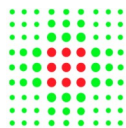


31 MARZO 2026

**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**

Anno 2025

ex art. 2 co. 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24



Un ringraziamento sincero a tutti coloro che, con preziosa e competente professionalità, hanno fornito il loro contributo nella stesura della relazione.

In particolare

R. BARONI, UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)

S. TAGLIOLI, R. PERRICONE UO Affari Generali e Legali (SC)

M.B. RONDINELLI UO Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area
Metropolitana (SC)

F. COTTI, L. MORATELLO, Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

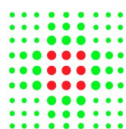
C. SACRIPANTI, ROMIO Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

G. FALASCA, Ingegneria clinica

F. LUGARESI UO Qualità, Accreditamento, Internal Audit e Relazioni con il cittadino

L. LANDI UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)

S. BIGNAMI Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo - DATeR



PREMESSA

La sicurezza delle cure rappresenta una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e un presupposto indispensabile per garantire prestazioni di elevata qualità. Negli ultimi anni il quadro normativo nazionale ha rafforzato l'attenzione verso questo ambito, riconoscendo la sicurezza delle cure come parte integrante del diritto alla salute e attribuendo alle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario un ruolo strategico per il Servizio Sanitario Nazionale.

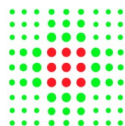
In particolare, la **Legge 8 marzo 2017, n. 24** ha stabilito che la sicurezza delle cure debba essere perseguita attraverso l'insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie, coinvolgendo tutto il personale delle strutture sanitarie. La normativa prevede inoltre che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie redigano e pubblichino annualmente una relazione sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che li hanno determinati e sulle iniziative adottate per prevenirne il ripetersi.

Tale previsione si inserisce in un percorso normativo già avviato negli anni precedenti, volto a promuovere sistemi strutturati di **risk management**, basati su attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio, nonché su strumenti di analisi dei processi organizzativi, audit clinici e sistemi di segnalazione degli eventi e dei quasi eventi (near miss). In questa prospettiva, assumono rilievo non solo gli eventi che hanno prodotto un danno, ma anche gli incidenti senza esito dannoso e le situazioni di rischio intercettate prima che producano conseguenze, in quanto elementi utili all'apprendimento organizzativo e al miglioramento dei processi assistenziali.

La raccolta e l'analisi sistematica di tali informazioni rappresentano infatti strumenti essenziali per lo sviluppo di organizzazioni sanitarie sempre più affidabili, capaci di individuare criticità, promuovere azioni di miglioramento e rafforzare la sicurezza dei percorsi assistenziali. Ciò richiede l'impiego di diversi strumenti di rilevazione e un approccio multidisciplinare integrato alla gestione del rischio, in grado di considerare la complessità dei fattori che influenzano la sicurezza delle cure, di natura strutturale, tecnologica, organizzativa e umana.

Nel corso del 2025 sono proseguite le attività di monitoraggio degli eventi rilevanti per la sicurezza delle cure, della persona assistita e dei professionisti. Parallelamente sono stati predisposti e resi disponibili agli operatori aziendali, tramite la rete intranet, specifici strumenti di programmazione e prevenzione, tra cui il **Piano Programma per la Sicurezza delle Cure (PPSC)**, il **Piano di Prevenzione delle Cadute (PAPC)** e il **Piano per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PPICA)**, approvati dal Collegio di Direzione e condivisi con gli organismi consultivi aziendali.

La presente relazione si colloca quindi all'interno di questo quadro normativo e organizzativo e ha l'obiettivo di rendere conto delle principali tipologie di eventi avversi registrati, delle cause che li hanno determinati e delle azioni di miglioramento adottate, in un'ottica di trasparenza, apprendimento organizzativo e continuo miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

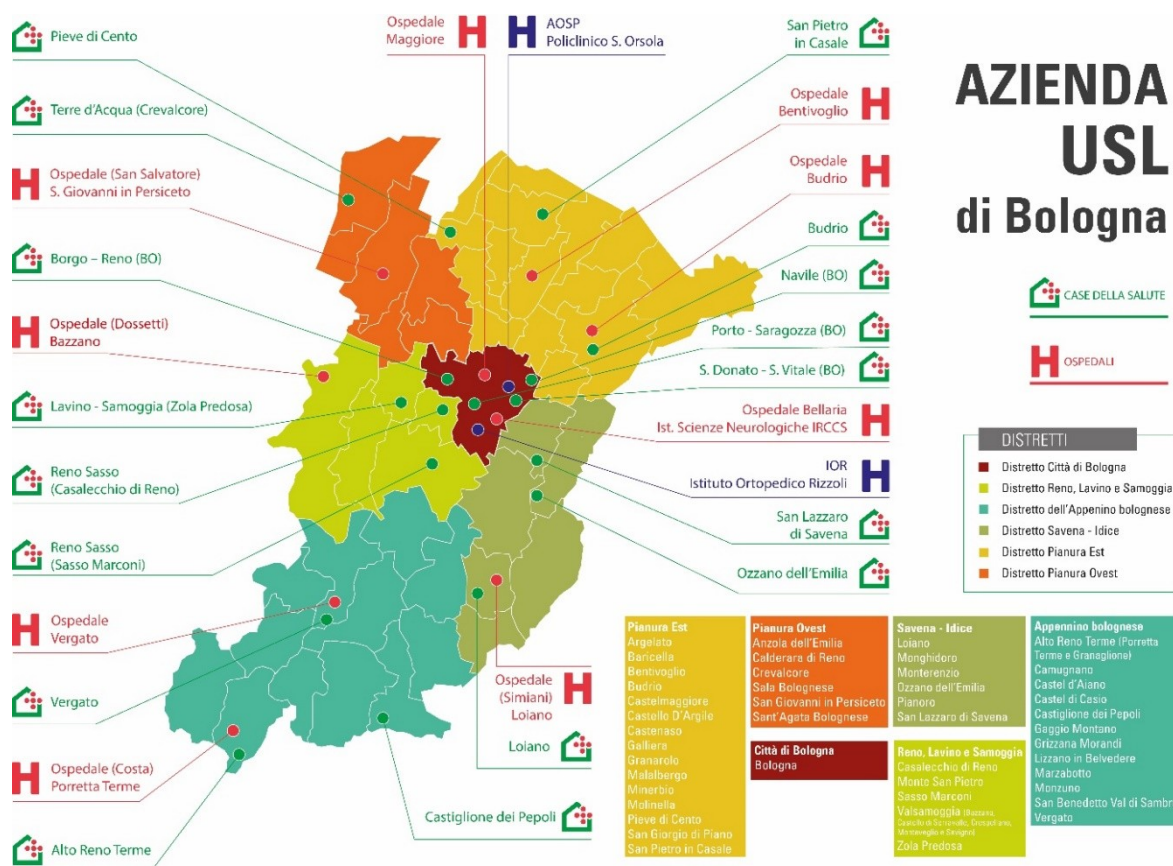


DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Redazione a cura della Dott.ssa Raffaella Baroni, UO Flussi Informativi aziendali

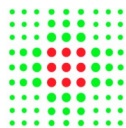
L'Azienda USL di Bologna opera su un territorio coincidente con 45 comuni della provincia di Bologna, con una **popolazione complessiva di 392800 abitanti** (Popolazione residente all'31/12/2024), distribuiti nei suddetti 45 comuni, suddivisi in 6 distretti.

L'Azienda USL di Bologna si colloca al centro della Regione Emilia-Romagna, divisa in due dall'importante arteria stradale della Via Emilia: l'intero territorio passa dall'area appenninica adiacente alla Toscana a Sud (province di Pistoia, Firenze e Prato), all'area padana confinante a Nord-Est con la Provincia di Ferrara. Ad Est troviamo l'Azienda USL di Imola, che comprende i restanti 10 comuni della provincia di Bologna e la Provincia di Ravenna, mentre ad Ovest quella di Modena.



Complessivamente l'Azienda USL si estende per circa 2915,4 Km², di cui la percentuale più alta è rappresentata da zone montano-collinari. Questa situazione spiega sia la complessità della viabilità locale, con le relative difficoltà di mobilità per la popolazione residente, sia la distribuzione della popolazione residente per aree geografiche omogenee.

DATI DI PRODUZIONE E ATTIVITÀ



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

L'azienda opera mediante due presidi ospedalieri a gestione diretta e undici case di cura accreditate che svolgono attività clinico-assistenziali in base ad una specifica committenza. I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.244 unità al 31/12/2024, quelli convenzionati (accreditati) sono pari a 918 unità. Di seguito si riporta la tabella riassuntiva con PL ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per presidio.

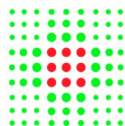
POSTI LETTO

MODELLO HSP12 - Presidi a gestione diretta ANNO2024 - (31/12/2024)

Cod. struttura	Denominazione struttura	Degenza. Ordinaria	Day Hospital	Day surgery	TOTALE
080053	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - AZIENDA DI BOLOGNA	1.037	19	22	1.078
080153	ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA	161	4	1	166
	Totale PL	1.198	23	23	1.244

Posti letto per Stabilimento dei Presidi a gestione diretta dell'Azienda USL di Bologna al 31/12/24:

Stabilimento	Degenza. Ordinaria	Day Hospital	Day surgery	TOTALE
OSPEDALE MAGGIORE	529	4	12	545
OSPEDALE BELLARIA	67	7	1	75
OSPEDALE BAZZANO	49	0	1	50
OSPEDALE PORRETTA TERME	67	1	5	73
OSPEDALE VERGATO	18	0	1	19
OSPEDALE LOIANO	24	0	0	24
OSPEDALE BENTIVOGLIO	128	2	1	131
OSPEDALE BUDRIO	53	0	0	53
OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	102	5	1	108
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AZ. USL DI BOLOGNA	1.037	19	22	1.078
IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE BOLOGNA	161	4	1	166
TOTALE AZIENDALE	1.198	23	23	1.244



Assistenza Territoriale

STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante 308 strutture a gestione diretta e 373 strutture non direttamente gestite che svolgono attività clinico-assistenziali in base ad una specifica committenza. Le strutture a gestione diretta sono tutte pubbliche, le strutture non direttamente gestite comprendono sia strutture private che pubbliche (es. ASP), non gestite direttamente dall'AUSL di Bologna, ma tramite convenzione.

Medicina Generale

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 643 medici di medicina generale (MMG) convenzionati che assistono complessivamente una popolazione pari a 772.259 unità, e 106 pediatri di libera scelta (PLS) convenzionati che assistono complessivamente una popolazione pari a 88.646 unità.

DATI DI ATTIVITA' NEL PERIODO

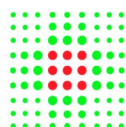
ASSISTENZA OSPEDALIERA

PRONTO SOCCORSO

L'Azienda USL nel corso del 2023 ha trasformato i PS di Budrio e Vergato in CAU con apertura h24 su 7 giorni. Pertanto, non è più possibile fare un corretto confronto con i volumi di attività degli anni precedenti. Escludendo i due PS anche dal 2023 si registra una diminuzione dell'0,63% (1.257 accessi) degli accessi ai PS.

TAB. A - ACCESSI AL PS PER SEDE E STRUTTURA – anni 2022-2023-2024 (fonte dati: CR-Afferiti)

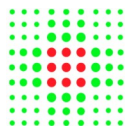
Pronto soccorso	Anno			2024-2023	
	2022	2023	2024	Diff.	Diff. %
MAG-PRONTO SOCCORSO GENERALE	78.800	80.578	77.874	-2.704	-3,36%
MAG-PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	15.041	16.934	15.696	-1.238	-7,31%
MAG-AMB. OSTETRICO-GINECOLOGICO	10.326	10.574	10.936	362	3,42%
BAZ - PRONTO SOCCORSO GENERALE	18.609	19.317	17.942	-1.375	-7,12%
BEN -PRONTO SOCCORSO GENERALE	32.204	34.355	36.563	2.208	6,43%
BUD - PRONTO SOCCORSO GENERALE (fino al 31/10/2023)	14.920	12.406		-12.406	-100,00%
LOI - PUNTO DI PRIMO INTERVENTO	5.460	5.698	6.016	318	5,58%



POR - PRONTO SOCCORSO GENERALE	13.055	13.386	14.345	959	7,16%
SGP - PRONTO SOCCORSO GENERALE	18.574	18.239	18.452	213	1,17%
VER - PRONTO SOCCORSO GENERALE (fino al 07/11/2023)	5.843	4.880		-4.880	-100,00%
Totale accessi	212.832	216.367	197.824	-18.543	-8,57%
di cui Rossi	5.764	5.988	6.355	367	6,13%
di cui Arancioni	15.844	17.414	19.298	1.884	10,82%
di cui Azzurri	53.246	56.616	57.815	1.199	2,12%
di cui Verdi	109.006	107.950	90.933	-17.017	-15,76%
di cui Bianchi	28.911	28.347	23.363	-4.984	-17,58%
n°accessi in PS seguiti da ricovero (compresi pz. che hanno rifiutato il ricovero)	34.205	32.125	32.364	239	0,74%
Filtro Ricoverati/Accessi compresi Rifiuta Ricovero	16,07	14,85	16,36	1,51	0,74%
n°pazienti trasferiti	3.832	3.560	4.394	834	23,43%
N. abbandoni dal PS	17.658	18.816	11.130	-2.844	-14,85%
Tasso di abbandono	8,44	8,85	8,24	-0,61	-6,87%
N°OBI	15.753	15.106	10.225	-2.525	-16,72%
OBI Ricoverati / Obi Totali	47,04%	44,48%	42,58%	-1,90%	-4,27%
OBI Totali/Accessi Totali	7,40%	6,98%	6,36%	-0,62%	-8,91%
N° Fast Track Totali	7.614	8.272	7.743	-529	-6,40%
N° Triage dinamici	20.668	26.432	30.505	4.073	15,41%

Si evidenzia un aumento degli accessi dei codici di maggiore gravità; Rossi +6,13%, Arancioni +10,82%, Azzurri +2,12% mentre quelli a bassa gravità hanno una diminuzione significativa: Verdi -15,76%, Bianchi -17,58%. Queste ultime variazioni possono essere attribuite all'apertura dei CAU verso la fine del 2023 e durante il 2024.

I CAU, che afferiscono alla rete assistenziale delle cure primarie, rappresentano un modello di applicazione del DM77 per gli aspetti relativi alla Continuità Assistenziale previsti nelle Case della Comunità; sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa



complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU attivati in azienda dopo l’emanazione della circolare 9/2023 sono quelli riportati, con la relativa data di apertura, nella Tab. B.

