenti in reparto con altrettanti dotati di idoneo sistema di fissaggio al pavimento e/o alle pareti; sostituzione della vetrinetta ubicata nella «Stanza Infermieri» con un armadio o, in alternativa, applicazione sui vetri della stessa di un'idonea «pellicola anti-frantumazione»; sostituzione del sistema di apertura/chiusura della porta di accesso alla «Stanza Infermieri», rendendola apribile dall'esterno solo con chiave – o badge – ad uso esclusivo del personale sanitario; effettuazione di un giro della sicurezza alla presenza del Servizio Tecnico; invio di una richiesta urgente di sopralluogo per aumentare la predisposizione di punti di corrente necessari a svolgere tutte l'attività di sala operatoria; richiesta al Servizio Tecnico di un intervento di manutenzione per fissare tutti gli armadi presenti nelle stanze di degenza della struttura alle rispettive pareti alle quali sono accostati; rinnovo della raccomandazione ai Tecnici della Ditta che ha in gestione gli interventi di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali di ricollegare il ventilatore in questione all'impianto di erogazione dei gas medicali; raccomandazione al Direttore di ribadire ai medici di guardia il funzionamento del sistema di chiamata e allerta da parte del personale nella fascia pomeridiana; raccomandazione al Referente per la sicurezza nei luoghi di lavoro di fornire con sollecitudine le nuove tute ignifughe; richiesta l'installazione in tutti gli ambulatori (ad eccezione dell'ambulatorio della terza sezione e dell'infermeria) del Carcere di Montorio di una grata in acciaio, che consentirà di suddividere gli ambulatori stessi in due ambienti separati, ciascuno dei quali dotato di una porta d'accesso indipendente; richiesta dell'innalzamento della recinzione esterna e sollecito dell'intervento di manutenzione del verde per migliorare la visibilità nelle aree non coperte dalla sorveglianza visiva; richiesta al Servizio Tecnico di modificare le afferenze dei campanelli e l'intervento del CED per completare il lavoro; in attesa dell'aggiornamento tecnologico, spostata in urgenza una macchina POCT da Bussoleto a Villafranca per gli esami urgentissimi; sostituzione urgente della poltrona perché inapplicabile la riparazione; richiesta al Servizio Tecnico di un intervento per bloccare l'apertura delle finestre in sala d'attesa; installazione di condizionatori portatili; attivazione della prova materiali diversi tra Responsabile dei dispositivi e Coordinatore; rafforzamento della cartellonistica; invio all'Ingegneria Clinica del sollecito per la sostituzione del defibrillatore; richiesta di sostituzione dei contenitori in uso con altri dotati di coperchio trasparente; controllo costante del cancello di ingresso

da parte del personale di sorveglianza; riparazione/sostituzione attrezzature informatiche; miglioramento della segnaletica dei percorsi per raggiungere le sale d'attesa, riattivazione degli elimina code e utilizzo di video informativi sui monitor presenti nelle sale d'attesa; revisione delle modalità di gestione e di impostazione delle apparecchiature; rafforzamento delle misure di controllo degli accessi nell'area; fornitura di idonei sistemi di fissaggio esterno dei tubi oro-tracheali o cerotti con capacità adesiva adeguata; sostituzione delle porte; acquisto di barella per la gestione delle emergenze; richiesta all'Ingegneria Clinica di individuare la possibilità di utilizzare imbragature diverse per la tipologia di sollevatore presente.

Le **azioni di miglioramento** implementate sono state monitorate attraverso i seguenti indicatori di efficacia:

- di processo (75,00%);
- di esito (25,00%).

### **Altre azioni di miglioramento**

Nel 2025 i professionisti dell'UOS di Risk Management, insieme ai referenti del Servizio Protezione e Prevenzione e della Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali hanno effettuato sedici "**Giri per la Sicurezza**", nei quali sono state visitate (anche più volte) trenta Unità Operative/strutture ospedaliere e quattro strutture territoriali. Durante i suddetti Giri per la Sicurezza, mediante l'utilizzo di una checklist costruita ad hoc, è stata valutata l'applicazione delle procedure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali, nonché per la sicurezza del paziente e dei professionisti sanitari, sono state verificate le ricadute dei corsi di formazione sul rischio clinico e sono state valutate la terapia e la profilassi antibiotica.

I Referenti Medici e delle Professioni Sanitarie del Rischio Clinico hanno partecipato attivamente agli incontri del **Comitato Aziendale Valutazione Sinistri** e, in particolare, all'analisi delle richieste di risarcimento e all'individuazione delle azioni di miglioramento da adottare e implementare e degli indicatori di monitoraggio.

Sono stati, inoltre, parte attiva del Gruppo Multidisciplinare Territoriale e delle Commissioni Ospedaliere per il **Controllo delle Infezioni Correlate a Pratiche Assistenziali**, partecipando anche a tutti i progetti di stewardship antibiotica e alla predisposizione di linee guida e istruzioni operative/procedure di prevenzione e controllo delle infezioni.

Infine, i Referenti Rischio Clinico hanno partecipato attivamente alla realizzazione dei corsi "Modulo B pratico e Modulo C locale - PNRR M6 C2 Sub investimento 2.2 (b)", in qualità di docenti.

### **Effetto delle azioni di miglioramento a lungo termine.**

L'andamento delle segnalazioni mostra, nel 2025, il raggiungimento di un "plateau" che si colloca costantemente sopra le 2.000 segnalazioni all'anno, mostrando il raggiungimento di un buon livello di cultura della sicurezza nei professionisti sanitari. Al raggiungimento di tale risultato hanno contribuito i corsi di formazione svolti su tematiche di rischio clinico e anche i Giri per la Sicurezza – che oggi vengono visti dallo stesso personale sanitario come un'opportunità di crescita professionale, piuttosto che come un'ispezione condotta da "estranei" all'interno dell'Unità Operativa – nonché gli audit svolti insieme al personale, che hanno contribuito ad accrescere ulteriormente tra i professionisti sanitari la diffusione della cultura della sicurezza.