

RELAZIONE ANNUALE (ART. 2 COMMA 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24) SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

PREMESSA

La 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”, prevede che le Strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli *eventi avversi* verificatisi all’interno della Struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto, inoltre, che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della Struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le Strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del *quasi-errore* e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (*eventi senza danno*) e i rischi (i cosiddetti “*quasi eventi*”/*near miss*: eventi che non si sono verificati, che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Si comprende, pertanto, quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di temperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla ***rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza e il miglioramento.***

L’impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli “eventi avversi”, ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla “misurazione della sicurezza delle cure” e all’utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono, infatti, ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione e il monitoraggio della sicurezza. La questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l’impegno tema dell’individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. Non deve sfuggire, infatti, che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione con l’analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta,

quindi, chiaro che la prospettiva evocata e che rappresenta l'elemento centrale è quella della prevenzione e del miglioramento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è, tuttavia, cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell'interpretazione dei risultati. Quello che è certo è che non è corretta una misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie che si basi esclusivamente sui dati derivanti dall'utilizzo di un solo strumento di rilevazione, fatto che, come è riportato unanimemente dalla letteratura internazionale e nazionale, può presentare evidenti distorsioni. Tutti gli studi su questo tema giungono, infatti, alle medesime conclusioni che possono essere così efficacemente sintetizzate da Sun¹:

[...] i vari metodi sono complementari, e non alternativi, offrendo differenti livelli di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure; [...] le organizzazioni sanitarie dovrebbero utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente e successivamente sintetizzare i dati raccolti in una immagine sufficientemente esaustiva; [...] la composizione del portfolio dipenderà dalla tipologia di problemi di sicurezza che l'organizzazione ritiene maggiormente rilevanti e dalle risorse disponibili per la gestione del rischio.

Le organizzazioni sanitarie possono già adesso disporre di un ampio insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. In riferimento all'attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza², come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (incident reporting, farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

C'è, comunque, da fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento degli eventi avversi identificati è complesso determinare se questo rifletta un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema.

Sono, inoltre, importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle Aziende per la prevenzione dei rischi e in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute e Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per

¹ Sun F. Chapter 36. Monitoring Patient Safety Problems (NEW). In Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, et al. (editors). *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. Comparative Effectiveness Review No. 211. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2013.

² Rispetto alla rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella, si tenga conto del fatto che il Decreto 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" all'articolo 7 sulla diffusione dei dati afferma che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES sono diffuse con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente.

promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Modena esercita le proprie funzioni assistenziali di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, nonché di ricerca biomedica e sanitaria, di formazione e di didattica, in stretta integrazione con l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, per la quale costituisce l’Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia. L’Azienda garantisce, pertanto, l’integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall’Università, operando nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione, oltre che nell’ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Inizialmente insediata nell’unico stabilimento ‘Policlinico’, dopo un biennio sperimentale di gestione integrata con lo stabilimento dell’Ospedale Civile di Baggiovara (OCB), in precedenza gestito dall’AUSL di Modena, a far tempo dal 1° gennaio 2019 ha assunto un definitivo assetto sui due stabilimenti.

Il processo di integrazione attuato con la gestione unica dei due stabilimenti aziendali ha valorizzato la funzione di riferimento ed il ruolo hub degli stessi nella rete provinciale (DGR 1004/2016), favorendo la realizzazione di una integrazione operativa ed una concentrazione delle attività cliniche secondo il seguente orientamento



Caratterizzazione Policlinico	Caratterizzazione Ospedale Civile di Baggiovara
Salute donna e bambino	Neuroscienze
Area oncologica	Chirurgie specialistiche
Medicine specialistiche	Endoscopia interventistica digestiva
Medicina rigenerativa	Chirurgia vascolare
Genomica	Gestione E/U e patologie tempo-dipendenti:
Malattie rare	<ul style="list-style-type: none"> • IMA ed emodinamica • Trauma grave • Ictus
Malattie infettive	
Medicina trasfusionale	
Centro trapianti	

Elettrofisiologia alta complessità	
------------------------------------	--

Il baricentro per le funzioni sopra elencate è individuato in una struttura piuttosto che in un'altra, pur continuando entrambi gli stabilimenti a garantire le necessità meno complesse e più diffuse dal punto di vista epidemiologico per le seguenti discipline:

- Pronto soccorso;
- Medicina;
- Chirurgia generale (con complementarità e distribuzione di rete);
- Ortopedia;
- Cardiologia (con specializzazione delle strutture);
- Radiologia (concentrazione delle funzioni e delle stazioni refertanti rispetto alla rete).

Ciascuna struttura, pertanto, al di là della propria funzione hub per specifiche attività, continua a essere attiva come punto di riferimento per il bacino d'utenza territoriale che le è proprio.

Presso l'Azienda sono attive, inoltre, funzioni con respiro sovra-provinciale o nazionale di eccellenza.

I dati che descrivono l'**attività assistenziale** svolta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena nell'anno 2025 sono riportati nella sottostante tabella:

Posti letto	N. 1.106 , di cui 598 Policlinico e 508 OCB
Ricoveri (Modena e ReR Mo)	N. 47.539 , di cui 30.149 Policlinico e 17.390 OCB
Accessi in Day Hospital	N. 8.219 di cui 6.561 Policlinico e 1.658 OCB
Prestazioni ambulatoriali (al netto prestazioni di Laboratorio)	N. 1.498.111 di cui 1.014.667 Policlinico e 483.444 OCB
N° DRG Chirurgici	N. 23.682 di cui 15.149 Policlinico e 8.533 OCB
Prestazioni di Pronto Soccorso	N. 159.014 , di cui 112.408 Policlinico e 46.606 OCB

In linea con la Legge Regionale n. 29/2004 e la DGR 910/2019, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena riconosce, inoltre, come proprie funzioni fondamentali, oltre all'assistenza, **la formazione e la ricerca**. L'integrazione della tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca rappresenta, infatti, una condizione indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema, nell'ottica di promuovere un miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, consentendo di accogliere tempestivamente, in modo efficace ed appropriato al proprio contesto, le innovazioni e di orientarne l'applicazione verso i bisogni assistenziali prioritari.

Per assicurare sinergia e gestione unitaria dei vari aspetti di rischio propri di un'Azienda Sanitaria complessa (rischio clinico, strutturale, ambientale, igienistico, ecc.) e una diffusione capillare delle conoscenze e delle metodologie proprie della gestione del rischio, dal 2015 presso l'AOU di Modena è operativo un Sistema aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure, impostato alla luce delle principali indicazioni regionali (DRG n. 86 del 30.1.2006, DGR 1350/2012, DGR 1706/2009, DGR 217/2014) e approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 4.5.2015, nonché formalizzato con delibera aziendale 15/0000161 del 12.8.2015.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, che coinvolge ampia parte delle Direzioni e dei Servizi trasversali aziendali, assicura una diretta partecipazione delle rappresentanze cliniche, il coinvolgimento di vari servizi di supporto ed il coordinamento/integrazione con vari Gruppi di Lavoro/Comitati Permanenti Aziendali (Nucleo Strategico Rischio Infettivo, Comitato Buon Uso del Sangue, Comitato Valutazione Sinistri, Gruppo di lavoro Permanente sulla documentazione sanitaria, Gruppo aziendale Privacy, ecc.).

In ottemperanza alla normativa nazionale e regionale, nonché nell'intento di sviluppare un sistema virtuoso che veda l'impegno degli operatori sanitari dell'organizzazione con l'obiettivo di aumentare i livelli di sicurezza e creare contesti sicuri ed affidabili, l'AOU di Modena ha recentemente perfezionato il proprio sistema di sicurezza nei percorsi di salute e cura nonché l'architettura organizzativa, i cui principi fondamentali possono essere riassunti in:

- sviluppo di ulteriori integrazioni e sinergie per promuovere e accrescere sempre più una cultura del rischio forte e condivisa;
- approccio multidisciplinare e multiprofessionale, regolato su più livelli di responsabilità;
- visione sistemica in grado d'intercettare i "pericoli" che sono insiti nei processi clinico assistenziali.

È stato così definito e adottato l'"Assetto organizzativo aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario" che riconosce l'importanza della rete organizzativa, con specifico riferimento a:

- La funzione consultiva e propositiva del Collegio di Direzione che propone il Programma aziendale di gestione del rischio per l'approvazione del Direttore Generale;
- L'attività integrata e sinergica dell'Osservatorio Aziendale per la Sicurezza delle Cure;
- Il ruolo strategico del Board Aziendale per la Sicurezza delle Cure e del Risk Manager aziendale;
- La funzione della Rete dei Facilitatori come supporto operativo per l'attuazione delle politiche di gestione del rischio nelle unità operative;
- I rapporti con i cittadini e con il comitato consultivo misto (CCM).

Il Direttore Sanitario, che dirige e coordina il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure, si avvale del supporto operativo del Risk Manager aziendale (RM), che declina gli indirizzi generali in piani e progetti e fornisce supporto metodologico ed operativo per la loro attuazione e monitoraggio, con particolare riferimento a:

- promozione della cultura della sicurezza a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria mediante iniziative di formazione, ad esempio mirate a diffondere i contenuti delle Raccomandazioni ministeriali e regionali in tema di Sicurezza delle Cure;

- implementazione a livello aziendale dei progetti regionali in tema di gestione del rischio;
- supporto ai Dipartimenti/strutture per l'analisi degli eventi avversi più significativi e per l'attuazione delle conseguenti azioni di miglioramento;
- collaborazione con i professionisti e con la Direzione Aziendale per la gestione degli eventi avversi di particolare gravità e degli eventi sentinella, assicurando in particolare la tempestiva e corretta attività informativa verso la RER e il Ministero della Salute;
- analisi, in forma singola ed anche integrata, dei dati provenienti dai principali flussi informativi (Incident Reporting, Reclami, contenzioso) per individuare le aree/tematiche meritevoli di miglioramento, assicurando al contempo la regolare alimentazione dei relativi flussi informativi regionali.