TAB. B - ACCESSI AI CAU PER STRUTTURA – anno 2023 -2024

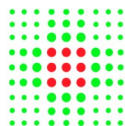
Struttura CAU	2023	2024
CAU-Albertoni dal 13/05/2024		7.798
CAU-Budrio dal 01/11/2023	2.550	15.357
CAU-Casalecchio dal 18/12/2023	713	23.067
CAU-Navile dal 11/12/2023	1.445	28.089
CAU-Osp. Maggiore dal 13/05/2024		9.119
CAU-San Lazzaro dal 20/05/2024		12.694
CAU-Vergato dal 07/11/2023	1.012	8.118
Totale:	5.720	104.242

ATTIVITA' DI RICOVERO

La sintesi sull’attività di ricovero di seguito illustrata comprende i 9 stabilimenti aziendali che fanno capo al Presidio UNICO di Bologna e l’IRCCS delle Scienze Neurologiche di Bologna. Si tratta delle strutture pubbliche gestite dall’Azienda USL di Bologna.

TAB. B1 – N. pazienti dimessi dai Presidi dell’Azienda USL di Bologna (Presidio Unico di Bologna + IRCCS delle Scienze Neurologiche di Bologna-ISBN)

INDICATORI SUI DIMESSI (ESCLUSO I NEONATI SANI)	regime di ricovero	2023	2024	diff. 2024-2023 Ass.	diff. 2024- 2023 %
DIMESSI: N. CASI	ORD + DH	53.785	54.109	324	0,60%
DIMESSI: N. CASI	ORD	46.635	47.021	386	0,83%
DIMESSI: N. CASI	DH	7.150	7.088	-62	-0,87%
DIMESSI VALORIZZAZIONE	ORD + DH	189.665.101	193.063.74 7	3.398.646	1,79%
DIMESSI	ORD	181.027.963	184.512.73	3.484.774	1,92%



VALORIZZAZIONE			7		
DIMESSI VALORIZZAZIONE	DH	8.637.139	8.551.010	-86.129	-1,00%
DIMESSI: PUNTI	ORD + DH	61.219	61.616	397	0,65%
PESO MEDIO	ORD + DH	1,14	1,14	0	0,00%
VAL. MEDIA	ORD + DH	3.526	3.568	42	1,19%
DIMESSI: N. DRG CH	ORD + DH	20.634	21.009	375	1,82%
% DRG CH	ORD + DH	38,4	38,8	0,4	1,04%

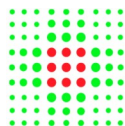
Nell'andamento dell'attività di ricovero si osserva stabilità nel numero dei casi e nel peso medio tra l'anno 2023 e l'anno 2024, con un lieve aumento del 1,2%, della valorizzazione economica media e un lieve aumento della percentuale di DRG chirurgici (+1%).

Di seguito si registra una diminuzione del 1,7% del numero dei parti. Si rileva un trend in diminuzione della percentuale dei parti cesarei che passano dal 24,2% dell'anno 2023 al 23,4% dell'anno 2024.

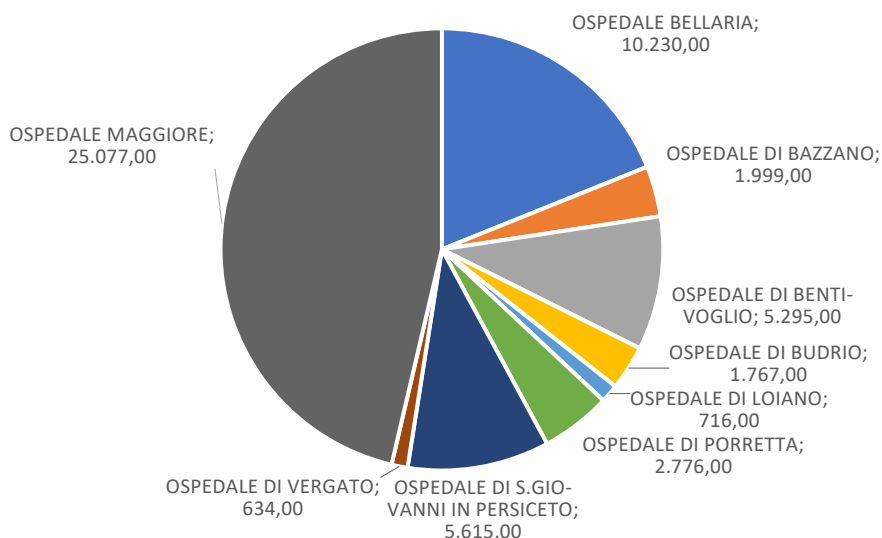
TAB. B2 – Neonati sani dimessi dal Presidio Unico AUSL di Bologna

indicatori	2023	2024	diff. Ass. 2024-2023	diff. % 2024-2023
NEONATI SANI	3.156	3.138	-18	-0,57%
NEONATI SANI VALORIZZAZIONE	1.057.935	1.051.061	-6.874	-0,65%
PARTI	3.800	3.734	-66	-1,74%
% PARTI CESAREI	24,2	23,4	-0,8	-3,31%

I pazienti ricoverati nell'anno 2024, riportati in dettaglio nelle tabelle sottostanti, sono dimessi per l' 11% dall'ISBN e per l' 89% dagli stabilimenti afferenti al Presidio unico dell'AUSL di Bologna così disaggregati: il 44% dall'Ospedale Maggiore, il 10% dall'Ospedale di Bentivoglio, dall'Ospedale Bellaria e dall'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto, il 5% dall'Ospedale di Porretta e il 4% dall'Ospedale di Bazzano.

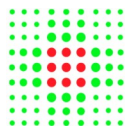


anno 2024 - dimessi AUSL BO (esclusi i neonati sani) PER STABILIMENTO: 54.109



TAB.B3 - Distribuzione dimessi per Presidio e Stabilimento (escluso i neonati sani) 2023-2024

PRESIDI	STABILIMENTI	n° dimessi		D 24- 23	D% 24- 23	DISTRIBUZ . % PER SEDE 2024
		2023	2024			
PRESIDIO UNICO	MAGGIORE	23.594	24.012	418	2%	44%
	BELLARIA	5.429	5.294	-135	-2%	10%
	BAZZANO	2.758	1.999	-759	-28%	4%
	PORRETTA TERME	2.879	2.776	-103	-4%	5%
	VERGATO	709	634	-75	-11%	1%
	LOIANO	712	716	4	1%	1%
	BUDRIO	1.702	1.767	65	4%	3%
	BENTIVOGLIO	5.342	5.295	-47	-1%	10%
	S. G. PERSICETO	4.876	5.615	739	15%	10%
	TOTALE PRESIDIO UNICO	48.001	48.108	107	0,2%	88,9%
ISBN	ISBN - c/o Bellaria	4.701	4.936	235	5%	9%

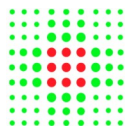


	ISBN c/o Maggiore	1.083	1.065	-18	-2%	2%
	TOTALE ISBN	5.784	6.001	217	4%	11%
totale AUSL BO PUBBLICO		53.785	54.109	324	1%	100%

Nella tabella successiva sono evidenziati i dimessi 2024 per regime di ricovero.

TAB.B4.6 – Anno 2024 - Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani)

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG	VALORIZZ.	VALORIZZ. MEDIA
		ORDINARIO	DH	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH
PRESIDIO UNICO	MAGGIORE	21.305	2.707	24.012	1,14	92.115.587	3.836
	BELLARIA	4.205	1089	5.294	1,07	14.201.791	2.683
	BAZZANO	1.732	267	1.999	1,05	5.600.763	2.802
	PORRETTA TERME	2.341	435	2.776	1,16	8.784.706	3.165
	VERGATO	634		634	1,10	2.049.922	3.233
	LOIANO	716		716	1,03	1.044.662	1.459
	BUDRIO	1.767		1.767	1,06	5.372.133	3.040
	BENTIVOGLIO	4.802	493	5.295	1,07	16.797.819	3.172
	S. G. PERSICETO	4.394	1221	5.615	0,85	13.702.109	2.440
	TOT. PRESIDIO UNICO	41.896	6.212	48.108	1,09	159.669.492	3.319
ISBN	BELLARIA	4.087	849	4.936	1,50	25.935.845	5.254
	MAGGIORE	1.038	27	1.065	1,83	7.458.409	7.003
	TOTALE ISBN	5.125	876	6.001	1,56	33.394.255	5.565
totale AUSL BO PUBBLICO		47.021	7.088	54.109	1,14	193.063.747	3.568



Osco S.Giovanni in Persiceto	28/10/2019	-	4	4 aperto fino al 17 marzo (data ultimo dimesso)	4 Non si registrano ricoveri	4 non utilizzati chiusi a Settembre 2022	
TOTALE		20	40	38	38	34	18

Nel 2024 sono stati dimessi 232 pazienti, con un calo di 109 rispetto al 2023 per effetto della chiusura dei posti letto di cure intermedie del Bellaria.

La degenza media è di 19 giornate, praticamente invariata rispetto al 2023 con una variabilità che è andata da un minimo di 1 a un massimo di 63 giorni di permanenza.

TAB. D2 – CURE INTERMEDIE: dimessi 2023- 2024 (FONTE BANCA DATI RER)

Stabilimento	2023	2024	diff.23/24	diff. % 23-24
Osco Loiano	98	122	24	24%
Osco Vergato	74	110	36	49%
Cure Intermedie H. Bellaria	169	-	-	-
TOTALE	341	232	-109	-31%

TAB. D3 – ANNO 2024 - CURE INTERMEDIE

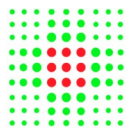
Dimessi per Stabilimento e Modalità di dimissione (FONTE BANCA DATI RER)

Stabilimento	Deceduto	Domicilio	Trasferito altrove ospedali	Struttura Socio Sanitaria	Dim. protetta c/o Hospice	Dimissione volontaria	Totale
Osco Loiano	1	74	11	35	-	1	122
Osco Vergato	1	89	10	9	1	-	110
TOTALE	2	163	21	44	1	1	232

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è impostata su un modello di presa in carico integrata del paziente a domicilio.

Gli episodi al domicilio nell'Azienda USL di Bologna, 30.450 nel 2024, si riferiscono a Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) di tipo Medico (MMG/PLS) nel 17%, di tipo infermieristico nel 65%,



Cure Palliative di base nel 4%, Specialistiche nel 7% ed in assistenza socio sanitaria nel 7%.

Si segnala che il sensibile calo degli episodi di assistenza socio sanitaria nel 2024 rispetto al 2023 è in parte compensato dall'aumento degli episodi di assistenza infermieristica. Tali episodi si riferiscono agli inserimenti di over 65 anni che nel 2023 erano stati considerati assistenza sociosanitaria, mentre nel 2024 sono stati inseriti come infermieristici. Tali inserimenti massivi a fine anno si sono resi necessari per soddisfare l'obiettivo incrementale PNRR della popolazione over 65 che prevedeva un incremento progressivo 2019-2025 del 10,98%. Nel 2024 l'Azienda AUSL di Bologna ha raggiunto il numero di 23.459 over 65 sull'obiettivo regionale di 24.100. Tuttavia, la Regione Emilia Romagna nel suo complesso ha raggiunto comunque l'obiettivo imposto a livello ministeriale.

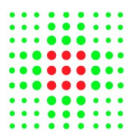
HOSPICE

Nell'Azienda USL di Bologna è importante l'impegno nella presa in carico dei malati terminali, attraverso l'attuazione di percorsi assistenziali che coinvolgono trasversalmente tutti i setting assistenziali. Assistenza domiciliare e assistenza residenziale (Hospice), insieme all'assistenza ospedaliera ed all'assistenza ambulatoriale specialistica, compongono la Rete delle Cure Palliative. Gli Hospice sul territorio dell'AUSL di Bologna alla data del 31/12/2024 sono 3 e contano 58 posti letto.

ASSISTENZA TERRITORIALE

ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La produzione dell'Attività Specialistica nelle strutture Pubbliche dell'Azienda USL di Bologna, per pazienti Ambulanti viene erogata sia all'interno delle strutture Ospedaliere che in quelle Territoriali (Poliambulatori).



ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO E LA SICUREZZA DELLE CURE

Il sistema di gestione del rischio e della sicurezza delle cure dell'AUSL di Bologna – IRCCS delle Scienze Neurologiche si è sviluppato nel tempo attraverso un approccio multidisciplinare e multi-professionale, finalizzato a promuovere una cultura della sicurezza condivisa a tutti i livelli dell'organizzazione.

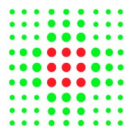
La struttura aziendale di riferimento per il coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario è l'**U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.)**, collocata in staff alla Direzione Aziendale. Tale struttura supporta l'organizzazione e i professionisti nelle attività di prevenzione, monitoraggio e gestione degli eventi avversi e assicura l'attuazione del programma regionale di prevenzione degli eventi avversi e di gestione diretta dei sinistri, in collaborazione con la U.O. Affari Generali e Legali per gli aspetti di competenza, favorendo l'integrazione tra le funzioni di prevenzione del rischio e quelle di gestione del contenzioso.

L'Azienda USL di Bologna, in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale, promuove un sistema organizzativo orientato allo sviluppo di contesti assistenziali sicuri e affidabili, fondato su alcuni principi cardine: rafforzamento della cultura della sicurezza, integrazione tra competenze e professionalità, multidisciplinarietà e visione sistemica dei processi clinico-assistenziali. In tale prospettiva, la gestione del rischio sanitario è considerata parte integrante delle attività organizzative e si realizza attraverso strumenti di analisi, monitoraggio, formazione e miglioramento continuo.

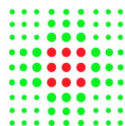
Gli obiettivi principali del sistema aziendale di gestione del rischio sono: garantire una valutazione integrata dei rischi, promuovere percorsi formativi condivisi, sostenere un approccio strutturato e sistemico alla sicurezza delle cure e sviluppare adeguati sistemi di presidio e controllo per la prevenzione e la mitigazione dei rischi.

Il modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, aggiornato con **Deliberazione aziendale n. 357 del 18/09/2024**, individua nel livello aziendale lo snodo fondamentale per il governo delle politiche e dei programmi di sicurezza delle cure. Tale modello si articola nei seguenti organismi e funzioni principali:

- **Osservatorio Aziendale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente**, organismo di consultazione e valutazione dei processi trasversali connessi alla sicurezza delle cure;
- **Board (Coordinamento) per la Gestione Integrata delle Sicurezze**, organismo tecnico consultivo che garantisce l'integrazione funzionale tra le diverse aree della sicurezza;
- **Team Risk**, struttura operativa interna alla U.O. Medicina Legale e Risk Management con funzioni di programmazione, coordinamento e regia delle attività di gestione del rischio;
- **Gruppo Operativo Sicurezza**, organismo trasversale orientato alla prevenzione e alla mitigazione dei rischi assistenziali attraverso un approccio multidisciplinare;
- **Rete dei Facilitatori di Risk Management**, coordinata dal Team Risk, che promuove e supporta l'attuazione del programma aziendale di gestione del rischio all'interno delle diverse strutture organizzative.