Lo stesso Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure è inoltre fortemente integrato con lo specifico sistema di sorveglianza e controllo del rischio infettivo, strutturato, secondo quanto previsto dalle "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici" (DGR 318/2013), in:

- un nucleo strategico, rappresentato dal Comitato di Controllo del Rischio Infettivo, presieduto dal Direttore Sanitario, a composizione multiprofessionale e multidisciplinare, che ha la responsabilità di definire a livello aziendale le varie strategie di intervento, sia per il controllo delle infezioni che per l'uso responsabile di antibiotici, e gli indicatori di monitoraggio da sottoporre all'approvazione del Collegio di Direzione;
- un Programma di controllo del rischio infettivo, orientato all'adozione di tutte le strategie per la prevenzione ed il controllo del rischio in ambito assistenziale ed occupazionale ed all'integrazione con i programmi e gli interventi promossi in quest'ambito da parte dei competenti servizi territoriali e regionali, il cui responsabile assicura la supervisione ed il coordinamento delle attività e dei vari gruppi di lavoro, tra cui quelle del Nucleo Operativo per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza, partecipa alla programmazione annuale ed al monitoraggio degli obiettivi di competenza nell'ambito del Comitato di Controllo del Rischio Infettivo e costituisce il referente nei confronti sia delle strutture/servizi dell'Azienda Sanitaria territoriale (es. Dipartimento di Sanità Pubblica) che per i competenti servizi regionali;
- un Programma per l'Uso Responsabile degli antibiotici, affidato al Direttore della S.C. di Malattie Infettive, orientato alla gestione del rischio infettivo e dell'antibioticoresistenza attraverso la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici (antimicrobial stewardship) in ogni ambito ed all'individuazione e sviluppo di strategie per promuoverne l'uso appropriato;
- un Nucleo Operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, a composizione multiprofessionale che ha il compito di proporre ed attuare le misure decise dal CCRI per quanto concerne il controllo delle infezioni e di rendicontare sui risultati raggiunti;
- un Nucleo Operativo per l'uso responsabile degli antibiotici, anch'esso a composizione multiprofessionale che ha il compito di proporre ed attuare le misure di gestione del rischio infettivo per quanto concerne le politiche aziendali di governo dell'uso responsabile degli antibiotici decise dal CCRI e di rendicontare sui risultati raggiunti;
- Referenti/facilitatori delle U.O. individuati nei RAQ medici ed infermieristici dei dipartimenti e delle singole strutture.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure si avvale in larga misura delle informazioni sui rischi, gli eventi avversi e le situazioni di pericolo rilevate attraverso varie fonti informative ormai storicamente consolidate: il sistema dell'Incident Reporting, la segnalazione degli Eventi Sentinella, i dati desumibili dalle attività di gestione del contenzioso, i contenuti dei reclami di natura tecnico-professionale raccolti dall'URP, etc.

Gli eventi avversi di maggiore gravità (Eventi Sentinella) vengono regolarmente segnalati e gestiti secondo quanto previsto da una specifica procedura aziendale, che tra l'altro prevede l'avvio di un'analisi approfondita del caso mediante adeguati metodi (Significant Event Audit, RCA) al fine di individuare le necessarie azioni correttive mirate ad evitarne il ri-accadimento.

Procedimenti di analisi e trattamento degli eventi avversi del tutto analoghi vengono avviati anche a seguito di altri tipi di eventi, ritenuti particolarmente significativi. La gestione di tutti tali eventi avviene sempre in collaborazione con il personale delle strutture/servizi direttamente coinvolti e prevede, se del caso, il coinvolgimento diretto dei servizi, anche tecnici, potenzialmente deputati a risolvere particolari criticità. Le risultanze di tali attività vengono regolarmente verbalizzate e rese disponibili per gli operatori tramite i sistemi informativi aziendali.

A tali attività se ne affiancano altre, più prettamente di carattere preventivo, tra cui, ad esempio:

- la sistematica applicazione a tutti gli interventi chirurgici della checklist per la sicurezza in sala operatoria promossa dal livello regionale tramite il progetto S.O.S.net (Sale Operatorie Sicure), anche implementata nel corso del 2023 dall'applicazione di una checklist di sicurezza specifica per gli interventi di taglio cesareo (SSCL-TC);
- la sistematica adozione di strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (FMEA-FMECA), sia in occasione della definizione dei principali percorsi diagnostico-terapeutici che anche delle principali variazioni/innovazioni organizzative;
- l'organizzazione di eventi di formazione specifica su varie tematiche proprie della Gestione del rischio ai fini di sviluppo della cultura della sicurezza tra gli operatori;
- l'adesione ai principali progetti regionali in tema di prevenzione e gestione del rischio (ad. es. progetto OssERvare, progetto Vi.Si.T.A.RE).

Le attività svolte e da svolgere nell'ambito del Sistema aziendale di Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure vengono regolarmente dettagliate in uno specifico Piano-programma aziendale, che, come da indicazioni regionali, comprende anche specifici Piani inerenti la Prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati (PAPC), la prevenzione degli atti di Violenza nei confronti degli operatori Sanitari (PREVIOS) e la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza. A cadenza almeno annuale viene stilato un report relativo allo stato di attuazione di quanto previsto dal Piano-Programma generale e dagli specifici piani sopra citati, anche a fini di rendicontazione al livello regionale.

FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Per brevità verranno di seguito illustrati in forma di schede descrittive gli strumenti/fonti informative disponibili in AOU per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.

Ciò fatta eccezione per la rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella, in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 (“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”) all’articolo 7 relativamente a tali dati prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffusi con modalità aggregate dall’Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall’Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente.

Preliminarmente all’illustrazione degli strumenti/fonti informative disponibili in AOU per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico pare comunque doveroso premettere che **le informazioni che derivano da tali strumenti/fonti sono indirizzate non tanto alla “quantificazione degli eventi” (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziati), ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l’attuazione di azioni di miglioramento.** Si predilige, pertanto, una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all’individuazione di eventuali criticità, nell’ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all’aumento dei livelli di sicurezza.

SCHEDA N.1: INCIDENT REPORTING (IR)

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico)</p> <p>Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</p> <p>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”</p> <p>DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza)</p> <p>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. (GU n.305 del 31-12-2022)</p> <p>DGR 1237/2023: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2023”</p> <p>DGR 945/2024: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2024”</p> <p>DGR 972/2025: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2025”</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’incident reporting è un sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti questi eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni è finalizzata a meglio conoscere i rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore.</p>

Tuttavia, l'incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Dipartimento/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

L'AOU di Modena ha aderito, fin dalla sua attivazione, al Sistema regionale di Incident Reporting mediante raccolta delle apposite schede compilate dagli operatori per la segnalazione di eventi avversi e near miss e loro inserimento nello specifico data base regionale. A partire dall'1/04/2023 è stata introdotta in AOU la piattaforma digitale regionale SegnalER quale strumento unico di segnalazione di tutti gli eventi significativi per la sicurezza delle cure; pertanto, dall'anno 2024 gli Incident Reporting sono stati integralmente raccolti su tale piattaforma. Anche l'anno 2025 è stato dedicato alla formazione agli operatori di 1° e 2° livello per la segnalazione degli eventi mediante SegnalER e al supporto nei confronti dei Professionisti segnalanti e delle figure professionali individuate come responsabili validatori delle segnalazioni inserite.

La funzione aziendale di Risk management ha effettuato una raccolta sistematica dei dati inseriti nella piattaforma SegnalER, integrandoli con quelli provenienti dalle precedenti modalità di segnalazione, anche al fine di produrre una reportistica utilizzabile per l'analisi delle criticità e la messa in atto delle possibili azioni di miglioramento.

Le schede compilate dagli operatori vengono valutate dalla funzione aziendale di risk management che seleziona gli eventi avversi/near miss segnalati sui quali avviare attività di analisi e approfondimento, anche avvalendosi della collaborazione degli operatori/responsabili delle strutture direttamente coinvolte e/o dei responsabili di altri Servizi potenzialmente interessati. La chiusura della scheda di segnalazione inserita dall'operatore su SegnalER, ne determina la trasmissione a livello regionale (Centro Regionale Gestione del Rischio Sanitario - CeGeRisS).

I dati ottenuti tramite le schede di IR sono inoltre oggetto di una specifica reportistica che, mediante aggregazione dei dati per Dipartimenti, singole U.O. e macrocategorie di eventi segnalati, è finalizzata ad individuare le principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene regolarmente inviata all'attenzione degli operatori tramite i Direttori ed i Responsabili Assistenziali di Dipartimento, a fini di ulteriori analisi e valutazioni.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Nell'anno 2025 si è osservato un aumento del numero di segnalazioni, che è risultato complessivamente pari a n. 165, rispetto alle n. 89 segnalazioni raccolte nell'anno precedente. Di queste n. 118 sono pervenute dallo stabilimento Policlinico e n. 47 dall'Ospedale Civile di Baggiovara.

Relativamente alla provenienza, il Dipartimento Apparato Locomotore ha contribuito con il maggior numero di segnalazioni (n. 34), ma anche altri Dipartimenti hanno inviato un significativo numero di segnalazioni: Dipartimento Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche n. 23, Dipartimento di Medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post-Acuzie n. 21, Dipartimento Medicine Specialistiche n. 19, Dipartimento Materno-Infantile n. 17, Dipartimenti Oncologia ed Ematologia con un n. di 11 e Dipartimento Emergenza-Urgenza n. 9. Ulteriori segnalazioni sono pervenute dai Dipartimenti Neuroscienze e testa-collo, Nefro-cardio-vascolare, Medicina di laboratorio e anatomia patologica e Assistenziale medicina di area critica (rispettivamente n. 6, 5, 5 e 5 segnalazioni).

La figura professionale medica è risultata quella che ha inoltrato il maggior numero di segnalazioni (n. 60), seguita da quella infermieristica (n. 57); un elevato numero di segnalazioni sono pervenute in forma anonima (n. 28). Risultano poi, tra i segnalanti, n. 5 tecnici sanitari di laboratorio biomedico, n. 5 dirigenti biologi, n. 3 OSS e Collaboratori Tecnici, n. 2 ostetriche e n. 1 dirigente farmacista e 1 continuità assistenziale.

Il livello di gravità dell'esito, così come qualificato dagli operatori, è riportato nella tabella e nel grafico sottostante:

Livello	Descrizione	N.
LIV.1	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute) - Evento potenziale	14
LIV.2	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato) – evento potenziale	52
LIV.3	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente) – evento effettivo	49
LIV.4	ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento - evento effettivo	34
LIV.5	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) /trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici) - evento effettivo	10
LIV.6	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche) /necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza - evento effettivo	3
LIV.7	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione - evento effettivo	1
LIV.8	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso - evento effettivo	2
	Totale	165

	<p style="text-align: center;">IR PER LIVELLO DI RISCHIO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>LIV.</th> <th>Descrizione</th> <th>IR (approssimativo)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>ESITO SEVERO – disabilità...</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in...</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO –...</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ESITO MODERATO – osservazioni o...</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ESITO MINORE – osservazioni o...</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>NESSUN ESITO – evento in fase...</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Situazione pericolosa/danno...</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Situazione pericolosa/danno...</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	LIV.	Descrizione	IR (approssimativo)	8	ESITO SEVERO – disabilità...	1	7	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in...	2	6	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO –...	5	5	ESITO MODERATO – osservazioni o...	10	4	ESITO MINORE – osservazioni o...	33	3	NESSUN ESITO – evento in fase...	48	2	Situazione pericolosa/danno...	52	1	Situazione pericolosa/danno...	15
LIV.	Descrizione	IR (approssimativo)																										
8	ESITO SEVERO – disabilità...	1																										
7	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in...	2																										
6	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO –...	5																										
5	ESITO MODERATO – osservazioni o...	10																										
4	ESITO MINORE – osservazioni o...	33																										
3	NESSUN ESITO – evento in fase...	48																										
2	Situazione pericolosa/danno...	52																										
1	Situazione pericolosa/danno...	15																										
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Anche nel corso del 2025 è proseguita l'analisi dei principali eventi avversi/near miss segnalati attraverso la piattaforma SegnalER o di cui è giunta notizia tramite fonti informative diverse, che è stata condotta con la tecnica del SEA (Significant Event Audit). Nell'anno 2025, su n. 22 SEA complessivamente svolti, n. 15 erano riferibili ad analisi di eventi segnalati come incident reporting; a seguito dell'approfondimento, per queste segnalazioni sono state individuate n. 29 (su n. 37 complessive) azioni di miglioramento. Grazie alla piattaforma SegnalER, gli eventi segnalati che hanno comportato l'utilizzo di un dispositivo medico o relativi alla gestione della terapia farmacologica sono giunti immediatamente all'attenzione dei referenti aziendali per la dispositivovigilanza e la farmacovigilanza per la valutazione di eventuali ulteriori necessità di segnalazione negli ambiti specifici e l'implementazione di eventuali azioni di miglioramento.</p>																											
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>È interesse aziendale migliorare ulteriormente, sia quantitativamente che qualitativamente, l'adesione da parte degli operatori al sistema di segnalazione tramite la piattaforma regionale SegnalER per accrescere ulteriormente la conoscenza dei rischi, attivi o latenti, che permeano l'attività a diversi livelli e, di conseguenza, apprendere dall'esperienza, acquisendo tutte le informazioni indispensabili per la gestione del rischio e, di conseguenza, adottando le misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>A tal fine verranno continuate nel corso del 2026 sia iniziative di formazione, già messe a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna in modalità FAD, che di miglioramento della diffusione della reportistica aziendale, con l'intento di aumentare la sensibilizzazione degli operatori e la loro consapevolezza dell'importanza di questa forma di segnalazione di eventi avversi e near miss.</p>																											

SCHEDA NR. 2: RECLAMI/SUGGERIMENTI URP DI INTERESSE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>D.lgs 3 febbraio 1993, n. 29 “Razionalizzazione dell’organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego”</p> <p>L.R. 6 settembre 1993, n. 32 “Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso”, modificata con la L.R. 23 dicembre 2016 n. 25 “Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2017”.</p> <p>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 “Direttiva sui principi per l’istituzione ed il funzionamento degli URP”.</p> <p>Legge 7 giugno 2000, n. 150 “Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni”.</p> <p>“Sistema informativo segnalazioni URP sanità - Linee Guida regionali per la gestione dell’istruttoria”, RER, dicembre 2008</p> <p>“Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie”, Report regionale 2004</p> <p>DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Introdotti per garantire la trasparenza amministrativa e la qualità dei servizi e dare attuazione alle funzioni di comunicazione istituzionale e contatto con i cittadini, gli URP (Uffici Relazioni con il Pubblico) assolvono varie funzioni, tra cui quelle di promuovere l’ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti.</p> <p>Il Sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta, pertanto, una delle principali fonti informative della gestione del rischio, in quanto consente di registrare gli eventi che per i cittadini hanno natura di incidente (percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno venga richiesto un risarcimento) e, di conseguenza, indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.</p> <p>In particolare, rivestono interesse ai fini della gestione del rischio le segnalazioni dei cittadini aventi caratteri di reclamo riferito ad aspetti tecnico-professionali, ovvero alla qualità della prestazione sanitaria/diagnosi, agli aspetti deontologici, all’assistenza ed alle informazioni sul percorso di cura che sono state fornite in corso di prestazione sanitaria.</p>

	<p>In AOU di Modena le segnalazioni vengono gestite dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che attribuisce ai reclami una classificazione in base ai contenuti per definirne il successivo percorso di gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reclami che contengono una esplicita richiesta di risarcimento danni; • reclami di natura tecnico-professionale, assistenziale o relativi a gravi problematiche relazionali, con richiesta di chiarimenti ed eventuale riserva di azione legale; • tutte le altre tipologie di reclami. <p>Per i reclami con esplicita richiesta di risarcimento danni è previsto l'inoltro al Settore Legale, che avvia una formale istruttoria interna in collaborazione con il Servizio di Medicina legale e perviene ad una sintesi valutativa nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri.</p> <p>Per i reclami di natura tecnico-professionale, assistenziale o relativi a gravi problematiche relazionali, con richiesta di chiarimenti ed eventuale riserva di azione legale, è invece previsto l'avvio di un'istruttoria interna a cura dell'URP, con acquisizione di relazioni o pareri da parte dei Responsabili dei Servizi/UU.OO. coinvolti e, ove necessario, il coinvolgimento del risk management aziendale (che in AOU ha specifiche competenze medico-legali) per la definizione di una risposta scritta al cittadino reclamante che sia il più possibile esaustiva a fini di fornire i chiarimenti richiesti. In alcuni casi, particolarmente complessi o in cui la risposta scritta formulata non sia risultata sufficientemente esaustiva per l'utenza, vengono inoltre organizzati, talora anche in presenza del risk management aziendale, incontri fra i professionisti coinvolti e gli utenti.</p> <p>Il sistema di gestione aziendale dei reclami suddetti consente pertanto al risk management aziendale, che è anche membro del Comitato Valutazione Sinistri, di prendere diretta conoscenza della qualità percepita da parte dell'utenza relativamente alle prestazioni sanitarie fornite nelle diverse articolazioni aziendali.</p> <p>Anche per le segnalazioni URP è stato realizzato un modulo specifico all'interno della piattaforma regionale SegnalER, la cui introduzione, per l'AOU di Modena, è stata realizzata a partire dal 01/4/2023 ed è attualmente in pieno utilizzo.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La sistematica collaborazione fra risk manager aziendale e URP nella gestione dei reclami di natura tecnico-professionale e relazionale grave si era già avviata nel 2016; nel 2017, a seguito dell'avvio della sperimentazione di gestione unica tra Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara, si è estesa anche a questo stabilimento ed è quindi proseguita negli anni successivi.</p> <p>Nel 2023 su complessivi 156 reclami di interesse per la gestione del rischio, 78 sono stati inviati al Servizio legale per competenza di istruttoria e risposta, di cui 50 relativi ad episodi accaduti presso lo stabilimento Policlinico e 28 presso l'Ospedale Civile di Baggiovara.</p> <p>Nei restanti casi si è provveduto a definire una risposta scritta al cittadino per complessivi 78.</p>

Nel 2024 su complessivi 137 reclami di interesse per la gestione del rischio, 82 sono stati inviati al Servizio legale per competenza di istruttoria e risposta, di cui 42 relativi ad episodi accaduti presso lo stabilimento Policlinico e 40 presso l’Ospedale Civile di Baggiovara.

Nei restanti casi si è provveduto a definire una risposta scritta al cittadino per complessivi 55.

Nel 2025 su complessivi 121 reclami di interesse per la gestione del rischio, 60 sono stati inviati al Servizio legale per competenza di istruttoria e risposta, di cui 38 relativi ad episodi accaduti presso lo stabilimento Policlinico e 17 presso l’Ospedale Civile di Baggiovara.

Nei restanti casi si è provveduto a definire una risposta scritta al cittadino per complessivi 61.

Sono stati inoltre registrati 4 rilievi di interesse per la gestione del rischio, per i quali non si è proceduto all’inoltro al Servizio Legale e per i quali è stato fornito riscontro al cittadino.