Nel prosieguo della relazione sono descritte le principali fonti informative e gli strumenti utilizzati per il monitoraggio della sicurezza delle cure, nonché gli interventi messi in atto per la prevenzione e la mitigazione del rischio clinico.

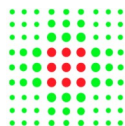


INCIDENT REPORTING

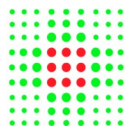
Redazione a cura del Team Risk U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.)

Letteratura/Normativa di riferimento

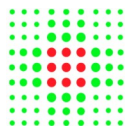
- DECRETO 11 dicembre 2009. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- DECRETO 19 dicembre 2022. Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 DICEMBRE 2017, N.1943/2017 Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 LUGLIO 2024, n.1314/2024 Attuazione del D.M. del Ministro della salute 19 dicembre 2022. Approvazione requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 LUGLIO 2024 n. 1638/2024 Approvazione del nuovo sistema di accreditamento sociosanitario e disposizioni transitorie.
- Mall S, Rodella S. Incident reporting in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Dossier 231 - Agenzia sanitaria e sociale regionale, Regione Emilia-Romagna. 2012.
- Cinotti R, Trisolini R, La Rovere S. Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Dossier 223 - Agenzia sanitaria e sociale regionale, Regione Emilia-Romagna. 2012
- Gestione degli eventi avversi nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia- Romagna, Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna. 2015
- Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539)
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero



	della salute. 2024 - Programma strategico regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario Pianificazione delle attività 2025-2026 DICEMBRE 2024 - Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	L'Incident Reporting è un sistema di segnalazione volontaria, originariamente sviluppato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario, che consente ai professionisti di segnalare eventi avversi e quasi eventi (near miss) correlati alla sicurezza delle cure. Gli eventi avversi sono definiti come danni involontari causati dall'assistenza sanitaria, mentre i near miss rappresentano errori o criticità che avrebbero potuto determinare un evento avverso ma che non hanno prodotto conseguenze per il paziente perché intercettati o per circostanze favorevoli. La raccolta e l'analisi sistematica delle segnalazioni permettono di individuare rischi reali o potenziali nei processi assistenziali, aumentare la consapevolezza delle aree critiche e promuovere azioni di miglioramento organizzativo. Il principale obiettivo del sistema è favorire l'apprendimento dall'esperienza, supportando la gestione del rischio e l'adozione di misure preventive volte a ridurre la probabilità di ripetizione degli eventi. Poiché il sistema si basa su segnalazioni volontarie, i dati raccolti non hanno finalità epidemiologiche e non consentono di stimare l'incidenza reale degli eventi. Il numero delle segnalazioni può infatti essere influenzato dalla propensione degli operatori alla segnalazione, a sua volta legata alla diffusione di una cultura della sicurezza orientata alla non colpevolizzazione, alla fiducia nel sistema e alla capacità dell'organizzazione di analizzare gli eventi e restituire azioni di miglioramento. A partire dal 30 dicembre 2024, l'Azienda USL di Bologna ha adottato la piattaforma regionale SegnalER per la segnalazione degli eventi correlati alla sicurezza delle cure da parte degli operatori sanitari, in sostituzione del precedente applicativo aziendale, con l'obiettivo di favorire una gestione più integrata e omogenea del sistema di segnalazione a livello regionale.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nel corso del 2025 sono pervenute 375 segnalazioni incident reporting che hanno riguardato quasi eventi, eventi senza danno ed eventi avversi con esito variabile (da lieve a moderato), dato in incremento rispetto allo scorso anno (nr 323). Il 42,4% delle segnalazioni ha riguardato situazioni pericolose o eventi intercettati



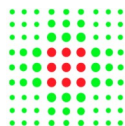
	(near miss). Nel 25,1% dei casi non sono stati rilevati esiti per il paziente (livello 3), mentre il 20% delle segnalazioni ha comportato un esito minore (livello 4). Nel 10,4% dei casi, infine, è stato registrato un esito moderato (livello 5). La maggior parte delle segnalazioni (n. 78) è stata classificata nella categoria “Altro evento”. Seguono 36 segnalazioni relative a “Evento correlato ad attività chirurgica – Altro evento correlato ad attività chirurgica” e 22 segnalazioni classificate come “Evento correlato alle procedure diagnostiche (per immagini, laboratorio, ecc.) – Diagnostica per immagini”. Inoltre, 25 segnalazioni hanno riguardato l’“Allontanamento del paziente”. Il numero significativo di eventi intercettati e segnalati nel corso dell’anno evidenzia una buona capacità da parte dei professionisti di individuare e riconoscere situazioni di rischio correlate alla sicurezza delle cure. Tuttavia, alla luce della complessità organizzativa e dell’elevato numero di pazienti presi in carico a livello aziendale, nonché in coerenza con quanto previsto dalla Deliberazione aziendale n. 357/24, si è ulteriormente delineata la necessità di rafforzare il coinvolgimento attivo dei Facilitatori di Risk Management di Macroarea e di Struttura, al fine di consolidarne il ruolo quale elemento di riferimento e promotore dei processi di gestione del rischio sanitario all’interno delle rispettive organizzazioni. A tal fine è continuato anche per l’anno 2025 un percorso formativo in presenza rivolto ai Facilitatori di Risk Management, articolato in tre edizioni, che ha coinvolto complessivamente 60 professionisti afferenti a diverse discipline, con l’obiettivo di potenziare competenze e strumenti utili alla diffusione della cultura della sicurezza e al miglioramento dei processi di segnalazione e gestione degli eventi.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025 sono stati realizzati circa 70 analisi strutturate di segnalazioni pervenute, finalizzati all’approfondimento di eventi di particolare rilevanza o criticità per la sicurezza delle cure, con il coinvolgimento di circa 400 professionisti appartenenti a diverse strutture aziendali. Le analisi sono state condotte prevalentemente attraverso la metodologia del Significant Event Audit (SEA), orientata alla comprensione delle cause degli eventi e all’individuazione di azioni di miglioramento. Le analisi degli eventi e dei quasi eventi segnalati nel corso dell’anno hanno consentito di individuare ambiti di miglioramento dei processi assistenziali e organizzativi e di attivare specifiche azioni correttive e preventive: 1. Area organizzativa e di miglioramento dei processi • Supporto metodologico alla redazione e revisione di documenti e procedure aziendali, con l’obiettivo di garantire maggiore uniformità e chiarezza operativa nei percorsi assistenziali.



- **Revisione delle procedure aziendali** di riferimento per il Risk Management:
 - *Prevenzione e gestione dell'evento caduta del paziente in ospedale*
 - *Gestione Eventi Sentinella*
 - *Gestione degli accadimenti di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio: quasi eventi (near miss), eventi senza danno, eventi avversi*
- Contributo alla **riorganizzazione di alcuni processi assistenziali**, favorendo l'adozione di soluzioni organizzative orientate alla riduzione del rischio.
- **Contribuito all'aggiornamento e all'integrazione della documentazione sanitaria.**
- **Attivazione di specifici monitoraggi** su tematiche rilevanti per la sicurezza delle cure, finalizzati ad individuare eventuali criticità e a verificare l'efficacia delle azioni intraprese.
- Istituzione di tre **gruppi di lavoro stabili tematici** al fine di promuovere la cultura della sicurezza e consolidare il sistema aziendale per la sicurezza delle cure, attraverso metodi e strumenti formativi, di monitoraggio e analisi in sinergia ed integrazione, in particolare sono state costituite:
 - **Unit Sicurezza delle Cure in Sala Operatoria**
 - **Unit Sicurezza Percorso Nascita**
 - **Unit Sicurezza delle Cure nel Territorio**

2. Area formazione e sviluppo della cultura della sicurezza

- Realizzazione di **3 eventi formativi rivolti ai Facilitatori di Risk Management**, con circa **60 professionisti coinvolti**.
- In occasione della **Giornata Nazionale e Mondiale per la Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita**, sono state promosse diverse iniziative finalizzate a sensibilizzare la cittadinanza, i professionisti e gli utenti sul tema della sicurezza delle cure. Tra le principali attività si segnala l'organizzazione del seminario aziendale *"Un inizio sano, un futuro pieno di speranza! Approcci integrati alla sicurezza delle cure della bambina, del bambino e della famiglia"*. Sono state inoltre realizzate visite itineranti all'interno delle strutture aziendali (*Open Safety Day*), con l'obiettivo di informare, sensibilizzare e coinvolgere pazienti, familiari e visitatori, anche attraverso la distribuzione di materiale informativo aziendale e regionale dedicato alla sicurezza delle cure.



Nell'ambito delle stesse iniziative è stato predisposto e diffuso il "Menù SicurInsieme".

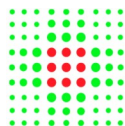
- L'Azienda ha aderito all'iniziativa **"Call for Good Practice"**, promossa da Agenas, presentando sei esperienze di miglioramento dei processi assistenziali finalizzate a garantire la sicurezza dei neonati e dei bambini, nell'ambito del progetto *"Safe care for every newborn and every child – Cura sicura per ogni neonato e ogni bambino"*.
- Organizzazione di **incontri formativi direttamente presso le strutture aziendali**, che hanno coinvolto complessivamente circa **200 operatori**, con l'obiettivo di diffondere conoscenze e buone pratiche in tema di sicurezza delle cure.
- **Rafforzamento del ruolo dei Facilitatori di Risk Management** di macroarea e di struttura, promuovendone una partecipazione più attiva nella diffusione della cultura della sicurezza e nelle attività di analisi degli eventi nei contesti organizzativi di riferimento.
- Realizzazione del percorso formativo **"La comunicazione difficile nella gestione degli eventi avversi"**, che ha consentito la costituzione di una community aziendale di professionisti (facilitatori Risk Management) esperti sul tema della comunicazione difficile.

3. Area sistemi informativi e gestione delle segnalazioni

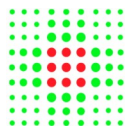
- **Implementazione e diffusione della piattaforma regionale SegnalER** per la gestione delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure nelle strutture sanitarie della Regione Emilia-Romagna. L'adozione della piattaforma rappresenta un passo significativo verso una **maggiore integrazione e omogeneità del sistema di segnalazione a livello regionale**, consentendo una raccolta strutturata delle informazioni e una più efficace analisi dei dati. A supporto di questo processo sono stati realizzati **interventi formativi dedicati agli operatori e ai responsabili del processo di segnalazione**, finalizzati a garantire un utilizzo appropriato e uniforme del sistema e a favorire una maggiore partecipazione dei professionisti alle attività di segnalazione.

4. Area strumenti operativi

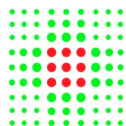
Al fine di supportare l'utilizzo del nuovo sistema informativo e garantire uniformità nelle modalità di segnalazione, è stato predisposto e diffuso il **Regolamento operativo aziendale per le segnalazioni di accadimenti significativi per la sicurezza delle cure (Modulo A – Piattaforma SegnalER)**.



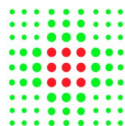
	Il documento fornisce agli operatori sanitari una guida pratica per l'inserimento, la gestione e il monitoraggio delle segnalazioni all'interno della piattaforma, contribuendo a standardizzare il processo di raccolta delle informazioni e a rafforzare il sistema aziendale di gestione del rischio. 5. Analisi proattiva dei rischi – FMECA Nel 2025 sono stati avviati progetti di analisi FMECA (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis) su processi selezionati. Questa metodologia consente di identificare i possibili modi di guasto dei processi assistenziali, valutarne gli effetti sul paziente e assegnare un punteggio di criticità, così da prioritizzare le azioni preventive. I risultati hanno permesso di: • Individuare punti di vulnerabilità nei percorsi assistenziali. • Definire interventi mirati di prevenzione e mitigazione del rischio. • Integrare l'analisi dei dati FMECA con i risultati del Significant Event Audit e delle segnalazioni della piattaforma SegnalER, generando un quadro complessivo e integrato dei rischi presenti. L'integrazione di FMECA nel sistema di gestione del rischio aziendale rafforza un approccio proattivo, volto a prevenire eventi avversi prima che si verifichino, e contribuisce al miglioramento continuo della sicurezza dei percorsi assistenziali e della protezione dei pazienti e degli operatori. 6. Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella L'applicazione delle <i>Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella</i> costituisce un adempimento previsto dalla Legge 24/2017, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". In tale ambito, anche per l'anno 2025 l'Azienda USL di Bologna ha effettuato il monitoraggio del livello di implementazione delle raccomandazioni, secondo le indicazioni regionali e le modalità definite dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).
Prospettive future	Nel 2026, l'AUSL di Bologna intende rafforzare ulteriormente le attività di gestione del rischio sanitario e la diffusione della cultura della sicurezza delle cure, promuovendo l'apprendimento dall'esperienza e il miglioramento continuo dei processi assistenziali. Le principali linee di attività previste sono: 1. Rafforzamento della raccolta e analisi delle segnalazioni



- Consolidamento dell'uso della **piattaforma regionale SegnalER** per la raccolta, l'analisi e la valutazione delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure, valorizzandone progressivamente le funzionalità di reportistica integrata a livello aziendale.
- Sviluppo di un **modello di analisi integrata delle fonti informative** per individuare criticità e aree di miglioramento in specifici ambiti assistenziali, tra cui l'area chirurgica, il percorso nascita e l'assistenza territoriale.
- 2. Sviluppo delle competenze e ruolo dei Facilitatori**
 - Rafforzamento del ruolo della **rete dei Facilitatori di Risk Management**, attraverso attività formative dedicate e promozione della loro partecipazione attiva nella gestione dei rischi.
 - Potenziamento delle **competenze non tecniche** degli operatori, con particolare attenzione alla comunicazione, al lavoro di squadra e alla gestione delle situazioni critiche.
- 3. Promozione della cultura della sicurezza e della segnalazione**
 - Realizzazione di iniziative formative e informative rivolte a tutto il personale sanitario e sociosanitario, per diffondere la cultura della sicurezza, della segnalazione e della gestione del rischio.
 - Promozione della **sicurezza nella gestione dei farmaci e della farmacovigilanza**, con organizzazione di incontri e corsi, valorizzando le segnalazioni conseguenti a errori di terapia e sviluppando strumenti mirati a ridurre il rischio di nuovi eventi.
 - Rafforzamento della collaborazione e integrazione tra i referenti aziendali della **Farmacovigilanza** e del **Risk Management**, favorendo il raccordo e la gestione coordinata degli eventi.
 - **Avvio della formazione a cascata** *"La comunicazione difficile nella gestione degli eventi avversi"* rivolta ai professionisti dell'Azienda
- 4. Analisi proattiva dei rischi e visite per la sicurezza**
 - Sviluppo di attività di **analisi proattiva dei rischi** mediante metodologie **FMEA/FMECA**.
 - Realizzazione di **visite per la sicurezza** in diversi contesti assistenziali (territorio, cure intermedie, strutture sociosanitarie e transizioni di cura) in coerenza con le linee guida regionali, per individuare precocemente i rischi e definire adeguate misure di



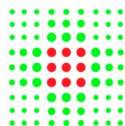
	prevenzione e mitigazione. 5. Applicazione e monitoraggio delle checklist di sicurezza ○ Consolidamento dell'uso delle checklist regionali per pazienti sottoposti a procedure chirurgiche specifiche (classe AHRQ4, taglio cesareo, facoemulsificazione della cataratta) e implementazione nelle procedure ambulatoriali di chirurgia maggiore (T51), con strutturazione del flusso informativo correlato al flusso ASA. ○ Monitoraggio dell'adesione dei professionisti alle raccomandazioni e alle indicazioni di sicurezza mediante il progetto OssERvare. Queste azioni sono orientate a rafforzare un approccio sistemico e integrato alla sicurezza delle cure, valorizzando le informazioni disponibili, promuovendo l'apprendimento continuo e favorendo la partecipazione attiva dei professionisti al miglioramento dei processi assistenziali e alla tutela dei pazienti.
--	--



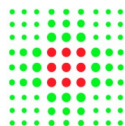
PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE DELLE PERSONE ASSISTITE

Redazione a cura del Team Risk U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.)