Si riporta di seguito il dettaglio dei reclami di interesse per la gestione del rischio divise per macrocategorie:

Macrocategoria	N. Segnalazioni anno 2025	Di cui inviate all’Ufficio Legale	
		Policlinico	OCB
Aspetti tecnico-profess.li	114	38	17
Aspetti economici	5	1	4
Aspetti strutturali	/	/	/
Asp.Organizz.vi, buocr., amm.vi	1	/	/
Tempi	/	/	/
Informazione	1	/	/
Umanizzazione	/	/	/
Aspetti alberghieri e comfort	/	/	/
Totale	121	39	21

Interventi/azioni correttive e di miglioramento

Alcune segnalazioni sono state gestite tramite incontri in presenza fra i professionisti e gli utenti, in particolare per la gestione di taluni reclami di carattere tecnico professionale nell’intento di migliorare i rapporti con l’utenza e di recuperare un rapporto di fiducia fra le parti, che molte volte appare essere stato

effettuate nel periodo di riferimento	<p>in precedenza inficiato da fraintendimenti o comunque da una comunicazione non efficace in corso di prestazione sanitaria.</p> <p>È stata, inoltre, potenziata l'attività di contatto telefonico con l'utenza.</p>
Valutazione dei risultati e prospettive future	<p>La collaborazione strutturata tra URP e risk management aziendale si è rivelata utile per registrare eventi che per i cittadini hanno avuto natura di incidente e, di conseguenza, per individuare azioni di miglioramento. Ciò con particolare riferimento ad aspetti comunicativo/relazionali e organizzativi che sono stati posti alla diretta attenzione dei professionisti coinvolti e con questi valutati a fini di miglioramento.</p> <p>Anche relativamente ai reclami di carattere tecnico-professionale e relazionale grave è interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa la qualità della prestazione sanitaria percepita dagli utenti, per sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi, anche solo potenziali, e per migliorare ulteriormente i rapporti con l'utenza, sia a livello 'centrale' che anche sul piano operativo, mediante coinvolgimento dei professionisti nella definizione delle azioni correttive ritenute necessarie.</p>

SCHEDA NR. 3: RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>DGR n. 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"</p> <p>DGR n. 1349/2012 "Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale"</p> <p>DGR n. 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"</p> <p>LR n. 13/2012: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale"</p> <p>Determinazione n. 2416 del 15 marzo 2013: "Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle Aziende Sanitarie" e s.m.i"</p>
---	--

	<p>DGR n. 2079 del 23.12.2013 recante l'approvazione del "Nuovo programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie"</p> <p>Nota Prot. PG/2016/776113 del 20 dicembre 2016 di trasmissione alle Aziende Sanitarie delle "Linee di indirizzo per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità concernenti i requisiti di processo e organizzativi minimi per rendere omogeni i flussi di lavoro e informativi"</p> <p>Legge 8/3/2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (c.d. legge Gelli-Bianco)</p> <p>DGR n. 1061/2016 RER ("Programma regionale gestione diretta dei sinistri")</p> <p>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. (GU n.305 del 31-12-2022)</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Coerentemente con le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali in AOU di Modena la gestione del contenzioso è strettamente connessa con la gestione del rischio: la collaborazione, di fatto già avviata da diversi anni, risulta assicurata sia dalla partecipazione diretta del referente aziendale per la gestione del rischio al Comitato Valutazione Sinistri, che anche da puntuali momenti di confronto su singoli casi fra le funzioni aziendali di Risk management, Ufficio Assicurazioni e Contenzioso risarcitorio e Servizio di Medicina legale.</p> <p>Il mantenimento nel corso del tempo di un tale modello organizzativo ha reso possibile il monitoraggio non solo della dimensione numerica complessiva del fenomeno del contenzioso aziendale, ma anche della sua 'Composizione'.</p> <p>Nel corso del 2019 tale modello organizzativo ha ottenuto una più precisa formalizzazione a seguito della revisione della procedura aziendale che dettaglia le modalità operative di gestione dei sinistri ai sensi della L.R. 7/11/2012, n. 13.</p> <p>Nel 2024 è stato effettuato un ulteriore passo avanti con l'introduzione dell'effettuazione dei CVS in presenza, che ha permesso un maggior contatto tra i professionisti, facilitando gli scambi di informazioni e la reciproca collaborazione.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nell'anno 2025, l'Ufficio Assicurazioni e contenzioso risarcitorio ha aperto complessivamente 86 sinistri relativi ad eventi avvenuti nei due nosocomi Policlinico (OPM) e Baggiovara (OCB), come da programma regionale (Legge Regionale E-R nr. 13/2012 c.d. Autoassicurazione).</p> <p>Di questi, 59 sono riconducibili ad episodi di presunta malpractice sanitaria (furono 61 nel 2022, 66 nel 2023 e 64 nel 2024).</p>

	<p>In relazione all'anno di accadimento dell'evento, 33 sinistri sono avvenuti nel corso dell'anno in esame (di questi 10 presso le strutture di Baggiovara), 20 riguardano fatti accaduti nell'anno 2024 (di cui 12 presso le strutture di Baggiovara), 12 sono relativi ad eventi occorsi nel 2023 (di cui 4 presso le strutture di Baggiovara), mentre le rimanenti 21 richieste risarcitorie riguardano fatti relativi ad anni precedenti (2022 - 2015).</p> <p>Per il 2025, il maggior numero di richieste risarcitorie si concentra nelle specialità di Neuroscienze testa-collo (5 Neurochirurgia, 4 Otorinolaringoiatria, 3 Malattie Oftalmologiche e 1 per Chirurgia Maxillo-Facciale e Neurologia) e Ortopediche (6 Ortopedia e 6 Chirurgia della Mano).</p> <p>Sono state complessivamente 27 le richieste risarcitorie relative a responsabilità civile non riconducibili ad assistenza sanitaria (di queste 8 per eventi accaduti presso lo stabilimento di Baggiovara).</p> <p>Il Comitato Valutazione Sinistri aziendale si è riunito 11 volte in presenza (43 sinistri trattati) e 22 volte telematicamente, sia per l'individuazione dei sanitari (su cui pesa in particolare il parere dei componenti afferenti alla Struttura complessa di Medicina Legale) a cui inviare le comunicazioni, ai sensi dell'art. 13 della legge Gelli-Bianco, sia per l'instaurazione di un giudizio (atto di citazione o ricorso ex art 702 o ex art. 696 bis c.p.c., o ex art. 281 c.p.c), sia per l'avvio della possibile transazione decisa in seno al Comitato.</p> <p>Di seguito il dettaglio delle 30 convocazioni del suddetto Comitato nel 2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoassicurazione: Il Comitato valutazione sinistri aziendale ha valutato 63 sinistri (7 su sinistri aperti nel 2025) di cui 21 per l'individuazione dei sanitari e per l'instaurazione di un giudizio o di una mediazione, 20 per definizione con formale reiezione, 22 per avvio transazione con eventuale comunicazione ai sanitari individuati. - FARO (copertura dal 30/06/2011 al 30/11/2015): il Comitato valutazione sinistri aziendale è stato attivato 3 volte di cui 2 per riassunzione in appello della causa. <p>L'attività di gestione diretta dei sinistri, attuata fin dal 2009 dal responsabile dell'Ufficio Assicurazioni e contenzioso risarcitorio, ha portato nel 2025 alla definizione di 38 sinistri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoassicurazione: 18 sinistri chiusi con risarcimento del danno e 20 con formale reiezione.
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>I momenti di confronto su singoli casi fra le funzioni aziendali di Risk management, Ufficio Assicurazioni e Contenzioso risarcitorio e Servizio di Medicina legale hanno consentito di meglio delineare le problematiche che più di frequente stanno alla base di una necessità di riparazione monetaria e anche di ipotizzare azioni correttive finalizzate al miglioramento in determinati ambiti.</p>

	<p>È inoltre proseguita l'attività di informazione dei professionisti correlata alla necessità di dare concreta applicazione all'art. 13 della L. 24/2017, con le conseguenti ricadute 'formative' sugli stessi in quanto resi edotti in tali occasioni nel dettaglio delle problematiche, spesso più di natura documentale che sostanziale, che hanno orientato i componenti del CVS verso l'avvio di trattative stragiudiziali. Ciò con particolare riferimento a casi in cui la raccolta del consenso informato non risultava sufficientemente documentata o la compilazione della documentazione sanitaria non appariva sufficientemente esaustiva per costituire valida prova in caso di giudizio.</p> <p>A tal fine è stata implementata una scheda per la segnalazione di specifiche criticità che viene compilata dal Servizio di Medicina legale a fronte della rilevazione di specifiche criticità durante l'istruttoria finalizzata alla definizione del contenzioso e che viene condivisa con la funzione aziendale di Risk Management, al fine di individuare le eventuali azioni correttive ritenute necessarie.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>L'analisi sistematica delle richieste di risarcimento riferite ad episodi di presunta responsabilità professionale sanitaria ha assicurato una più diretta conoscenza da parte dell'Azienda del fenomeno ed ha consentito di utilizzare gli elementi di istruttoria e di approfondimento anche a fini di monitoraggio del rischio clinico a livello aziendale, ad esempio delineando particolari momenti della pratica clinica che, sia in funzione della gestione del contenzioso che anche rispetto ai rapporti con l'utenza, sono risultati meritevoli di specifiche azioni di miglioramento.</p> <p>Ci si propone, in futuro, di implementare ulteriormente l'utilizzo dei dati utili ai fini della gestione del rischio direttamente desumibili dall'analisi del contenzioso aziendale inerente presunta responsabilità professionale, prescindendo dalla fondatezza o meno delle motivazioni alla base della richiesta di risarcimento, per intervenire più miratamente su quegli aspetti dell'attività professionale che più concorrono, in generale, a determinare una perdita di fiducia da parte dei cittadini nei confronti del sistema e/o che più spesso determinano una 'impotenza difensiva' dell'Azienda in sede giudiziaria. Ciò mediante ulteriore implementazione della scheda per la segnalazione di specifiche criticità e dei successivi momenti di confronto/informazione/formazione con i professionisti direttamente coinvolti nel sinistro a fini di maggiore sensibilizzazione degli stessi, ad esempio relativamente agli aspetti documentali della professione.</p>

SCHEDA NR. 4: EMOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 207, "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le prescrizioni in materia di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati alla trasfusione"</p> <p>Raccomandazione Ministeriale N° 5 - "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"</p> <p>DM del 2 novembre 2015 - "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" e successive modifiche e integrazioni</p> <p>DL 19 marzo 2018 n. 19 - "Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali"</p> <p>Accordo 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»</p> <p>Decreto Ministeriale 5.11.2021 - "Istituzione e modalità di funzionamento del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi trasfusionali".</p> <p>Linee di indirizzo per il reporting di emovigilanza nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), agosto 2023</p> <p>Regolamento (EU) 2024/1938 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 giugno 2024 "sui parametri di qualità e sicurezza per le sostanze di origine umana (SOHO) destinate all'applicazione sugli esseri umani e che abroga le Direttive 2002/98/CE e 2004/23/CE" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 17 luglio 2024 e relativo Regolamento di esecuzione 2025/1467 pubblicato su Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il 21/07/2025</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'emovigilanza è un sistema, coordinato dal Centro nazionale sangue ed alimentato dal sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni relativi alle reazioni e agli eventi avversi gravi correlati al processo trasfusionale, permettendone l'elaborazione. Nel maggio 2025 è stato portato a termine il progetto PNRR del nuovo SISTRA che si propone di adeguarsi a nuove modalità di comunicazione con: 1. Evoluzione funzionale del sistema e ridefinizione del dominio dei dati; 2. Nuova piattaforma tecnologica; 3. Elevati livelli di sicurezza richiesti dalla natura dei dati trattati dal</p>