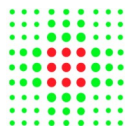
Letteratura/Normativa di riferimento	- Ministero della Salute, <i>“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale”</i>, raccomandazione n.13, novembre 2011; - Regione Emilia-Romagna, <i>“Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”</i>, dicembre 2016; - Regione Emilia-Romagna, Sesto Report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2023 - Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero della salute, luglio 2024 - Programma strategico regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario Pianificazione delle attività 2025-2026 DICEMBRE 2024 - Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La caduta accidentale rappresenta l’evento indesiderato più frequente in ambito ospedaliero, interessando in particolare pazienti anziani e fragili. Le conseguenze possono includere non solo danni diretti legati al trauma, ma anche un aumento dei costi sanitari e sociali, come prolungamento della degenza, esecuzione di indagini diagnostiche e trattamenti aggiuntivi, nonché eventuali risarcimenti permanenti. L’Azienda USL di Bologna da anni si impegna nella prevenzione e gestione delle cadute, in allineamento con le direttive regionali e gli obiettivi definiti nei documenti aziendali, promuovendo tra gli operatori la cultura del rischio e dell’apprendimento dagli eventi. In particolare, le segnalazioni di cadute costituiscono un elemento fondamentale del flusso informativo aziendale, permettendo l’analisi sistematica degli eventi e l’adozione di interventi mirati di prevenzione e mitigazione del rischio.



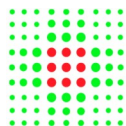
	Dal 30 dicembre 2024, con l'implementazione della piattaforma regionale SegnalER, l'AUSL Bologna ha sostituito l'applicativo aziendale precedente, garantendo una gestione più strutturata e integrata delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure, comprese le cadute accidentali. La piattaforma consente la raccolta, l'analisi e la condivisione delle informazioni in tempo reale, supportando l'apprendimento organizzativo e l'attivazione di azioni correttive mirate per migliorare la sicurezza dei percorsi assistenziali.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nell'anno 2025 sono pervenute e sono state chiuse complessivamente 918 segnalazioni di caduta, dato che evidenzia una lieve flessione rispetto all'anno precedente, in cui erano state registrate 951 segnalazioni. Con riferimento agli esiti delle cadute segnalate, il 64,6% dei casi non ha determinato conseguenze per il paziente (livello 3), mentre il 29,3% ha comportato un esito minore (livello 4). Il 4,1% delle segnalazioni ha riportato un esito moderato (livello 5). La restante quota, pari all'1,9%, è risultata associata a livelli di esito più elevati. Le cadute segnalate hanno interessato prevalentemente pazienti di età superiore ai 70 anni. In particolare, il 25,2% ha riguardato pazienti di età compresa tra 70 e 79 anni, mentre nel 27,9% dei casi l'età dei pazienti era compresa tra 80 e 89 anni. Gli audit multidisciplinari realizzati nel corso dell'anno, unitamente al confronto continuo con la componente clinico-assistenziale, hanno permesso di mettere in luce alcune criticità e opportunità di miglioramento nella gestione del rischio di caduta e più in generale della sicurezza dei pazienti. In particolare, sono emerse le seguenti esigenze: • Valutazione e stratificazione del rischio di caduta: è necessario adottare strumenti e criteri più puntuali per identificare i pazienti a rischio caduta, al fine di indirizzare interventi mirati e personalizzati. La stratificazione del rischio permette non solo di prevenire eventi avversi, ma anche di ottimizzare l'uso delle risorse e le misure di sorveglianza e supporto. • Sistematizzazione dei momenti di confronto interdisciplinare: è emersa la necessità di organizzare regolarmente incontri tra professionisti di diverse discipline per condividere informazioni, discutere casi significativi, analizzare le cause degli eventi e individuare strategie di miglioramento condivise. Tali momenti favoriscono la cultura della sicurezza, l'apprendimento collettivo e la coerenza nell'applicazione delle procedure. • Revisione e ottimizzazione delle procedure aziendali: è



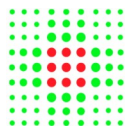
	stato rilevato il bisogno di aggiornare la procedura esistente, rendendola più chiara, fruibile e facilmente applicabili dai professionisti, e di promuoverne l'adesione sistematica. L'obiettivo è garantire che le buone pratiche siano coerenti con le migliori evidenze disponibili e con le indicazioni regionali, e che vengano effettivamente integrate nei processi assistenziali quotidiani. Questi risultati sottolineano l'importanza di un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del rischio di caduta, in cui la valutazione puntuale dei pazienti, la comunicazione tra professionisti e l'aggiornamento delle procedure costituiscono elementi chiave per migliorare la sicurezza delle cure e ridurre la frequenza degli eventi avversi.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025 le azioni di miglioramento in tema di prevenzione delle cadute, esitate anche dalle analisi strutturata degli eventi caduta, sono state orientate a tre linee strategiche principali: 1. Formazione e sensibilizzazione dei professionisti ○ Sono stati informati e formati circa 200 operatori sanitari attraverso corsi ad hoc e incontri organizzati direttamente nei reparti. ○ È stata promossa la formazione all'uso della piattaforma regionale SegnalER, con incontri specifici dedicati a operatori e responsabili coinvolti nel processo di segnalazione. 2. Coinvolgimento di pazienti e caregiver ○ È stato consolidato il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver nella prevenzione delle cadute, tramite strumenti informativi come opuscoli, cartoline e locandine. ○ Diffusa la campagna regionale Paracadute, sono stati distribuiti 5.000 opuscoli, 500 poster, 5.000 cartoline nelle strutture aziendali, rafforzando la consapevolezza dei rischi e la partecipazione attiva dei pazienti. 3. Miglioramento dei processi, flussi informativi e strumenti operativi ○ Il Piano Aziendale di Prevenzione Cadute (PAPC) 2025 è stato aggiornato e pubblicato sull'intranet aziendale e condiviso con il Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari. ○ È stata revisionata la Procedura Prevenzione e gestione dell'evento caduta del paziente in ospedale, con l'obiettivo di migliorarne la chiarezza e favorirne l'adozione sistematica e garantita la formazione che ha visto, nelle 4



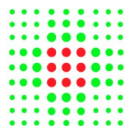
	edizioni programmate, la partecipazione di 350 professionisti Obiettivi strategici per la prevenzione delle cadute Le attività condotte consolidano e sviluppano le strategie aziendali di prevenzione delle cadute, con particolare attenzione a: • Sensibilizzare, informare e coinvolgere operatori, pazienti e caregiver nella gestione del rischio. • Rafforzare i flussi informativi per la segnalazione e la gestione degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure, in particolare quelli legati alle cadute. • Garantire l'integrazione tra formazione, procedure, strumenti informatici e analisi di eventi per migliorare l'efficacia degli interventi preventivi e la sicurezza dei percorsi assistenziali.
Prospettive future	Per il 2026 e gli anni successivi, l'AUSL di Bologna intende rafforzare e consolidare le strategie di prevenzione delle cadute, ponendo particolare attenzione a interventi integrati, formazione continua e sistemi informativi. Le principali linee di sviluppo sono: - Approccio multidisciplinare e personalizzazione degli interventi – Rafforzare la valutazione e stratificazione del rischio di caduta per identificare i pazienti maggiormente vulnerabili e pianificare interventi mirati e personalizzati. – Incrementare i momenti di confronto interdisciplinare tra professionisti per favorire la condivisione delle informazioni, l'analisi dei casi significativi e la definizione di strategie preventive comuni. - Formazione e coinvolgimento di operatori e caregiver – Proseguire nella formazione dei professionisti, includendo aggiornamenti periodici sull'utilizzo della piattaforma SegnalER, sulle procedure aziendali e sugli strumenti di valutazione del rischio. – Consolidare il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei caregiver nella prevenzione delle cadute, anche attraverso materiali informativi, campagne di sensibilizzazione e strumenti digitali innovativi. - Ottimizzazione dei flussi informativi e strumenti operativi – Rafforzare l'uso della piattaforma SegnalER come principale strumento per la raccolta, analisi e condivisione dei dati sugli eventi di caduta. – Integrare le informazioni provenienti dalle segnalazioni con gli audit multidisciplinari e le analisi



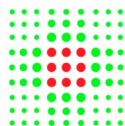
	proattive, al fine di generare un quadro complessivo dei rischi e supportare decisioni basate su dati. – Garantire applicabilità pratica e adesione diffusa della procedura aziendale. - Monitoraggio, miglioramento continuo e apprendimento organizzativo – Sviluppare sistemi di monitoraggio continuo degli interventi di prevenzione delle cadute, verificando l'efficacia delle azioni intraprese e individuando aree di miglioramento. – Promuovere la cultura dell'apprendimento dall'errore, utilizzando i dati di segnalazione e le evidenze emerse dagli audit per orientare interventi preventivi e ridurre la frequenza degli eventi avversi. – Implementare pratiche di prevenzione, in linea con le migliori evidenze scientifiche e le indicazioni regionali, per garantire un percorso di cura sicuro e sostenibile per i pazienti fragili.
--	--



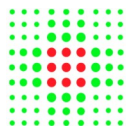
Progetto Vi.Si.Ta.RE (Visite per la sicurezza) Redazione a cura del Team Risk U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.)	
Letteratura/Normativa di riferimento	- Frankel A., Graydon-Baker E., Neppi C., Simmonds T., Gustafson M., Gandhi T.K., Patient Safety Leadership WalkRounds, Joint Commission Journal of Quality and Safety 2003, Vol 29, 16-26 - Frankel A., Grillo S.P., Pittman M., Thomas E.J., Horowitz L., Page M., Sexton B., Revealing and Resolving Patient safety defects: The Impact of Leadership walkarounds on frontline caregiver assessments of patient safety, Health Services Research, 43:6, December 2008 - Poletti P., Safety Walkaround, Care 2, 2009 - Regione Emilia-Romagna, PROGETTO VI.SI.TA.RE Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia-Romagna “VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio”, novembre 2023 - Programma strategico regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario Pianificazione delle attività 2025-2026 DICEMBRE 2024 - Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale - Legge 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di si-



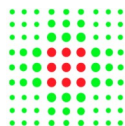
	curezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie - Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	I Safety WalkRounds™, sviluppati da Frankel nel 2000, rappresentano uno strumento consolidato per la promozione della sicurezza del paziente e la diffusione della cultura della sicurezza all'interno delle organizzazioni sanitarie. Il metodo consiste in "visite" effettuate dai referenti della sicurezza, con mandato della direzione, nelle unità operative, al fine di identificare insieme al personale problema e criticità legate alla sicurezza. Ispirandosi a questa esperienza, la Regione Emilia-Romagna ha sperimentato a partire dal 2014 lo strumento delle Visite per la Sicurezza in alcune aziende sanitarie, che dal 2017 sono state integrate nei Piani Programma Sicurezza delle Cure regionali attraverso il progetto VISITARE. Gli obiettivi principali del progetto sono: • Promuovere la connessione tra le reti della sicurezza all'interno delle organizzazioni. • Stimolare un approccio etico alla sicurezza delle cure. • Verificare il livello di implementazione delle raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori. • Far emergere eventuali criticità, pericoli e fattori di rischio correlati agli eventi avversi, individuando le misure di prevenzione e mitigazione più appropriate. • Favorire la comunicazione e il lavoro interdisciplinare, sia tra operatori sia tra servizi diversi. Negli ultimi anni, le nuove esigenze dei cittadini e le innovazioni normative (ad esempio DM 77/2022 e la Missione 6 del PNRR) hanno evidenziato l'importanza di percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio. In coerenza con questi obiettivi, nel 2023 il progetto VISITARE è stato aggiornato per estendere il modello anche al setting territoriale, attraverso la revisione del documento regionale di riferimento e l'adozione di check-list specifiche. L'iniziativa mira a rafforzare la rete della sicurezza e garantire l'implementazione delle raccomandazioni lungo l'intero percorso di cura, dalla fase ospedaliera alla continuità territoriale.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nel corso del 2025 sono stati realizzati tre progetti Vi.si.ta.RE presso: - Servizio di assistenza specialistica territoriale - Servizio di assistenza domiciliare - Struttura Socio-Sanitaria I tre progetti VISITARE sono stati realizzati in collaborazione con il Servizio aziendale di Prevenzione e Controllo del Rischio Infettivo, Fa il Servizio di Prevenzione e Protezione, consolidando l'approccio



	integrato alla sicurezza delle cure. Gli strumenti previsti dal progetto sono stati applicati con l'obiettivo di approfondire tematiche specifiche relative alle raccomandazioni selezionate, in particolare: • Igiene delle mani; • Rischio di violenza a danno dell'operatore; • Cadute dei pazienti. L'iniziativa ha permesso di monitorare le criticità presenti, favorire il confronto interdisciplinare tra operatori e servizi e definire misure preventive e correttive mirate, rafforzando la cultura della sicurezza a livello aziendale e territoriale.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Miglioramento della sicurezza ambientale e logistica • Ottimizzazione degli spazi assistenziali attraverso revisione dell'allocazione degli arredi. • Introduzione di misure di prevenzione del rischio (es. applicazione di dispositivi di protezione come paraspigoli). • Messa in sicurezza di aree critiche mediante interventi strutturali e limitazione degli accessi a spazi tecnici o non autorizzati. • Riduzione dei rischi correlati a utilizzi impropri degli spazi e miglioramento delle condizioni di sicurezza per operatori e utenti. Prevenzione dei rischi clinico-assistenziali • Sviluppo e formalizzazione di istruzioni operative per la prevenzione e gestione delle cadute. • Definizione di procedure per la gestione degli alert relativi a infezioni correlate all'assistenza. • Promozione di pratiche sicure nella gestione terapeutica, con particolare attenzione alla fase di prescrizione farmacologica. Informazione e coinvolgimento di pazienti e cittadini • Produzione di materiale informativo (opuscoli) per supportare comportamenti sicuri da parte dei pazienti. • Attivazione di campagne di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza sui temi della sicurezza e della corretta gestione dei percorsi assistenziali. Supporto ai professionisti e integrazione dei sistemi informativi • Messa a disposizione di documentazione tecnico-professionale su portali dedicati ai professionisti sanitari (es. MMG e PLS). • Rafforzamento della condivisione di buone pratiche e strumenti operativi per migliorare la sicurezza delle cure.

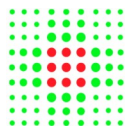


	Formazione e sviluppo delle competenze • Progettazione e realizzazione di percorsi formativi specifici per gli operatori sanitari. • Focus su tematiche prioritarie quali: ○ corretta movimentazione del paziente, ○ prevenzione delle lesioni da pressione, ○ sicurezza assistenziale e gestione del rischio.
Prospettive future	Per il 2026, l'AUSL di Bologna intende consolidare e potenziare le attività finalizzate alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio, in continuità con le esperienze maturate negli anni precedenti, tra cui il progetto regionale VISITARE. Gli obiettivi e le principali linee di azione previste sono: 1. Svolgimento delle visite per la sicurezza ○ Garantire almeno due visite annue, condotte in maniera integrata con i referenti della gestione del rischio infettivo. del Servizio Prevenzione e Protezione, Farmacisti, RALC ed altri professionisti che si ritengono strategici in base al setting visitato . ○ Condurre le visite anche presso le strutture Socio-Sanitarie, analizzando e monitorando le specifiche dimensioni di rischio del contesto locale. 2. Promozione della connessione tra reti della sicurezza ○ Sviluppare strategie per una gestione integrata del rischio tra ospedale e territorio, favorendo l'adozione di pratiche cliniche più sicure e coerenti. ○ Rafforzare la cultura della sicurezza, promuovendo un approccio centrato sul paziente e attento agli operatori, favorendo il cambiamento comportamentale e organizzativo. 3. Individuazione e gestione dei rischi ○ Far emergere criticità, pericoli e fattori di rischio correlati agli eventi avversi nei contesti coinvolti. ○ Definire e attuare misure di prevenzione e contenimento mirate, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di eventi indesiderati e migliorare la sicurezza complessiva dei percorsi assistenziali. 4. Comunicazione e collaborazione interdisciplinare ○ Favorire lo scambio di informazioni e la collaborazione tra operatori e tra servizi, consolidando un lavoro

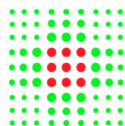


	integrato e condiviso. ○ Sostenere la trasparenza e la condivisione delle buone pratiche per rafforzare l'apprendimento organizzativo e la resilienza dei processi sanitari. Queste azioni rappresentano un impegno continuo verso strutture più sicure, processi più affidabili e una cultura della sicurezza sempre più diffusa, sia in ambito ospedaliero che territoriale, integrando strumenti di monitoraggio, formazione e gestione del rischio.
--	---

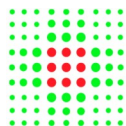
Progetto OssERvare (Osservazioni in sala operatoria) e check-list di sala operatoria (SSCL-SOS.net)	
Redazione a cura del Team Risk U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.)	
Letteratura/Normativa di riferimento	- Ministero della Salute (2009), Manuale per la sicurezza in sala operatoria. - Regione Emilia-Romagna (2010), Raccomandazioni regionali per la sicurezza in Sala Operatoria. - Regione Emilia-Romagna (2017), Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) e Infezione del sito chirurgico (SIChER) - Anno 2017. - Regione Emilia-Romagna (2017), Dossier n. 261/2017 "Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico". - Regione Emilia-Romagna (2017), L'osservazione diretta dell'applicazione della SSCL in sala operatoria: Progetto OssERvare. - Regione Emilia-Romagna (2018), Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto. - Regione Emilia-Romagna (2018), Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto. - Regione Emilia-Romagna (2019), Linee Indicazioni per la sicurezza in elettrochirurgia in sala operatoria. - Regione Emilia-Romagna (2019), Indicazioni per il corretto posizionamento dell'assistito in sala operatoria. - Regione Emilia-Romagna (2019), Linee guida flusso SSCL Moduli 776/a e 776/b v1.1. - Regione Emilia-Romagna (2019), Deliberazione Giunta Regionale n. 2050 del 18/11/2019 "Percorso nascita:



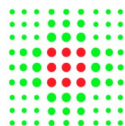
	Indicazioni alle Aziende Sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino” - Regione Emilia-Romagna (2020), Determina 21720 del 2/12/2020 “Costituzione gruppi regionali nell'ambito della garanzia della sicurezza delle cure, ai sensi della l.r. 43/2001 e della dgr 1036/2018” per l’aggiornamento dei componenti del Gruppo di Lavoro Regionale “Coordinamento della Rete delle Sale Operatorie Sicure (SOSnet)” - Regione Emilia-Romagna (2021), Linee guida flusso SSCL Moduli TC/a e TC/b v1.0. - Programma strategico regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario Pianificazione delle attività - 2025-2026 DICEMBRE 2024 - Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	In seguito alla produzione da parte dell’Organizzazione mondiale della sanità nel 2008 delle "Guidelines for safe surgery" (Linee guida per la sicurezza in chirurgia), la Regione Emilia-Romagna ha elaborato e diffuso le Raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria e ha promosso l’utilizzo di un'apposita checklist (SSCL: Surgical Safety Checklist). Lo sviluppo della checklist è stato avviato nel 2010 nell’ambito del progetto regionale Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net), per migliorare la sicurezza in sala operatoria e prevenire eventi avversi potenzialmente evitabili. La checklist regionale, organizzata in 3 fasi (SIGN-IN, TIME OUT e SIGN-OUT), si articola in due moduli consentendo il monitoraggio della compilazione degli item e la registrazione delle eventuali non conformità riscontrate. Il progetto SOS.net prevede anche l’invio dei dati in Regione da parte delle Aziende sanitarie. Le informazioni raccolte sono utili per promuovere azioni di miglioramento. A seguito della pubblicazione delle buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo (DRG 2050/2019) è stata elaborata anche una specifica check list per la sicurezza del taglio cesareo (SSCL-TC) che in maniera analoga alla checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), consente il monitoraggio della compilazione degli item e la registrazione delle eventuali non conformità riscontrate. Visto il trend in aumento della numerosità delle procedure chirurgiche e interventistiche per le quali c’è stato un cambiamento del setting assistenziale da regime di ricovero a quello ambulatoriale si è reso necessario focalizzare l’attenzione su questa tipologia di pazienti definiti



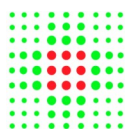
	“outpatient”. Nel 2024 l’Area Sicurezza delle Cure del Settore Innovazione dei Servizi Sanitari e Sociali, in collaborazione con il Settore Assistenza Ospedaliera e Territoriale, ha attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito dai Risk manager e dai Coordinatori medici e/o infermieristici di sala operatoria delle Aziende sanitarie che elaborerà una check-list per la sicurezza delle procedure chirurgiche e interventistiche effettuate in ambito ambulatoriale. La nuova check-list è stata sperimentata in alcune Aziende sanitarie per valutare la sua applicabilità ed eventuale diffusione a livello regionale. Nel 2025 verrà utilizzata in tutte le Aziende sanitarie per le procedure di chirurgia maggiore in ambito ambulatoriale (nomenclatore T51).
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nel corso del 2025 sono proseguite le attività di osservazione diretta Progetto OssERvare presso le sale operatorie. Sono state realizzate oltre 53 osservazioni presso 4 presidi ospedalieri con il coinvolgimento di 13 osservatori (chirurghi, infermieri e coordinatori di sala operatoria, strumentisti, anestesisti). Le osservazioni hanno riguardato: 21 interventi di chirurgia generale, 16 interventi di chirurgia specialistica, 1 intervento di chirurgia vascolare, 3 interventi di neurochirurgia, 12 di ostetricia e ginecologia di cui 6 tagli cesarei. In seguito all’analisi dei risultati delle check-list è emersa la necessità di formare nuovi osservatori e di sensibilizzare in maniera più capillare i professionisti a vario titolo coinvolti nel processo.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	A gennaio 2025 sono stati condivisi i dati emersi dalle osservazioni effettuate nel corso del 2024 ed è proseguito il percorso di miglioramento per l’applicazione delle check-list, attraverso la condivisione dei dati di “non conformità” relativi al flusso SSCL nelle riunioni del Collegio di Dipartimento di Chirurgia Specialistica e Generale. Nel mese di marzo, con il coordinamento della Direzione di Presidio, è stata revisionata ed applicata la procedura aziendale P079AUSLBO “Modalità per la verifica dell’identificazione del sito, dell’intervento e della conferma all’intervento”.
Prospettive future	Nell’anno 2026 si perseguiranno i seguenti obiettivi/ambiti di attività: - Sviluppare un modello che favorisca una mappatura integrata delle fonti informative disponibili (SSCL, eventi avversi, sinistri, indicatori PSI, SegnalER, ecc.) al fine di individuare elementi di criticità e/o ambiti di miglioramento; - Favorire l’analisi dei rischi inerenti al percorso chirurgico, sia proattivamente (analisi di processo) che retrospettivamente (in seguito ad eventi accaduti); - Monitorare l’adesione dei Professionisti alle raccomandazioni e indicazioni di sicurezza mediante il progetto OssERvare e consolidare l’utilizzo delle checklist di sicurezza regionale per: ➤ pazienti sottoposti a procedure chirurgiche della classe



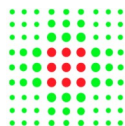
	AHRQ4 e ricoverati in regime di ricovero ordinario o day surgery (checklist SSCL e flusso regionale specifico); ➤ pazienti sottoposti a intervento chirurgico di taglio cesareo, indipendentemente dal livello di urgenza, ovvero effettuati in regime di elezione (checklist SSCL-TC e flusso regionale specifico); ➤ pazienti sottoposti a procedure chirurgiche di facoemulsificazione della cataratta (checklist Cataratta). - Implementare la checklist di sicurezza regionale nelle procedure ambulatoriali di chirurgia maggiore e definite come "T 51" dal nomenclatore regionale; - Potenziamento delle competenze non tecniche (c.d. "Soft Skill" o "Non-Technical Skill")
--	---



SINISTRI	
Redazione a cura della D.ssa Silvia Taglioli e Dr.ssa Roberta Perricone UOC Affari Generali e Legali	
Letteratura/Normativa di riferimento	• DGR 1706/2009 integrata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2108 del 21.12.2009 “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”; • DGR 1350/2012 di approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie; • LR 13/2012 Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale; • DGR 2416/2013 e successive modifiche Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle aziende sanitarie; • DGR 2079/2013 Nuovo programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie; • DGR 1061/2016 Programma regionale gestione diretta dei sinistri; • Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali 11664 del 20.07.2016 Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Procedure e modalità operative relative al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia-Romagna; • Legge 24/2017; • DGR 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019. • DM 232/23 Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le

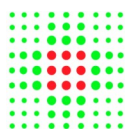


	regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La gestione del rischio rappresenta lo strumento con cui è possibile prevenire le conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore. A partire del 1° maggio 2016 l'AUSL Bologna è entrata a far parte delle aziende che aderiscono al programma di cosiddetta "autogestione dei sinistri". L'analisi della sinistrosità consente di arricchire con una visione più articolata degli eventi avversi e delle criticità aziendali la mappatura dei rischi a livello aziendale. L'integrazione delle funzioni di gestione del rischio clinico con quelle di gestione dei sinistri è anche assicurata dall'analisi strutturata del contenzioso nell'ambito del CVS (Comitato Valutazione Sinistri) essendo rappresentata all'interno del CVS anche la funzione di risk management. Tale coinvolgimento di fatto assicura una più diretta conoscenza da parte dell'Azienda del fenomeno della sinistrosità ed ha talora consentito di utilizzare gli elementi di istruttoria e di approfondimento anche a fini di monitoraggio del rischio clinico a livello aziendale. Viene assicurata inoltre la regolare alimentazione dello specifico database regionale dedicato al contenzioso con conseguente possibilità di ottenere una specifica reportistica della sinistrosità aziendale aggregata per aree/tematiche di particolare criticità.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	L'analisi della sinistrosità aziendale rappresenta una fonte informativa che, unitamente agli eventi avversi, offre una misura dello stato di salute del sistema aziendale ed orienta progetti di miglioramento volti ad apportare un cambiamento del livello di sicurezza delle cure. Nel corso del 2025 sono stati aperti 112 sinistri, mostrando un trend leggermente superiore rispetto all'anno precedente, ma comunque in linea con l'andamento generale registrato nell'ultimo quinquennio 2020-2025. Dal 01/01/2025 al 31/12/2025 i sinistri per i quali è stato liquidato un importo a titolo risarcitorio sono n. 47, imputabili ai diversi anni di apertura (2016-2025). Dall'analisi dei sinistri liquidati (n. 47) si conferma percentualmente maggiore il numero dei sinistri riguardanti errori chirurgici ed a seguire quelli diagnostici. L'area di rischio maggiormente coinvolta nelle liquidazioni è

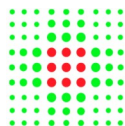


	quella Chirurgica, seguita dall'Emergenza-Urgenza e dall'area Medica, con un sostanziale allineamento con le percentuali di eventi denunciati nell'arco temporale 2016-2025.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Revisione casistica e focus di approfondimento su alcuni specifici contesti operativi. Analisi andamento sinistri e loro definizione
Prospettive future	Analisi degli eventi di danno, delle aree di accadimento e della frequenza temporale.