	<p>sistema 4. Miglioramento dell'interscambio informazioni con i sistemi regionali in termini di Cooperazione applicativa</p> <p>In AOU l'adesione al sistema di emovigilanza è assicurata dal referente medico del Servizio di Medicina Trasfusionale, che raccoglie dall'intera provincia le segnalazioni e, nei casi e termini previsti dal Dlgs 207/2007, provvede al loro inserimento nel sistema informativo dedicato (SISTRA).</p> <p>Dal rapporto ISTISAN 25/32 "Italian Blood System 2024: activity data, haemovigilance and epidemiological surveillance" emerge che dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 sono stati segnalati 1933 effetti indesiderati nei pazienti che hanno ricevuto emocomponenti (una ogni 1433 unità trasfuse). Come negli anni precedenti la reazione avversa alla trasfusione più frequente è stata la reazione febbrile non emolitica (41,9%) e la reazione allergica con soli sintomi mucosi e cutanei (27,68%). Nel caso della reazione febbrile non emolitica l'emocomponente più frequentemente coinvolto è risultato il concentrato eritrocitario filtrato prestorage, mentre nel caso di reazioni allergiche gli emocomponenti più frequentemente coinvolti sono plasma e concentrati piastrinici leucodepleti. Nel 92,2% dei casi di reazione avversa si è ottenuta la risoluzione dei sintomi entro poche ore, solo il 1,6% dei casi ha necessitato di pochi giorni per la risoluzione.</p> <p>Ci sono stati 2 casi di trasfusioni con incompatibilità ABO, 2 casi di emolisi acuta correlata a gruppi ematici non ABO correlati e 10 casi di trasfusioni a paziente errato ed 1 caso di trasfusione di emocomponente errato. Il contesto nel quale si sono verificate la maggior parte delle reazioni indesiderate dei riceventi sono stati il Reparto (74,9%) ed il Day Hospital (12,2%). Tutti questi casi risultavano correlati ad errori o a deviazioni dagli standard procedurali e l'analisi approfondita di ciascuno di questi casi ha consentito di evidenziare e risolvere le sottostanti problematiche di sistema, a dimostrazione dell'importanza della segnalazione di questi eventi, perché consente di adottare misure di prevenzione degli errori. Lo stesso dicasi per i 281 casi di near miss (quasi eventi) segnalati nel Sistema italiano di emovigilanza nel 2024, per lo più correlati ad errori nell'identificativo della provetta destinata ai test pretrasfusionali e nell'identificazione del paziente.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La sicurezza della terapia trasfusionale deriva dalla gestione di un iter complesso che include tutte le attività comprese tra la selezione del donatore e l'infusione degli emocomponenti nel paziente/ricevente (c.d. catena trasfusionale), attività che in parte si sviluppano all'interno dei Servizi di Medicina Trasfusionale, garante della sicurezza dei prodotti trasfusi (blood safety) ed in parte presso le UU.OO. ove avviene la trasfusione (transfusion safety).</p> <p>Mentre la sicurezza degli emocomponenti (blood safety) si attesta oggi su valori prossimi al 100%, i margini di sicurezza della trasfusione gestiti presso le Unità Operative risultano tuttora meritevoli di miglioramento.</p> <p>Nel corso del 2025 il Servizio di Medicina Trasfusionale ha inserito nel sistema informativo SISTRA i dati relativi a 30 casi di reazioni trasfusionali verificatisi a</p>

	<p>seguito di trasfusioni praticate in AOU di Modena, di cui 9 con imputabilità certa, 11 probabile e 10 possibile; per quanto riguarda la gravità 26 casi hanno presentato sintomatologia con necessità di intervento terapeutico, 3 casi non hanno richiesto intervento terapeutico ed 1 caso è risultato asintomatico. In particolare, quest'ultimo caso è stato segnalato come trasfusione a paziente errato, in quanto il paziente ha erroneamente ricevuto, in condizioni di emergenza, oltre alle sacche di emazie a lui assegnate, una unità di emazie concentrate omogruppo ed omofenotipo Rh, assegnata ad altro paziente. La reazione avversa alla trasfusione più frequente è stata la reazione febbrile non emolitica (12 casi). Ci sono stati 10 casi di trasfusioni con manifestazioni allergiche solo con sintomi cutaneo-mucosi, 4 casi con manifestazioni allergiche con coinvolgimento respiratorio o cardiovascolare, 2 casi con dispnea associata alla trasfusione, 1 caso di ipotensione associata alla trasfusione e 1 caso riferibile a trasfusione a paziente errato. Quest'ultimo caso ha richiesto anche la segnalazione di incidente grave.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel corso del 2025 è proseguita la formazione di livello interaziendale provinciale sui temi della sicurezza e appropriatezza della terapia trasfusionale. Tale formazione, svoltasi in più edizioni in modalità FAD sincrona, aveva come obiettivi la diffusione delle Linee Guida condivise dalla Società Italiana di Medicina Trasfusionale al fine di razionalizzare l'utilizzo degli emocomponenti, nonché quello di condividere e applicare un loro utilizzo corretto, con particolare riferimento agli aspetti inerenti la sicurezza.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Dando continuità a quanto fatto negli anni precedenti sul tema della sicurezza delle cure nel processo trasfusionale (periodico aggiornamento delle procedure aziendali, eventi formativi specifici, ecc.) è previsto il prosieguo e l'implementazione delle attività necessarie al fine di mantenere elevata l'attenzione dei professionisti in questo ambito, anche riproponendo l'attività formativa già avviata nel 2021 al fine di raggiungere il maggior numero possibile di operatori.</p> <p>È inoltre interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa le reazioni trasfusionali che si possono verificare a seguito di trasfusione, continuando ad assicurare una puntuale adesione al sistema regionale e nazionale di emovigilanza.</p>

SCHEDA NR. 5: FARMACOVIGILANZA

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>Raccomandazioni ministeriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 7 (2008): Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - n. 12 (2010): Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/sound-alike"
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - n. 14 (2012): Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici - n. 17 (2014): Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica - n. 18 (2018) Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli - n. 19 (2019) Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide <p>Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE</p> <p>Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano)</p> <p>Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza</p> <p>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)</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>La farmacovigilanza è un insieme complesso di attività dirette alla valutazione continua delle informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e finalizzate a meglio definire il rapporto rischio/beneficio dei medicinali in commercio.</p> <p>La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta 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.</p> <p>Si struttura come rete nazionale che mette in comunicazione l'AIFA, le Regioni, le Aziende Sanitarie, gli IRRCS e le industrie farmaceutiche. Una rete in collegamento operativo con il network EudraVigilance dell'EMA (l'Agenzia europea per i Medicinali) che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale.</p> <p>Tutti gli operatori sanitari (farmacisti, odontoiatri, MMG, PLS, infermieri, specialisti, ecc.) sono tenuti a segnalare ogni presunta reazione avversa a farmaco o vaccino, ossia ogni effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale, di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività professionale.</p> <p>I medici e gli altri operatori sanitari devono segnalare tempestivamente le sospette reazioni avverse da medicinali al Responsabile Aziendale della FarmacoVigilanza (RAFV) il quale provvede, previa verifica della completezza e della congruità dei</p>

	<p>dati, all'inserimento e alla validazione della segnalazione nella banca dati della rete nazionale di farmacovigilanza (RNF), anche per il tramite del Centro Regionale di riferimento. La RNF è gestita dall'AIFA, la quale provvede affinché le segnalazioni di sospette reazioni avverse gravi da medicinali verificatesi sul territorio nazionale e le informazioni successivamente acquisite a tal riguardo siano trasmesse per via elettronica alla "banca dati Eudravigilance".</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel corso dell'anno 2025 sono state raccolte ed inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), che gestisce tutte le segnalazioni italiane di sospette reazioni avverse da medicinali, complessivamente 89 segnalazioni, tutte relative a farmaci. Tale dato risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente (-37,1%).</p> <p>Il 65,2% delle segnalazioni ha riguardato soggetti di sesso femminile, mentre il restante 34,8% soggetti di sesso maschile.</p> <p>I casi segnalati hanno coinvolto prevalentemente soggetti di età compresa tra 19 e 65 anni (55,1%), seguiti da pazienti di età ≥ 66 anni (42,7%). Una sola segnalazione riguarda la fascia d'età ≤ 18 anni (1,1%). In un ulteriore caso (1,1%) non è stato possibile risalire all'età del paziente al momento dell'evento avverso in quanto nella segnalazione non sono state indicate nè la data della reazione nè la durata della terapia.</p> <p>Le schede raccolte provengono per maggior parte da Medici ospedalieri (86,5%) seguiti da Farmacisti ospedalieri (7,9%) e pazienti (4,5%). Il contributo di questi ultimi risulta in aumento rispetto agli anni precedenti grazie ad un progetto di farmacovigilanza attiva che prevede il coinvolgimento diretto del paziente nella segnalazione di eventi avversi correlati a farmaci antineoplastici e immunosoppressori. Anche infermieri e altri operatori sanitari hanno contribuito alla segnalazione per l'1,1%.</p> <p>Il 67,4% dei casi segnalati è stato ritenuto non grave, mentre il 32,6% grave. Tale percentuale risulta in linea con gli standard di qualità proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che raccomanda che almeno il 30% di reazioni avverse sul totale di quelle segnalate sia grave. Nel dettaglio, nel 55,2% dei casi l'evento grave ha comportato per il paziente una situazione di grande rilevanza clinica, nel 27,6% ha provocato o prolungato il ricovero ospedaliero, nel 6,9% ha messo il paziente in pericolo di vita, nel 3,4% ha causato invalidità e nel restante 6,9% (2 segnalazioni) l'evento è esitato in decesso.</p> <p>Considerando complessivamente le 89 segnalazioni, sia gravi sia non gravi, la maggior parte degli eventi segnalati (78,7%) ha avuto come esito la risoluzione completa o il miglioramento, nel 19,1% dei casi l'evento avverso non risultava ancora risolto al momento della segnalazione e nel restante 2,2% l'esito è stato il decesso. L'attività di aggiornamento continuo ed i ripetuti contatti con i segnalatori hanno consentito di ridurre a zero il numero di schede con esito finale non noto, elemento di particolare rilevanza ai fini della qualità dell'informazione e dell'accuratezza dell'analisi dei casi, soprattutto di quelli classificati come gravi.</p>

	<p>Il 77,5% delle segnalazioni raccolte sono spontanee, il restante 22,5% è correlato a studi di Farmacovigilanza attiva in corso, che insistevano prevalentemente sull'ambito oncologico, conclusi nel primo semestre 2025.</p> <p>I farmaci maggiormente coinvolti appartengono al gruppo degli antineoplastici e immunomodulatori (ATC L, 73,4%), seguiti da farmaci attivi sul sistema nervoso (ATC N, 8,5%), da quelli attivi su sangue e organi emopoietici (ATC B, 6,4%), dagli antimicrobici (ATC J 3,2%) e dai farmaci del sistema genito-urinario (ATC G, 3,2%). Più contenute, seppur presenti, le segnalazioni riferite ad altre categorie farmacologiche.</p> <p>Sul totale delle segnalazioni pervenute il 71,9% è stato inserito direttamente via web, mentre il restante 28,1% è pervenuto in formato cartaceo.</p> <p>Nel corso del 2025, nell'ambito della farmacovigilanza, sono stati inoltre segnalati anche 7 casi di difetti di qualità dei medicinali, così suddivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 segnalazioni per malfunzionamento del dispositivo di erogazione del farmaco; - 1 segnalazione per confezionamento primario di un vaccino non correttamente sigillato; - 1 segnalazione relativa ad una confezione di morfina contenente una fiala con vetro sporgente; - 2 segnalazioni per chiusura difettosa del confezionamento primario; - 1 segnalazione per colorazione anomala del prodotto. <p>Anche questi casi sono stati segnalati alle autorità competenti per i necessari approfondimenti in merito al rispetto degli standard produttivi e alla sicurezza dei medicinali.</p> <p>Sono altresì pervenute, inserite all'interno della piattaforma SegnalER (scheda A05), n. 37, segnalazioni spontanee relative alla gestione del farmaco, di cui n. 30 senza esito e n. 7 con esito minore/moderato. Nessuna delle segnalazioni si è configurata come evento sentinella.</p> <p>La farmacovigilanza si conferma uno strumento essenziale per la tutela della salute pubblica; la riduzione del numero di segnalazioni registrata nel 2025 rende particolarmente rilevante il continuo impegno nella promozione della segnalazione delle reazioni avverse, al fine di rafforzare il monitoraggio della sicurezza dei medicinali e mantenere elevati standard di qualità e completezza del sistema di farmacovigilanza.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>In generale i dati indicano una buona qualità della segnalazione e, di conseguenza, una particolare attenzione degli operatori alla sicurezza paziente.</p> <p>Ai fini di mantenimento e possibile incremento della compliance degli operatori, nel corso del 2025 è stata riproposta una formazione di livello interaziendale provinciale sui temi della gestione clinica del farmaco, della farmacovigilanza e</p>

	della sicurezza delle cure. Ciò al fine di diffondere tra gli operatori le conoscenze circa le corrette modalità di gestione clinica e logistica del farmaco indicate nelle Raccomandazioni Ministeriali/Regionali e recepite nella procedura interaziendale, nonché le corrette modalità di segnalazione di eventi/quasi eventi correlati alla gestione clinica del farmaco.
Valutazione dei risultati e prospettive future	<p>Il Sistema Aziendale di farmacovigilanza garantisce la puntuale raccolta di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci ed una regolare alimentazione dei relativi sistemi regionali e nazionali.</p> <p>È interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa le reazioni avverse da farmaci, continuando ad assicurare una puntuale adesione al sistema regionale e nazionale di farmacovigilanza.</p> <p>È inoltre interesse aziendale proseguire ed implementare le attività necessarie al fine di mantenere elevata l'attenzione dei professionisti in questo ambito, anche mediante lo svolgimento delle attività formative già tenute nel corso del 2025, al fine di raggiungere il maggior numero possibile di operatori.</p>

SCHEDA NR. 6: DISPOSITIVOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Regolamento (UE) 2024/1860 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024, relativo alla modifica MDR 2017/745 e IVDR 2017/746 introducendo nuove disposizioni transitorie, roll-out graduale di Eudamed e obbligo di notifica in caso di interruzione di fornitura di dispositivi</p> <p>Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio</p> <p>Regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione</p> <p>Legge 22 aprile 2021, n. 53 - Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019-2020.</p> <p>Circolare del Ministero della Salute 12 novembre 2021 - Indicazioni relative a taluni aspetti del Regolamento (UE) 2017/745 in materia di dispositivi medici</p> <p>Regolamento (UE) 2022/112 del Parlamento europeo e del consiglio del 25 gennaio 2022 che modifica il regolamento (UE) 2017/746 per quanto riguarda le disposizioni transitorie per determinati dispositivi medico-diagnostici in vitro e</p>
---	--

	<p>l'applicazione differita delle condizioni concernenti i dispositivi fabbricati internamente</p> <p>Ministero della Salute, Decreto 31 marzo 2022, Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa. (G.U. Serie Generale, n. 90 del 16 aprile 2022)</p> <p>Decreto legislativo 05 agosto 2022, n. 137: "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, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio, nonché' per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020, che modifica il regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici, per quanto riguarda le date di applicazione di alcune delle sue disposizioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53. (22G00145)</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>I dispositivi medici (DM) e i dispositivi medici diagnostici in vitro (DM-IVD) sono prodotti e tecnologie di fondamentale importanza nelle strutture sanitarie per la diagnosi e l'assistenza.</p> <p>Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della salute, direttamente o tramite la struttura sanitaria ove è avvenuto l'incidente segnalato. La comunicazione, per incidente grave deve essere inviata sia al Ministero della salute che al Fabbricante mentre la segnalazione di incidente non grave deve essere inviata al Fabbricante mentre non è obbligatoria l'informativa al Ministero della Salute. Al Fabbricante, comunque, va segnalato anche ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori.</p> <p>In Emilia-Romagna la Commissione regionale sui dispositivi medici, istituita nel 2008, coordina la rete dei Referenti Aziendali per la Vigilanza (RAV) e dei Referenti Aziendali per la Dispositivo-Vigilanza (RADV). Il sistema regionale garantisce la raccolta e la diffusione delle segnalazioni di incidente tramite registro informatico.</p> <p>Dal Rapporto regionale "Dispositivo-vigilanza: le segnalazioni di incidente in Emilia-Romagna nell'anno 2024" (Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare – Settore Assistenza Ospedaliera, maggio 2025), nel 2024 sono stati segnalati in Emilia-Romagna 969 incidenti (+18,2% rispetto agli 820 del 2023), di cui 932 per dispositivi medici e 36 per IVD.</p> <p>Il trend di crescita è ininterrotto dal 2011, ad eccezione del biennio pandemico COVID-19, e riflette un progressivo incremento della sensibilità degli operatori alla segnalazione.</p> <p>La distribuzione per conseguenza dell'incidente (dopo riclassificazione delle schede): 51% nessun evento grave (altro), 30% intervento chirurgico, 18% intervento medico specifico, 1% ospedalizzazione/prolungamento degenza, 0% decessi.</p> <p>Le categorie CND più rappresentate nel 2024 sono:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • CND P – Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi (23%, 226 schede); CND C – Apparato cardiocircolatorio (18%, 177 schede, in forte aumento rispetto all'anno precedente); • CND A – Somministrazione, prelievo e raccolta (10%, 98 schede); CND J – Dispositivi impiantabili attivi (10%, 94 schede); • CND L – Strumentario chirurgico riutilizzabile (118 schede, aumento significativo rispetto alle 27 del 2023, correlato a strumentario per chirurgia robotica); • CND Z – Apparecchiature sanitarie e software (6%, 52 schede). <p>Per l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), a cui afferisce la provincia di Modena, il contributo 2024 è stato di 186 segnalazioni. Nello specifico, AOU Modena ha trasmesso 38 schede (tasso 7,33 segnalazioni/10.000 ricoveri) e AUSL Modena 54 schede (tasso 19,38/10.000 ricoveri, comprendente le segnalazioni delle strutture private). Dal 2024 è abolito l'uso del file PDF regionale per la segnalazione: le aziende con piattaforma SegnalER attiva devono effettuare doppia segnalazione su SegnalER e su Dispovigilance.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>In AOU, come del resto in AUSL, la dispositivo-vigilanza è assicurata da una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari ed i referenti interaziendali AOU e AUSL di Modena: a fronte della rilevazione di inconvenienti correlati all'utilizzo dei dispositivi medici viene avviata una istruttoria interna che, in caso di esito positivo, porta alla segnalazione formale agli organi competenti. Oltre all'immediata attuazione di eventuali azioni correttive finalizzate alla mitigazione del rischio (ritiro di lotti, attento monitoraggio, ecc.), in caso di incidenti gravi o ripetuti possono essere avviati anche ulteriori interventi di analisi dei casi finalizzati all'individuazione di eventuali ulteriori azioni correttive sino al non uso del prodotto.</p> <p>In AOU nel 2025 sono state raccolte 30 segnalazioni (verso le 34 del 2024, 31 del 2023, le 35 del 2022, le 56 del 2021 e 34 del 2020) e con un andamento stabile dopo un picco nel 2021. Le segnalazioni sono state gestite mediante ritiro del lotto o attento monitoraggio del DM/IVD coinvolto a seconda della gravità dell'incidente. Sempre nel 2025 i reclami in AOU sono stati 28 (10 nel 2024, 21 nel 2023, 18 nel 2022, 10 nel 2021 e 16 del 2020).</p> <p>Sono, inoltre, stati gestiti complessivamente oltre 100 avvisi di sicurezza (in calo rispetto agli anni precedenti anche se una riorganizzazione interna consentirà una maggiore tempestività nella risposta) inviati dai fabbricanti e che riguardano DM e IVD utilizzati in Azienda. Attraverso gli avvisi di sicurezza, il Fabbricante fornisce indicazioni che richiedono una azione correttiva. Nella maggior parte si tratta di una revisione della manualistica d'uso, ma a volte l'azione correttiva può richiedere una revisione programmata del software, un adeguamento della componentistica o il ritiro immediato del dispositivo medico.</p> <p>In AOU la dispositivo-vigilanza è assicurata da una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari e i referenti interaziendali AOU e AUSL di Modena (RLV provinciali – SUIC e Dipartimento Farmaceutico). A fronte della rilevazione di inconvenienti correlati all'utilizzo dei DM viene avviata un'istruttoria interna che, in caso di esito positivo, porta alla segnalazione formale agli organi competenti. In caso di incidenti gravi o ripetuti vengono avviati ulteriori interventi di analisi finalizzati all'individuazione di azioni correttive, fino alla sospensione dell'uso del prodotto.</p>