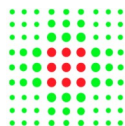
DISPOSITIVO VIGILANZA	
Redazione a cura della Dr.ssa Fortunata Cotti, Dr.ssa Luisa Moratello Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e dell'Ing. Giulia Falasca UO Ingegneria Clinica	
Letteratura/Normativa di riferimento	• Raccomandazione Ministeriale numero 9 del 2009 Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali; - D. Lgs 332/2000 (Direttiva 98/79 Diagnostici in vitro; • DM 15 novembre 2005 Approvazione dei modelli di schede di segnalazione di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medicodiagnostici in vitro; • 5/4/2017 Regolamento del Parlamento Europeo Consiglio dell'Unione Europea n.746 Regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione Applicazione dal 26 maggio 2021 del Regolamento UE 745/2017 Dispositivi medici • Circolare del Ministero della Salute 8 luglio 2021 Vigilanza sui dispositivi medici: indicazioni per la segnalazione di incidenti occorsi alla luce del Regolamento UE 745/2017 • Circolare Ministero Salute 8/7/2021 - indicazioni per la vigilanza sugli incidenti verificatisi dopo l'immissione in commercio, alla luce degli artt. 87, 88, 89 e 90 del regolamento UE 745/2017 • Circolare del Ministero della Salute 12/11/2021 "Indicazioni relative a taluni aspetti del Regolamento UE 2017/745 in materia di dispositivi medici" - Determina di Giunta Regionale 14/03/2022 n. 4711: "Rete Regionale Referenti Aziendali Dispositivovigilanza" • Decreto Ministeriale n.90 31/03/2022 "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa" – • D. Lgs del 5 agosto 2022 - "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici D. Lgs del 5 agosto 2022 – "Disposizioni per l'adeguamento della



	normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/746, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro - Circolare Ministero della Salute 29/11/2022 “Indicazioni in materia di vigilanza ai sensi degli art. 87, 88, 89 e 90 del Regolamento (UE) 2017/745, degli art. 82, 83, 84 e 85 del Regolamento (UE) 2017/746 - Novembre 2022 “Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro” Regione Emilia-Romagna. - Q Decreto Ministeriale 31/03/2022 dispositivi medici
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell’esercizio della loro professione rilevino un incidente che coinvolga un dispositivo medico o dispositivo medico in vitro o carenze correlate alla sicurezza e alle prestazioni degli stessi sono tenuti a darne comunicazione, tramite i Referenti Aziendali e Locali della Vigilanza, al Ministero della Salute con termini e modalità stabilite dalla normativa. Con la determina DPG/2022/4711 del 14/03/2022 è stata costituita la “Rete Regionale dei Referenti Dispositivo-Vigilanza” al fine di dare una chiara identità al sistema della dispositivo-vigilanza e valorizzare l’attività dei Referenti Locali della Vigilanza che veicolano, in entrata e/o in uscita, ogni comunicazione inerente alla sicurezza dei DM stessi. Le segnalazioni di incidente e di reclamo devono essere inviate altresì al fabbricante o al suo mandatario anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico. La normativa stabilisce gli obblighi in materia di vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici per il fabbricante o suo mandatario, in particolare la comunicazione immediata all’autorità competente di tutti gli incidenti di cui sono venuti a conoscenza e di tutte le azioni correttive di campo che sono state intraprese per scongiurare o ridurre i rischi di decesso o serio peggioramento dello stato di salute associati all’utilizzo di un dispositivo medico. In capo al fabbricante vi è anche la responsabilità della gestione di tutti gli altri inconvenienti che non integrano le condizioni per essere considerati dei veri e propri incidenti ma che potrebbero richiedere delle idonee azioni correttive. La segnalazione di incidente da DM e DM-IVD deve essere effettuata dall’operatore sanitario con una delle due seguenti modalità: • Compilazione online del modulo disponibile al seguente link: https://www.salute.gov.it/DispoVigilancePortaleRapportoOperatoreWeb/. • Compilazione della specifica scheda (Allegato n. 1) scaricabile dall’Intranet aziendale secondo il percorso https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dip/dip_farm/doc_farm/areadispositivimedici/copy8_of_composizione/copy_of_rapportoregionaledispositivovigilanza/?searchterm=modulo%20in • La segnalazione di reclamo per DM e DM-IVD (per carenze correlate a identità, qualità, durabilità, affidabilità, usabilità, sicurezza o prestazioni) deve essere effettuata dall’operatore sanitario ai Referenti Locali della Vigilanza mediante mail a



	dmvigilanza@ausl.bologna.it o compilando il modulo di segnalazione di reclamo (Allegato n.2), scaricabile dall'Intranet aziendale secondo il percorso https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/serv_qual/strumentisistemagestione-qualita-sussidi-moduli/istruzionioperativeaziendali/istruzioni-operative-aziendali/io-57-auslbo-e-io-58-auslbo/ALLEGATO%20-Modulo%20Reclamo.docx/view Analogamente la PO08 Manutenzione su chiamata apparecchiature biomediche prevede che la segnalazione di guasto (tramite call center e web call) sia valutata come possibile incidente legato all'utilizzo di Dispositivo Medico.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nel corso del 2025 sono state effettuate 5 segnalazioni di incidente alla Ingegneria Clinica, relativa a DM, nessuna per DM diagnostici in vitro (IVD). La segnalazione è pervenuta dal personale sanitario. La UO Ingegneria Clinica ha gestito 34 avvisi di sicurezza provenienti da fornitori e volti alla prevenzione di incidenti. Per quanto riguarda le segnalazioni di incidente pervenute alla Farmacia nel corso del 2025 e trasmesse al Ministero, esse sono state pari a 101 per dispositivi medici (di cui 4 incidenti gravi) e 11 per dispositivi diagnostici in vitro (di cui 2 incidenti gravi). Il numero complessivo delle segnalazioni è invariato rispetto al 2024. La Farmacia ha gestito inoltre 37 segnalazioni di reclamo per dispositivi medici e 2 per dispositivi diagnostici in vitro, trasmesse ai fornitori e al Ministero. La Farmacia ha diffuso e gestito 75 Avvisi di Sicurezza per DM e IVD ricevuti da parte di fornitori e fabbricanti. Nel 2025 segnalazioni di incidente grave relative a 1 dispositivo IVD e a un DM , con particolare impatto di criticità per la salute dei pazienti, sono state oggetto di analisi del rischio congiunte Risk Management – Farmacia, insieme ai Direttori dei Dipartimenti coinvolti.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Dal 30 dicembre 2024 sulla nuova piattaforma SegnalER i Farmacisti RLV CapoRAV validano le schede A03 SEGNALAZIONI DI EVENTI SIGNIFICATIVI CORRELATI ALL'UTILIZZO DI DM/IVD inserite dagli operatori sanitari ; inoltre promuovono la corretta compilazione di tali schede, coadiuvando gli operatori stessi. Di fatto l'inserimento informatico della scheda A03 sta sostituendo per gli operatori sanitari la compilazione dei moduli cartacei ministeriali di segnalazione di incidente e di reclamo, il cui inserimento sul portale DispoVigilance viene garantito dai RAV-RLV in ottemperanza alla normativa vigente. Da luglio 2025 è stata pubblicata la Ediz.2 del corso di formazione FAD RER sulla Dispositivo-Vigilanza rivolto a tutti gli operatori sanitari, su piattaforma regionale Self PA. L' obiettivo di partecipazione nelle Linee di programmazione RER 2025 era il raggiungimento di almeno il 30 % di frequenza al corso per gli operatori delle aree/discipline Unità Coronarica - Emodialisi - Laboratorio Analisi. Entro fine dicembre 2025 il corso è stato completato da 28 operatori sanitari (3 medici, 10 infermieri, 9 TSL, 1 TSR, 1 ostetrica, 2 OSS, 2 farmacisti). Rispetto alle aree ad obiettivo , il dato finale di

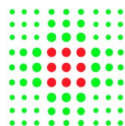


	partecipazione registrato per AUSL BO è pari al 3%.
Prospettive future	In attesa degli obiettivi delle Linee di programmazione RER 2026, su indicazione del Coordinamento regionale della DM Vigilanza viene riproposto dal 23 febbraio 2026 per tutti gli operatori sanitari il corso di formazione FAD RER sulla Dispositivo-Vigilanza, con promozione alla frequenza da parte dei RLV. A seguito di aggiornamento da parte del Ministero della scheda di segnalazione incidente sul portale nazionale Dispovigilance (atteso entro il I trimestre 2026), verranno revisionate le IO 57AUSLBO <i>VIGILANZA DISPOSITIVI MEDICI: INDICAZIONI PER FARMACIA E SUME</i> e IO 58AUSLBO <i>VIGILANZA DISPOSITIVI MEDICI: INDICAZIONI PER OPERATORI SANITARI</i> di novembre 2023.

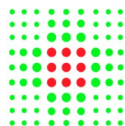
FARMACOVIGILANZA

Redazione a cura della Dott.ssa Chiara Sacripanti RAFV, Dott.ssa Maria Silvia Romio Deputy
Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

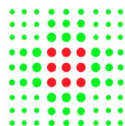
Letteratura/Normativa di riferimento	• Raccomandazione Ministeriale n.7 del 2008, Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica • Raccomandazione Ministeriale n.12 del 2010, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound- alike" • Raccomandazione Ministeriale n.14 del 2012, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici • Raccomandazione Ministeriale n.17 del 2014, Riconciliazione della terapia farmacologica • Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015 Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della Legge 24 dicembre 2012 n. 228 (Legge di stabilità 2013) • DIRETTIVA 2010/84/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 15 dicembre 2010 che modifica, per quanto concerne la farmacovigilanza, la direttiva 2001/83/CE recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano • REGOLAMENTO (UE) N. 1235/2010 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 15 dicembre 2010 che modifica, per quanto riguarda la farmacovigilanza dei medicinali per uso umano, il regolamento (CE) n. 726/2004 che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'agenzia europea per i medicinali e il regolamento
---	---



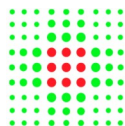
	(CE) n. 1394/2007 sui medicinali per terapie avanzate • SegnalER - Manuale d'uso ultima versione: 19.12.2025 • Guida alla compilazione della scheda unica di segnalazione di sospette reazioni avverse (ADR) a farmaci per operatori sanitari – AIFA giugno 2022 • Guida alla compilazione della scheda unica di segnalazione di sospette reazioni avverse (ADR) a farmaci a cura del paziente/cittadino – AIFA giugno 2022
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La Farmacovigilanza è un insieme complesso di attività dirette alla valutazione continua delle informazioni relative alla sicurezza dei farmaci/vaccini e finalizzate ad aggiornare e definire il rapporto rischio-beneficio dei medicinali in commercio. La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta tutt'oggi il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle problematiche di sicurezza nuove o mutate relative ai farmaci, dal quale hanno origine molte delle misure adottate dalle Autorità regolatorie a tutela della salute pubblica oltre che delle nuove reazioni avverse che si manifestano dopo l'immissione in commercio di un farmaco. La Farmacovigilanza si struttura come Rete Nazionale di FV (RNF) che mette in comunicazione l'AIFA, le Regioni, le Aziende Sanitarie, gli IRCSS, le industrie farmaceutiche ed in collegamento operativo con il network europeo EudraVigilance dell'EMA (Agenzia Europea per i medicinali) che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale. I Medici e tutti gli altri operatori sanitari (Farmacisti, Odontoiatri, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, etc.), sono tenuti a segnalare qualsiasi sospetta reazione avversa, nota o non nota, grave o non grave, della quale vengano a conoscenza nell'esercizio dell'attività professionale. La segnalazione di sospetta ADR avviene secondo due modalità alternative tra loro: 1. modalità on line tramite il link: https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/ L'utente, con ruolo di operatore sanitario o paziente/cittadino, può compilare la segnalazione compilando una serie di informazioni descritte in un percorso guidato al termine del quale si genera un file in formato pdf, che potrà essere salvato come propria copia della segnalazione ADR inviata, previa conferma dell'invio tramite codice CAPTCHA. Ogni sezione della scheda di segnalazione è corredata anche da una <i>Guida alla compilazione</i> di cui l'utente può usufruire in caso di supporto in fase di segnalazione. Dopo l'invio della scheda di segnalazione, questa sarà visibile al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza (RAFV) sul portale servizi online di AIFA, che procederà quindi con la validazione della scheda in RNF; 2. modalità cartacea, compilando la scheda di segnalazione per



	l'operatore sanitario o per il paziente/cittadino, editabile elettronicamente o anche stampabile, scaricabile anche al link: https://www.aifa.gov.it/moduli-segnalazione-reazioni-avverse. La scheda compilata deve essere inviata all'indirizzo mail farmacovigilanza@ausl.bologna.it. Il RAFV provvederà successivamente all'inserimento nel portale Servizi online di AIFA e alla validazione della scheda in RNF. La segnalazione ADR deve essere trasmessa RAFV in modo tempestivo o comunque entro 48 ore da quando l'operatore sanitario ne viene a conoscenza; l'obbligo di segnalazione scende a 36 ore in caso di ADR da medicinali di origine biologica (inclusi i vaccini). Le schede di segnalazione sono successivamente oggetto di valutazione sia da parte del Centro Regionale di FV, sia delle agenzie regolatorie italiana (AIFA) ed europea (EMA). La RNF presenta nell'area riservata al RAFV un sistema di analisi dei dati strutturato in una serie di query preimpostate dalle quali è possibile estrarre i dati inseriti per: PA/PM per Anno di inserimento scheda, Regione e Fonte, ATC dei medicinali, Gravità e Anno di inserimento scheda, Gravità e ADR, per tempo di insorgenza, Fascia di Età e Anno di inserimento scheda, Esito e ADR, Regione e Anno inserimento scheda, Fascia di Età e Sesso. I dati estratti vengono presentati come grafici e tabelle Excel. Una novità apportata alla fine del 2025 è stata l'implementazione nella RNF del campo "<i>Qualifica del segnalatore</i>" che rispetto alle tipologie di segnalatore già presenti ha aggiunto ulteriori distinzioni: Farmacista Ospedaliero e Farmacista, Medico Ospedaliero, MMG, PLS, Medico di distretto e Medico consentendo di classificare in maniera più puntuale le diverse figure al fine di poter tracciare la provenienza delle segnalazioni di FV. Tuttavia, questo campo essendo stato modificato nel corso dell'anno, non permette di tracciare la fonte del segnalatore in maniera definitiva per il 2025. Inoltre, dal 31/12/2024 è attiva la piattaforma SegnalER https://segnaler.progetto-sole.it/login all'interno della quale devono essere segnalati i casi di errori terapeutici correlati alla gestione del farmaco con danno e senza danno (Scheda A05); per i casi in cui si è manifestata anche una reazione avversa (danno) è necessario effettuare una segnalazione parallela anche sulla RNF.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Nel corso del 2025 sono state raccolte 539 schede di segnalazione di sospetta reazione avversa (versus 395 nel 2024). Rispetto ai tre anni precedenti in cui si era osservata una costante diminuzione del numero di schede ADR, nel 2025 si è rilevato un aumento della segnalazione dovuto a diverse motivazioni: 1. elevato contributo delle schede ADR raccolte nell'ambito del progetto di FV attiva POEM3 conclusosi ad aprile 2025 2. prosecuzione del progetto "APIM Trial" presso UO. Medicina