	<p>Il sistema di alert informatizzato condivide in tempo reale la segnalazione con i contesti clinico-assistenziali interessati, con la Direzione Sanitaria e con la funzione aziendale di Risk Management.</p> <p>In relazione alle tendenze regionali emerse dal Rapporto RER 2024, si segnalano due aree di particolare attenzione che possono interessare l'attività di AOU: (1) l'aumento delle segnalazioni per CND C (apparato cardiocircolatorio), in particolare per elettrocatereteri per ablazione a radiofrequenza, per i quali nel 2025 è stata modificata la classificazione in 'incidente grave' con comunicazione al Ministero della Salute; (2) l'incremento delle segnalazioni per CND L (strumentario chirurgico riutilizzabile per robotica), oggetto di approfondimento nell'ambito della Rete Regionale e di un gruppo di lavoro specifico.</p> <p>In attuazione delle indicazioni contenute nella Raccomandazione n. 9 del Ministero della Salute – “Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali”, l’Azienda garantisce, attraverso il Servizio Unico di Ingegneria Clinica, l’attuazione di un insieme strutturato di attività tecniche finalizzate alla gestione sicura delle tecnologie biomediche lungo l’intero ciclo di vita.</p> <p>In particolare, tra le attività previste rientrano le verifiche di sicurezza e di funzionalità delle apparecchiature elettromedicali, programmate con l’obiettivo di prevenire malfunzionamenti che possano determinare rischi per pazienti e operatori. Tali verifiche sono finalizzate ad accertare il mantenimento, entro limiti di tolleranza accettabili, delle prestazioni dei dispositivi rispetto a quanto dichiarato dal fabbricante, nonché la conformità alle norme tecniche e di sicurezza vigenti.</p> <p>Il parco tecnologico dell’AOU (Policlinico e OCB) comprende complessivamente circa 21.500 sistemi, per un valore di acquisto stimato di circa 168 milioni di euro, con un’obsolescenza media dell’installato pari a 10,7 anni.</p> <p>Nel 2025 sono stati effettuati 1.457 collaudi di accettazione relativi all’introduzione di nuove tecnologie.</p> <p>Nel corso dello stesso anno sono state inoltre eseguite 10.375 verifiche tecniche, di cui 6.539 svolte direttamente dal personale tecnico dell’Ingegneria Clinica.</p> <p>Con riferimento al piano dei controlli, nel corso del 2025 è stata avviata un’azione di miglioramento finalizzata alla ridefinizione delle modalità di programmazione dei Controlli di Sicurezza Elettrica (VSE) e delle Verifiche di Funzionalità (VF), in coerenza con un approccio basato sull’analisi del rischio delle apparecchiature e dei contesti di utilizzo.</p> <p>Il nuovo modello prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controllo annuale per le apparecchiature collocate in aree critiche (Gruppo H – periodicità 12 mesi); • controllo biennale a rotazione per le restanti apparecchiature, con alternanza tra gli ospedali dell’AOU. <p>In applicazione di tale modello, nel 2025 sono stati eseguiti complessivamente 6.984 controlli e verifiche, rispetto ai 2.637 del 2024, di cui 1.275 interventi di manutenzione preventiva.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Gli operatori dell’AOU di Modena hanno acquisito un buon grado di sensibilità nei confronti della puntuale segnalazione degli incidenti che coinvolgono i DM/IVD ed i responsabili aziendali del dispositivo vigilanza hanno continuato ad assicurare una regolare alimentazione dei sistemi regionali e nazionali di raccolta dei relativi dati.</p>

	<p>Nel 2025 è proseguita l'attività formativa/informativa degli operatori condotta dal SUIC e dal Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, con specifico webinar in collaborazione con la funzione di Risk Management. La formazione è volta a illustrare gli elementi innovativi dei regolamenti UE 2017/745 e 2017/746, con focus sugli obblighi di segnalazione e sulle modalità operative di gestione degli incidenti.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Il sistema aziendale di dispositivo-vigilanza non è solo una procedura obbligatoria per legge, ma concorre (con altre procedure aziendali) a garantire un uso sempre più sicuro dei Dispositivi Medici.</p> <p>È interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa gli inconvenienti che coinvolgono dispositivi medici, continuare ad assicurare una puntuale adesione al sistema regionale e nazionale di vigilanza ed incrementare le azioni di sensibilizzazione e formazione del personale.</p>

SCHEDA NR. 7: RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REGIONALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE, LINEE DI INDIRIZZO E BUONE PRATICHE REGIONALI

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Ministero della Salute, Raccomandazioni per la sicurezza delle cure nn. 1-19</p> <p>Regione Emilia-Romagna, Raccomandazioni regionali per la sicurezza delle cure nn. 1-4</p> <p>Linee di Indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale, Regione Emilia-Romagna, 2018</p> <p>Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto, Regione Emilia-Romagna, 2018</p> <p>Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto, Regione Emilia-Romagna, 2019</p> <p>DGR 2050/2019 - 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, novembre 2019</p> <p>Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari, Regione Emilia-Romagna 2020</p> <p>Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari, Regione Emilia-Romagna, 2020</p> <p>Linee di indirizzo sulla gestione delle vie aeree (nell'ambito dell'epidemia Covid), Regione Emilia-Romagna, 2021</p> <p>Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale, Regione Emilia-Romagna, 2021</p> <p>Linee di indirizzo sulle iniziative formative di livello regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure per gli anni 2022-2024, novembre 2021</p> <p>DGR n. 1237/2023: Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023</p> <p>DGR 945/2024: "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2024"</p> <p>DGR 972/2025: "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2025"</p>
---	--

<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con l'obiettivo di "aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi", il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella.</p> <p>Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute, nella sezione del sito dedicata a qualità e sicurezza delle cure, 19 raccomandazioni, relativamente alle quali AGENAS, in collaborazione con il Ministero della Salute e con il Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, realizza annualmente il monitoraggio dello stato di implementazione da parte delle Aziende/Strutture Sanitarie anche al fine di supportare le organizzazioni sanitarie e i professionisti nella loro applicazione. Lo strumento su cui si fonda il sistema di monitoraggio è un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), supportato da griglie.</p> <p>Parallelamente, già da molti anni la Regione Emilia-Romagna emana a sua volta raccomandazioni, linee guida e documenti di buona pratica su varie tematiche di ambito clinico al fine di indirizzare i comportamenti dei professionisti verso l'esercizio in sicurezza di tali attività assistenziali.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>L'AOU Policlinico di Modena ha puntualmente aderito al monitoraggio curato annualmente da AGENAS circa l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, provvedendo alla compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti ed inserendo anche, dal 2016, la documentazione che attesta l'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali ed i relativi aggiornamenti.</p> <p>L'adesione al monitoraggio Agenas ha evidenziato già a far tempo dal 2016 un buon livello di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali: 12 raccomandazioni su 17 risultavano infatti recepite con documentazione rispondente ai criteri definiti dal livello regionale e altre due recepite in ampia parte.</p> <p>Negli anni successivi il lavoro di implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali e delle linee di indirizzo regionali è ulteriormente proseguito, mediante definizione ex novo/revisione e aggiornamento delle procedure aziendali a recepimento/implementazione di quanto previsto da varie raccomandazioni ministeriali (n. 8, 5, 13, 7, 12, 17, 18 e 19) e/o linee di indirizzo regionali (gestione delle vie aeree nell'adulto, profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto,) ed avviati i lavori per il recepimento (talora anche con valenza interaziendale provinciale) di ulteriori linee di indirizzo regionali (prevenzione delle lesioni da pressione, sicurezza del taglio cesareo e del passaggio</p>