	Interna che ha permesso di raccogliere le segnalazioni ADR emerse in reparto anche dovute alle interazioni farmacologiche clinicamente rilevanti nei pazienti politrattati. 3. cospicua sensibilizzazione alla segnalazione fatta agli operatori sanitari (medici e farmacisti). In particolare, si è instaurata una stretta collaborazione direttamente con le UO coinvolte nei disturbi del comportamento e nel trattamento dell'ADHD per i quali l'azienda di Bologna ha ricevuto la maggior parte delle segnalazioni relative ai trattamenti dell'ADHD, rispetto alle segnalazioni ricevute a livello regionale. Altra importante collaborazione si è avuta con gli ambulatori vaccinali dell'U.O. della Pediatria Territoriale che consentono il monitoraggio continuo della sicurezza post-vaccinazione tramite l'invio delle segnalazioni di farmacovigilanza da parte dei medici vaccinatori. 4. nuova iniziativa rivolta ai pazienti che accedono ai punti di erogazione diretta dell'azienda e che prevede la consegna da parte dei farmacisti di un flyer che riporta le informazioni di base di FV e le modalità (online e cartacea) di segnalazione di sospetta ADR. In tale modo, il paziente viene formato dal farmacista alla sensibilizzazione di FV e, una volta ritirata la terapia, può procedere in autonomia alla segnalazione spontanea se al domicilio scaturiscono delle sospette ADR oppure comunicarle direttamente al farmacista in sede di ritiro della terapia successiva. Delle 539 schede raccolte nel 2025 il 73% sono di natura spontanea mentre il restante 27% riguarda segnalazioni da studio relative al progetto di FV attiva (POEM3). Per quanto riguarda la gravità delle segnalazioni, sul totale delle 539 schede inserite in RNF il 23% è grave, mentre il 77% è stato classificato come non grave. La maggioranza delle schede di segnalazione 80% ha riguardato come sospetto un farmaco e il restante 20% si riferisce ad un vaccino. In seguito alla modifica del campo "Qualifica del segnalatore" e al netto delle considerazioni riportate sopra, nel 2025 il 35% delle schede di segnalazione sono state inviate dal farmacista, 28% medico ospedaliero, 11% provengono dai medici, 9% MMG e pazienti/cittadini rispettivamente, il 4% dal farmacista ospedaliero e da altri operatori sanitari rispettivamente.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Ad aprile 2025 si è concluso il progetto multiregionale di FV attiva in campo Onco-Ematologico (denominato POEM3), iniziato nel 2023. È la terza edizione del progetto a cui la nostra azienda partecipa, il progetto finanziato da AIFA prevede la partecipazione di tutte le oncologie aziendali, in particolar modo quella dell'Ospedale Bellaria. Grazie anche al supporto del farmacista facilitatore, che collabora



con i clinici e i farmacisti della Centrale antiblastici, si è incrementato il numero di ADR in questa area clinica dove frequentemente si riscontrano fenomeni di sottosegnalazione e particolare attenzione è stata rivolta alla segnalazione di eventi avversi riferiti ai p.a. sottoposti a monitoraggio addizionale. Il progetto oltre a sensibilizzare e incentivare alla segnalazione degli operatori sanitari operanti in ospedale, prevede anche:

- la redazione/aggiornamento delle schede di interazione dei farmaci onco-ematologici sulla base delle evidenze scientifiche più recenti da utilizzare come strumento per i clinici utile per prevenire e riconoscere le interazioni farmacologiche che possono favorire l'insorgenza di ADR anche gravi;
- la raccolta di ADR da farmaci onco-ematologici orali da intercettare presso i punti di distribuzione diretta farmaci durante la consegna del farmaco al paziente;
- la sensibilizzazione alla segnalazione per i MMG e farmacisti convenzionati che possono intercettare eventuali problematiche di sicurezza legate a questi farmaci a livello territoriale.

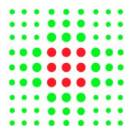
A fine 2025 si è concluso un progetto di ricerca presso il reparto di Medicina Interna dell'Ospedale Maggiore. Il progetto di ricerca denominato "Un cluster trial non randomizzato sull'efficacia di un intervento combinato di polifarmacoterapia sui pazienti anziani ricoverati nei reparti di medicina interna (APIM trial)», di durata biennale ha previsto la presenza di un farmacista facilitatore per sensibilizzare alla segnalazione di ADR in reparto, per intercettare le eventuali interazioni farmacologiche e garantire un miglioramento della qualità delle politerapie in degenza, in dimissione e nella continuità ospedale-territorio.

Il progetto ha l'obiettivo di: migliorare livello e qualità del processo di riconciliazione farmacologica riducendo il numero di interazioni, in particolare le gravi, ottimizzare il management della popolazione politrattata post ricovero per migliorare la sicurezza delle cure offerte, ridurre le ri-ospedalizzazioni e le interazioni clinicamente rilevanti, il fenomeno delle cascate prescrittive e promuovere il maggior grado di consapevolezza fra operatori sanitari e popolazione assistita.

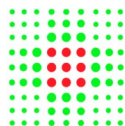
Durante il 2025 si sono consolidate due strette collaborazioni con i clinici che si occupano dei disturbi del comportamento e del trattamento dell'ADHD e con gli ambulatori vaccinali dell'U.O. della Pediatria Territoriale che consentono il monitoraggio continuo della sicurezza post-vaccinazione

Inoltre, il Dip. Farmaceutico ha messo in campo una nuova iniziativa rivolta ai pazienti che accedono ai punti di erogazione diretta dell'azienda, che prevede la consegna da parte dei farmacisti di un flyer per sensibilizzare alla segnalazione di sospetta ADR.

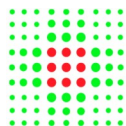
Infine, nel corso del 2025 è proseguita la stesura ex novo dell'IO



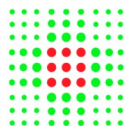
	“Farmacovigilanza/Vaccinovigilanza e gestione delle segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini”, di prossima pubblicazione.
Prospettive future	La costante sensibilizzazione degli operatori sanitari in primis, ma anche dei pazienti/cittadini, sull'importanza della segnalazione spontanea delle sospette ADR, dovrà continuare ad essere valorizzata e perseguita in quanto cardine della FV. Inoltre, visto l'avvio della nuova piattaforma SegnalER per l'invio delle segnalazioni di errore terapeutico correlato alla gestione del farmaco che prevedono anche l'invio contestuale nella RNF, occorrerà effettuare una formazione mirata rivolta agli operatori sanitari sui corretti percorsi di segnalazione. A tal proposito in collaborazione con UO Medicina Legale e Risk Management si proporrà l'organizzazione di un evento formativo dedicato. Altra frontiera importante da approfondire sarà quella del monitoraggio della sicurezza della terapia farmacologica del paziente politrattato: analisi di interazioni e monitoraggio di ADR.



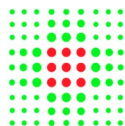
EMOVIGILANZA	
Redazione a cura della Dr.ssa Maria Beatrice Rondinelli	
UO Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana (SC)	
Letteratura/Normativa di riferimento	- Legge del 21 ottobre 2005 n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati” - Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207 “Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi”. - Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208 Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali. - DL 20/10/2007 n. 261 Revisione del DL 19/8/2005 n° 191 recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione, e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti. - Decreto 21/12/2007 Istituzione del Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (<u>S.I.S.TRA.</u>) - DM 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. - 02-12-16 Modifiche al DM 2/11/2015, recante: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. - LEGGE 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie - Legge 22 dicembre 2017, n. 219 recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. - DL 19/03/2018 n° 19 Attuazione della direttiva (UE) 2016/2014 della commissione del 25/ luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema qualità per i servizi trasfusionali. - Decreto 1 agosto 2019 Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. - Ministero della Salute Raccomandazione n.5 aggiornamento, 9 gennaio 2020 Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.



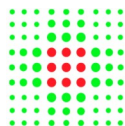
	- Circolare del 18 marzo 2020. Decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”. - Decreto Ministeriale del 5 novembre 2021 Istituzione e modalità di funzionamento del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi trasfusionali. - Accordo Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021 Aggiornamento e revisione dell’Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica. Linee di indirizzo CNS – 31 agosto 2023 Linee di indirizzo per il reporting di emovigilanza nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (S.I.S.TRA). - Linee Guida CNS 08 – 26 ottobre 2023 Linee Guida per l’erogazione di prestazioni trasfusionali in telemedicina. - Raccomandazioni per la terapia trasfusionale in Neonatologia, Società italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, 2014 - Raccomandazioni AISF-SIMTI: l’uso appropriato dell’albumina nei pazienti con cirrosi epatica, 2016 - Standard SIMTI-CNS 11 ottobre 2021 Standard per i Laboratori di Immunoematologia di Riferimento (LIR) e di Biologia Molecolare (LBM) – 1a Edizione – 2021 - Raccomandazioni per il buon uso del sangue e dei plasmaderivati emesso dal Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (CoBUS) SIMT Area Metropolitana di Bologna. - EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. Guide to the Preparation, Use and Quality Assurance of Blood Component, 22th Ed. 2025. - Standard SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia); 4°ed. maggio 2024
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	L’emovigilanza è l’insieme di procedure di sorveglianza che coprono l’intera catena trasfusionale (dal donatore al paziente e viceversa), finalizzate alla raccolta e alla valutazione delle informazioni su effetti inaspettati e indesiderati, e alla prevenzione dell’evento o della sua ricorrenza nell’intero processo trasfusionale. I dati relativi all’emovigilanza sono inseriti nel Sistema Informativo dei Servizi



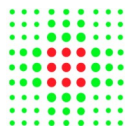
	Trasfusionali (S.I.S.TRA.) coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale Sangue. Schede di segnalazione SISTRA notificate annualmente al Centro Nazionale Sangue: 1) NOTIFICA REAZIONI INDESIDERATE SUI DONATORI: Riguarda la segnalazione di tutte le possibili reazioni / complicanze da lievi a severe per tutte le possibili forme di donazione 2) NOTIFICA REAZIONI TRASFUSIONALI INDESIDERATE GRAVI: Viene segnalato il tipo di emocomponente e il suo codice identificativo, la sintomatologia presentata, condizioni pregresse del paziente che possono facilitare l'insorgere della reazione, la gravità. In caso la reazione dipenda da un errore viene anche compilata la scheda seguente 3) NOTIFICA INCIDENTE GRAVE: sono raccolti la descrizione dell'evento / quasi evento, la fase del processo e il luogo dove si è verificato, l'analisi della cause, provvedimenti correttivi adottati 4) NOTIFICA SORVEGLIANZA DONATORI: In caso di positività verso virus HIV, HCV, HBV e sifilide si rileva in forma anonima la tipologia di donatore, il test verso cui il donatore è reattivo, i fattori di rischio
Analisi del rischio ed eventuali criticità	1) Reazioni indesiderate donatori • Registrate poche reazioni alla donazione; si tratta per la maggior parte di reazioni moderate-lievi soprattutto per le donazioni di sangue intero • 1 malore grave • Reazioni indesiderate sui donatori/unità prelevate: 1146/37184 (3.1%). Di queste: • Sangue intero: lievi/moderate 37/30245 (0,12%); Severe: 0 • Plasmaferesi: lievi/moderate 11/6729 (0.16%); Severe: 0 2) Reazioni trasfusionali • Reazione avverse: 33/ 19954 emocomponenti trasfusi (0,16%). 3) Incidenti gravi: AUSL BO INTERNI ospedali e territorio (11 casi) • Bentivoglio Gestione trasfusione in urgentissima • OM Ch. Toracica Identificazione/pz prelievo campioni • OM Ch.vasc. Identificazione/pz prelievo campioni • Bentivoglio Ostetricia : Identificazione/pz prelievo campioni • OM Utin : Ricoverato neonato partorito 4gg prima a domicilio. Richiesta EEX senza eseguire test completi • OM Pediatria inviata la richiesta "Urgentissima" di emocom-



	ponenti per un pz. L'unità di emazie è stata consegnata al reparto. La sacca è stata trasferita a bordo dell'elicottero con il paziente che è stato trasferito in altro ospedale fuori regione. Successivamente la sacca è stata riportata in reparto e poi restituita al SIMT OM in quanto malconservata. • OM Ginecologia : Ritardo nell'invio di richiesta in urgenza • OM Pronto Soccorso/Med.D'urgenza (A0625002734): pervenute due provette di pazienti diversi e una richiesta di emocomponenti allegata con gruppi sanguigni invertiti rispetto allo storico • Bentivoglio terapia int. Utilizzo emocomponenti oltre 72h, gestionale non bloccante • OB Cardiologia Trasfusione ABO compatibile. Sea 19/12/2025. • OM Ostetricia : Errata identificazione pz/prelievo con invio richiesta con nosografico errato. az miglioramento:. Interni SIMT (1 caso) • OM Int (NO SEGNALER): Identificazione pz prelievo campioni Esterni AUSL BO CdC – ANT – Nelson F. (4 casi) • OM Villa Erbosa : Pz. in sala senza sangue • OM Villa Alba : Identificazione pz prelievo campioni • Villa Erbosa:Richieste unità in urgentissima non presenti in loco per chiusura estiva e quindi attivazione urgentissima OM. Sorveglianza • la SIFILIDE si riconferma l'infezione maggiormente diffusa tra la popolazione degli individui positivi (più del 50%) • quest'anno si evidenzia un riscontro di positività anche nei donatori periodici (circa 50%), mentre gli anni scorsi la percentuale non superava il 2% • per 6 dei 17 positivi non è stato raccolto il modulo R03 P12 SIMT AMBO si riconferma la reticenza del donatore a dichiarare i fattori di rischio
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<u>Complessivamente nell'ambito del SIMT AMBO si sono svolti corsi:</u> 1. I LUNEDI' DELLA SICUREZZA TRASFUSIONALE dedicato a Medici, biologi, tecnici di laboratorio biomedico ed infermieri coinvolti nei processi tema del corso ed operanti presso Azienda USL Bologna, Ospedale di Imola, Ospedale Bellaria Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli Bologna, Case di Cura, ospedali periferici. (I° e II°ed)



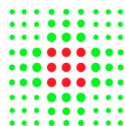
	2. DUE CORSI DIPARTIMENTALI : a) la donazione come mezzo di sorveglianza sanitaria b) il percorso dell'anemia cronica : collaborazione pronto soccorso -simt. 3. AUDIT: ASPETTI CLINICI, GESTIONALI DELL'UTILIZZO DI IG VENA E ALBUMINA 2025 4. Effettuati 3 incontri formativi per le sale operatorie dell'Ospedale Bellaria a seguito di un evento sentinella 5. Convegno integrazione, interdisciplinarieta', innovazione della medicina trasfusionale 6. Convegno talassemia e drepanocitosi: "conoscere per vivere meglio: "il futuro inizia dall'ascolto" sede S.Orsola 7. Stato dell'arte e nuove acquisizioni nei settori: lavorazione e distribuzione esterna, immunoematologia, assegnazione emc e distribuzione, ambulatorio di medicina trasfusionale, ambulatorio aferesi, eunt, raccolta, qualificazione biologica 8. Gestione delle emorragie in corso di terapia anticoagulante: il ruolo del traasfusionista 20 02 2025 <u>Per Personale TSLB e CPSI :</u> 1. Procedure e istruzioni operative efficaci a supporto della qualità dei processi del laboratorio di immunoematologia del TUM: una sfida possibile 2. Acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale infermieristico addetto alla raccolta 3. Modalità di accesso ai locali a contaminazione controllata del polo di lavorazione e comportamenti da adottare a garanzia della sicurezza degli emocomponenti 4. Puntura ecoguidata di vaso venoso per impianto CVP: applicazione nell'ambito dell'ambulatorio di medicina trasfusionale (2 edizioni) 5. Comunicazione efficace per facilitare il lavoro in team multidisciplinare a supporto delle reti aziendali 6. Programma di aggiornamento e discussione scientifica attraverso l'utilizzo delle banche dati nell'ambito della diagnostica di laboratorio
Prospettive future	Proseguirà nel 2026 l'attività di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sugli aspetti relativi all'emovigilanza e alla sicurezza della gestione del sangue, con necessità di un ulteriore rafforzamento dell'attività stessa, visti i near miss sopra descritti. <u>Formazione progettazione: PAF 2026 per tutte le sedi SIMT AMBO</u> Organizzazione corsi di ambito metropolitano, regionale



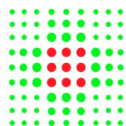
	<u>Piani di miglioramento previsti per 2026:</u> <u>Prosecuzione PM ancora in corso:</u> • PM 56 Percorso interdisciplinare patient blood management in ambito metropolitano (in corso) • PM 58 Efficienza media di cd34+ nelle raccolte autologhe pediatriche (in corso) • PM 60 Implementazione della tracciabilità della temperatura di trasporto degli emocomponenti in transito dal servizio di immunematologia e Medicina Trasfusionale SIMT AM BO alle case di cura e domiciliari ANT della città Metropolitana di Bologna • PM 62 Andamento trasporti interni OM • PM 63 Reperibilità metropolitano aferesi (in stesura) • PM 64 Convalida processo di conservazione temporanea degli emc • PM 65 Trasferimento EUNT presso polo di lavorazione AVEC (in stesura)
--	--

SEGNALAZIONI DEI CITTADINI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO - URP

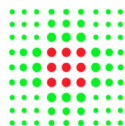
Redazione a cura della Dott.ssa Federica Lugaesi UO Qualità, Accreditamento, Internal Audit e Relazioni con il Cittadino



Letteratura/Normativa di riferimento	• Legge 8 marzo 2017, n. 24 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita. • DGR n. 441/2023 - Approvazione del Programma Regionale per la Sicurezza delle Cure e la gestione del rischio clinico. • Linee di indirizzo regionali 2025-2026 - Sicurezza delle cure e gestione del rischio. • Procedura Aziendale P027 AUSLBO - Gestione delle segnalazioni e dei cittadini. • Regolamento (UE) 2016/679-GDPR - Protezione dei dati personali. • Legge 7 agosto 1990, n. 241 - Procedimento amministrativo e diritto di accesso. • Piattaforma regionale SegnalER - Sistema unico di raccolta e categorizzazione delle segnalazioni. • Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego"; • Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"; • Legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"; • Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017"; • "Sistema informativo segnalazioni URP sanità - Linee Guida regionali per la gestione dell'istruttoria", RER, Dicembre 2008; • "Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie", Report regionale 2004
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La procedura aziendale P027 AUSL BO disciplina la gestione delle segnalazioni dei cittadini registrando gli eventi che rilevano in termini di mancata/ridotta qualità per i cittadini con lo scopo di individuare aree organizzative che necessitano di miglioramento. In particolare, rivestono interesse ai fini della Gestione del Rischio le segnalazioni dei cittadini aventi perlopiù carattere di reclamo, riferite ad aspetti tecnico-professionali, di umanizzazione e relazionali nonché strutturali e, in misura nettamente inferiore, ad aspetti economici, organizzativi-burocratici-amministrativi. Il percorso aziendale attuale prevede che le segnalazioni dei cittadini arrivano tramite posta elettronica, webmaster aziendale, cassette reclami o SegnalER. Dopo la protocollazione in Babel esse vengono assegnate al Distretto competente che gestisce



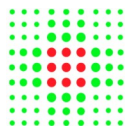
	l'istruttoria, raccoglie gli elementi necessari dalle articolazioni organizzative interessate. Il processo prevede le seguenti fasi: ricevimento, protocollazione, richiesta di relazione istruttoria, raccolta degli elementi forniti dalle articolazioni organizzative, predisposizione e firma della risposta, invio al cittadino ed alle altre articolazioni organizzative coinvolte, registrazione su SegnalER (in caso non sia questa la fonte origine della segnalazione). Tutte le segnalazioni vengono protocollate coinvolgendo la Direzione Sanitaria e con la UO Qualità, Accreditamento, Internal Audit e Relazioni con il Cittadino. Le segnalazioni provenienti da Istituzioni sono gestite dal Distretto con validazione della UO QuAIARC e della Direzione Sanitaria. La risposta viene predisposta entro 30 giorni dalla protocollazione e la chiusura su SegnalER completa il processo e alimenta la reportistica su applicativo regionale.
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Dal giorno 01.01.2025 è stato avviato in AUSL Bologna l'utilizzo di SegnalER quale modalità complementare a quelle già esistenti per la raccolta delle segnalazioni della cittadinanza. Parallelamente durante l'anno 2025 si sono proseguiti e poi conclusi i lavori di revisione della procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni (P027 AUSL BO) che è stata emessa nel settembre 2025; la revisione ha modificato alcuni punti nodali del processo cambiando la titolarità del Distretto competente a rispondere al cittadino e snellendo la fase di protocollazione nella logica di semplificazione del processo. Dalla analisi, seppur parziale, dopo i primi mesi di operatività di entrambe le modifiche organizzative sviluppare nel 2025 emergono alcuni elementi che possono incidere sulla qualità e sulla tempestività del percorso. La prima di esse è la presenza di ritardi nell'invio da parte delle Unità Operative/Organizzative delle relazioni istruttorie contenenti gli elementi necessari per la valutazione e predisposizione della risposta al cittadino, con il rischio di superare i tempi previsti. Inoltre, gli stessi contenuti talvolta sono risultati incompleti o non pienamente omogenei tra i diversi attori coinvolti con necessità di verifiche e controlli aggiuntivi e conseguente allungamento dei tempi di processazione. Considerando le macrocategorie di appartenenza delle segnalazioni pervenute si riporta come vi sia una forte prevalenza di difficoltà comunicative tra professionisti e cittadini, oltre a criticità in riferimento alla gestione delle prese in carico e delle liste d'attesa. Per quanto sopra detto le principali aree di intervento sono state identificate nel rispetto dei tempi di processo, nel miglioramento della qualità delle risposte, nel tentativo di ridurre il divario tra qualità attesa e percepita, nel rafforzamento della comunicazione e nel potenziamento della fase di progettazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento; per quest'ultimo aspetto si stanno studiando attività che prevedano il coinvolgimento dei CCMSS.



Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	• Entrata in vigore della nuova procedura aziendale per migliorare la gestione delle segnalazioni e il coordinamento tra articolazioni organizzative. • Introduzione della piattaforma SegnalER per garantire la tracciabilità delle segnalazioni, supportando la sicurezza e il miglioramento continuo. • Partecipazione di alcuni professionisti aziendali afferenti agli URP all'evento formativo "I Cantieri di Gentilezza", nato all'interno del board aziendale PEU per sviluppare relazioni più consapevoli e un'accoglienza più attenta alle persone. Nell'ambito di questo evento, in cui era previsto il coinvolgimento dei CCMSS, sono state potenziate le competenze relazionali. • Nomina dei referenti per la sicurezza delle cure all'interno di ciascuno dei CCMSS distrettuali, del CUFO e del Coordinamento Aziendale dei CCMSS.
Prospettive future	Le attività saranno orientate a sostenere il cittadino nel cambiamento organizzativo e digitale, offrendo punti di riferimento chiari ed un accompagnamento costante. La chiarezza delle informazioni sarà un elemento centrale: materiali più accessibili, una Carta dei Servizi aggiornata ed iniziative dedicate a garantire la qualità dell'assistenza e la corretta gestione dei percorsi aiuteranno le persone a orientarsi con maggiore consapevolezza. L'evoluzione degli strumenti digitali, come SegnalER, il Fascicolo Sanitario Elettronico e l'App IO, prevede una formazione specifica per gli operatori, così da garantire competenze adeguate e un supporto efficace ai cittadini. L'analisi dei casi complessi e la reportistica offriranno alla Direzione una lettura più precisa dei bisogni emergenti, trasformando ogni segnalazione in un'occasione di crescita. L'obiettivo delle azioni strategiche è accompagnare il cittadino in questa fase delicata di cambiamento culturale, valorizzandone il ruolo attivo e offrendo un sostegno che lo affianchi con continuità lungo tutto il percorso.

ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO A CAUSA DELL'ESERCIZIO DELLE LORO FUNZIONI

Redazione a cura di: Dr.ssa Lorena Landi Staff Direzione generale
U.O. Servizio di Prevenzione e Protezione e Dott.ssa Bignami Staff Direzione DATeR

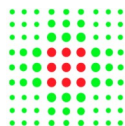


Letteratura/Normativa di riferimento	▪ D.LGS 81/2008 e s.m.i - Legge 14 agosto 2020 n.113- ▪ Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori RER 2020 ▪ Ministero della Salute: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni- Aggiornamento novembre 2025
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	PORTALE SEGNALE ER
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Effettuati sopralluoghi area DSM e SERDP, aggiornamento del DVR
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Gestione delle segnalazioni pervenute sul Portale Segnale ER e aggiornamento del DVR aggressioni-Formazione specifica degli operatori
Prospettive future	Formazione generale in tema violenza operatori in aula e FAD anche su molestie e violenza di genere sul portale SELF PA Gestione delle segnalazioni prevenute tramite Segnale ER e confronto con UO Risk Management e/o Gruppo benessere organizzativo per individuazione azioni correttive negli eventi di particolare criticità Partecipazione al progetto VI SI TA RE Revisione Procedura P110 AUSL BO (nel 2025 si è preferito attendere gli aggiornamenti della Raccomandazione Ministeriale e delle Linee di indirizzo regionali) Supporto psicologico operatori

INFORTUNI SUL LAVORO

Redazione a cura di: Dr.ssa Lorena Landi Staff Direzione generale
U.O. Servizio di Prevenzione e Protezione e Dott.ssa Bignami Staff Direzione DATeR

Letteratura/Normativa di	D.p.r. 1124/1965
---------------------------------	------------------

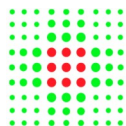


riferimento	D. Lgs. 230/95; D. Lgs. 81/2008
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Cruscotto infortuni Inail Data base aziendale infortuni biologici Medicina Preventiva AUSLBO
Analisi del rischio ed eventuali criticità	Dal monitoraggio annuale degli eventi infortunistici emerge che la movimentazione manuale di carichi e pazienti (MMP e MMC) e gli infortuni a rischio biologico rappresentano un elemento di criticità
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Formazione specifica sulla corretta movimentazione dei pazienti nelle degenze ospedaliere in tutti i setting e injury free , utilizzo degli ausili minori. Formazione e addestramento all'uso corretto di dispositivi medici dotati di meccanismo di sicurezza
Prospettive future	Aggiornamento del DVR sulla MMP e MMC, monitoraggio infortuni sul lavoro. Formazione e addestramento degli operatori sulla corretta movimentazione di pazienti e corretto utilizzo dei D.M. con meccanismo di sicurezza Formazione dei formatori (fisioterapisti) con approccio metodo MAPO Partecipazione a gara di Area Vasta per l'aggiudicazione dei nuovi Dispositivi medici dotati di meccanismo di sicurezza Partecipazione al progetto VI SI TA RE in collaborazione con UO Risk Management Procedura sulla gestione globale dei Dispositivi di Protezione Individuale e DPI-DM

CONCLUSIONI

La **sicurezza delle cure**, ormai riconosciuta come diritto fondamentale integrato a quello alla salute, costituisce per le Aziende Sanitarie un **obiettivo primario e un impegno costante**.

La complessità intrinseca del Sistema Sanitario richiede un **approccio multidisciplinare e**



multiprofessionale integrato, capace di promuovere l'apprendimento continuo e il miglioramento dei processi, al fine di garantire livelli di qualità e sicurezza delle cure sempre più elevati.

L'analisi dettagliata del contesto aziendale e la mappatura puntuale dei rischi consentono di individuare **ambiti specifici di intervento**, contribuendo a creare un sistema sanitario più sicuro, efficiente e centrato sul paziente. Le principali aree di azione comprendono:

- La **programmazione e il coordinamento dei piani per la sicurezza delle cure**;
- L'**implementazione di sistemi di segnalazione e apprendimento dall'esperienza**;
- L'uso di **strumenti proattivi** per la prevenzione dei rischi;
- Il miglioramento della sicurezza nei diversi ambiti assistenziali.

Nel corso del 2024, l'**assetto organizzativo aziendale** per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza di pazienti e operatori è stato aggiornato con la Delibera aziendale 357/24, enfatizzando la creazione di un **sistema integrato e coordinato** delle tre principali aree di rischio: clinico, infettivo e occupazionale.

Per garantire una **visione unitaria** degli strumenti, delle attività e dei flussi informativi, è stato rafforzato il ruolo della funzione aziendale di **Gestione del Rischio Sanitario**, con l'obiettivo di armonizzare i vari ambiti e promuovere una condivisione efficace e un utilizzo coordinato delle informazioni.

In questa prospettiva, è stato **rivoluzionato il paradigma informativo e formativo dei Facilitatori**, al fine di incrementare la loro sensibilità, autonomia operativa e capacità di contribuire attivamente alla prevenzione dei rischi e al miglioramento della sicurezza delle cure.

.