	<p>ospedale-territorio della diade mamma-neonato, buona pratica di cura degli accessi vascolari).</p> <p>Nel 2021, oltre a eventi formativi di livello interaziendale provinciale sui temi della gestione clinica in sicurezza del farmaco, della sicurezza e appropriatezza della terapia trasfusionale e della gestione degli incidenti/quasi eventi correlati all'uso dei dispositivi medici, erano stati in gran parte completati i lavori di implementazione a livello aziendale delle indicazioni regionali in tema di sicurezza del parto con taglio cesareo e alla continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino.</p> <p>E ancora, nel corso del 2021 era stata definita una specifica procedura aziendale per dare attuazione alle indicazioni contenute nel documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" ed erano state implementate mediante revisione della specifica procedura interaziendale le ulteriori indicazioni regionali sulla corretta gestione delle vie aeree nei pazienti affetti da Covid 19.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Anche nel 2025 è stato assolto l'obbligo relativo al monitoraggio AGENAS delle raccomandazioni ministeriali relativamente allo stesso anno.</p> <p>In adesione alla Call for good practice 2025 dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla Sicurezza in Sanità sono state proposte, e successivamente pubblicate a cura di AGENAS nell'apposito sito due buone pratiche.</p> <p>Le buone pratiche, realizzate dalle organizzazioni sanitarie e validate dalle Regioni/PA, nell'anno 2025 hanno riguardato il tema della sicurezza del paziente, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili: neonati e bambini. La "Safe care for every newborn and every child – Cura sicura per ogni neonato e ogni bambino" è stata la tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la settima Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2025.</p> <p>I progetti realizzati in adesione alla Call for Good Practice AGENAS presentati dall'AOU di Modena sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. "Vicini fin dal primo istante", Progetto di Accoglienza in Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia; II. "Predire l'esito della sepsi ad esordio tardivo dopo parto prematuro"; III. "Rete di protezione e tutela dei minori in pediatria e neonatologia presso AOU di Modena"; IV. "Esecuzione delle vaccinazioni pediatriche in ambiente protetto presso AOU di Modena"; V. "Il taglio cesareo dolce" VI. "Progetto Champion-Igiene mani" <p>Nell'anno 2025, così come nel 2024, sono inoltre proseguite le iniziative di formazione di livello interaziendale provinciale sui temi della sicurezza in ambito</p>

	di terapia farmacologica, uso dei dispositivi medici e gestione degli emocomponenti.
Valutazione dei risultati e prospettive future	<p>Attualmente risulta essere stata implementata a livello aziendale ampia parte sia delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti e delle cure, che anche degli analoghi documenti emanati dal livello regionale, e ciò mediante definizione di specifiche procedure che hanno delineato le modalità di concreta attuazione nella pratica clinica dei contenuti delle singole raccomandazioni e linee di indirizzo.</p> <p>Ferma restando l'intenzione da parte di questa AOU di proseguire tale implementazione anche per quelle raccomandazioni/linee di indirizzo che non hanno finora trovato una più precisa definizione procedurale (pur essendo di fatto in ampia parte applicate nella pratica clinica), si ritiene altrettanto importante, a fini di miglioramento, proseguire l'attività di formazione/informazione dei professionisti in questo campo, proseguendo l'attività già in corso sia sui temi della sicurezza in ambito di terapia farmacologica, uso dei dispositivi medici e gestione degli emocomponenti, che anche in merito ad altre tematiche di rilievo per la sicurezza, tra cui ad es. prevenzione delle cadute e delle lesioni da pressione; prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari.</p>

SCHEDA NR. 8: PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Ministero della Salute, “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale”, raccomandazione n. 13, novembre 2011</p> <p>Regione Emilia-Romagna, “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”, dicembre 2016</p> <p>DGR n. 1237/2023: Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023</p> <p>DGR n. 945/2024: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2024”</p> <p>DGR 972/2025: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2025”</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le cadute accidentali rappresentano uno dei più comuni eventi avversi negli ospedali, riguardano soprattutto i pazienti anziani e comportano non solo danni diretti strettamente correlati al trauma, ma anche un incremento dei costi sanitari e sociali (prolungamento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive, risarcimento di eventuali danni permanenti, ecc.).</p> <p>Da diversi anni l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è impegnata sul tema della prevenzione delle cadute in Ospedale. Fin dal 2012 erano state recepite in una specifica procedura aziendale le previsioni di cui alla Raccomandazione ministeriale n. 13, con particolare riferimento alla sistematica rilevazione del rischio specifico di caduta sui pazienti anziani e/o con fattori di rischio entro breve tempo dall’ingresso in reparto ed alla conseguente attuazione di una serie di azioni preventive, nonché alla segnalazione di ogni episodio di caduta accidentale in corso di ricovero a fini di alimentazione di apposito data-base aziendale che genera una specifica reportistica che viene resa disponibile agli operatori tramite i sistemi informativi aziendali.</p> <p>A seguito dell’emanazione, nel dicembre 2016, di Linee di Indirizzo regionali in tema di prevenzione e gestione delle cadute del paziente in Ospedale, fin dal 2017 è poi stata avviato un processo di implementazione delle stesse linee di indirizzo a livello aziendale, dapprima mediante adesione allo specifico programma regionale e successivamente mediante revisione della relativa procedura aziendale, con definizione, diffusione e applicazione di nuovi strumenti di valutazione del rischio, sia del paziente che strutturale.</p> <p>Nel frattempo, per superare la generica segnalazione degli eventi con scheda di Incident Reporting precedentemente adottata e creare un data base dedicato e, di conseguenza, per meglio monitorare il fenomeno anche in termini di esiti, era stato individuato uno specifico percorso dedicato alla segnalazione delle cadute</p>

con apposita scheda, compilabile tramite gli applicativi aziendali, che alimentava un apposito data base aziendale che consentiva la produzione di reportistica ad hoc; tale reportistica veniva valutata dalla funzione aziendale di Risk management a fini di individuare i casi meritevoli di più approfondita analisi e sviluppo di azioni di miglioramento.

Nel 2019 è stata, inoltre, definita e resa disponibile per tutti gli operatori mediante pubblicazione sul sito intranet aziendale una specifica scheda di rilevazione delle cadute del paziente ambulatoriale e del visitatore. Nello stesso anno e, compatibilmente con l'evoluzione della pandemia da SARS CoV-2, anche nel biennio successivo, è stata promossa l'adesione degli operatori alla specifica FAD pubblicata sulla piattaforma regionale in tema di prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati.

L'anno 2023 è stato caratterizzato dalla raccolta delle schede apposite schede caduta compilate dai Professionisti fino al 31/03/2023. In seguito, a partire dall'1/04/2023 è stata introdotta in AOU la piattaforma digitale regionale SegnalER quale strumento unico di segnalazione di tutti gli eventi significativi per la sicurezza delle cure, ivi inclusi gli episodi di caduta in qualsiasi setting aziendale. L'anno 2023 è stato dedicato alla diffusione e implementazione della suddetta piattaforma nonché alla formazione e al supporto nei confronti dei Professionisti segnalanti e delle figure professionali individuate come responsabili validatori delle segnalazioni inserite.

Nell'anno 2024 tale piattaforma è diventata l'unico strumento di segnalazione delle cadute nelle aziende dell'AOU di Modena, per cui è stata portata avanti, anche nel 2025, l'opera di formazione e informazione agli operatori sanitari per la segnalazione degli eventi mediante SegnalER e di supporto nei confronti dei Professionisti segnalanti e delle figure professionali individuate come responsabili validatori delle segnalazioni inserite.

La funzione aziendale di Risk management ha effettuato una raccolta sistematica dei dati inseriti nella piattaforma SegnalER, anche al fine di produrre una reportistica utilizzabile per l'analisi delle criticità e la messa in atto delle possibili azioni di miglioramento.

Le segnalazioni compilate dagli operatori vengono valutate dalla funzione aziendale di risk management anche tramite attività di analisi e approfondimento di casi selezionati, anche tramite la collaborazione degli operatori/responsabili delle strutture direttamente coinvolte e/o dei responsabili di altri Servizi potenzialmente interessati. La chiusura della scheda di segnalazione inserita dall'operatore su SegnalER, ne determina la trasmissione a livello regionale (Centro Regionale Gestione del Rischio Sanitario - CeGeRisS).

I dati ottenuti tramite le schede di segnalazione caduta sono, inoltre, oggetto di una specifica reportistica che, mediante aggregazione dei dati per Dipartimenti, singole U.O. e macrocategorie di eventi segnalati, è finalizzata ad individuare le

	<p>principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene inviata all'attenzione degli operatori tramite i Direttori ed i Responsabili Assistenziali di Dipartimento, a fini di ulteriori analisi e valutazioni.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nell'ambito dell'attività sanitaria è presente il rischio di caduta accidentale, sia in regime di degenza che ambulatoriale: questo per le caratteristiche degli utenti presi in carico (es. fragilità, utenti polipatologici, ecc.) e per la complessità dei contesti di cura.</p> <p>Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena da tempo è attivo un piano aziendale per la prevenzione delle cadute nel quale sono state identificati gli interventi strutturali, organizzativi e procedurali per la valutazione del rischio e la documentazione dei piani personalizzati per la riduzione del rischio di cadute, ai fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre il rischio di caduta dei pazienti ricoverati attraverso l'implementazione di strategie multidimensionali e multiprofessionali finalizzate alla prevenzione; - promuovere una gestione tempestiva e appropriata del paziente caduto, al fine di ridurne le conseguenze; - sensibilizzare gli operatori sanitari, i pazienti e i loro familiari sul fenomeno e i relativi strumenti di prevenzione. <p>La conoscenza del fenomeno all'interno dell'organizzazione, mediante analisi qualitativa e quantitativa degli episodi di caduta segnalati è il nucleo centrale e presupposto di qualsiasi piano di prevenzione.</p> <p>A fronte di 560 segnalati nel 2023 e di 541 segnalati nel 2024, nel 2025 sono stati segnalati complessivi 497 episodi di caduta di pazienti ricoverati, di cui 234 avvenute al Policlinico e 263 presso l'OCB. Il tasso complessivo aziendale di cadute è risultato pari a 1,40 cadute/1000 gg di degenza, dato ricavato dalla media dei tassi relativi di 1,19/1000 gg di degenza per il Policlinico e 1,67 cadute/1000 gg di degenza per l'OCB.</p> <p>Nel corso del 2025 il numero assoluto di cadute di pazienti ricoverati segnalato ha quindi mostrato una diminuzione rispetto all'anno precedente. Il decremento è anche confermato dal rilievo di una diminuzione del tasso di cadute, che, peraltro, rimane inferiore rispetto alla media regionale calcolata per il 2024 come pari a 1.65. Importante è comunque segnalare che nella maggior parte dei casi il paziente vittima di caduta in corso di ricovero non ha riportato nessuna lesione o solo minime lesioni traumatiche superficiali, di natura contusiva (escoriazioni, contusioni).</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Per incrementare ulteriormente la sensibilizzazione degli operatori sul tema della prevenzione delle cadute del paziente in ospedale, nel corso del 2025 è stata ulteriormente incentivata l'adesione degli operatori al corso FAD regionale incentrato sui contenuti delle Linee di indirizzo in tema di prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati.</p>

	<p>È, inoltre, proseguito il monitoraggio da parte della funzione di risk management degli episodi di caduta segnalati anche ai fini di attivazione, nei casi di maggior rilievo, dei necessari approfondimenti e/o analisi con i professionisti interessati a fini di individuare le eventuali azioni di miglioramento necessarie, nonché al fine di segnalazione al SIMES degli eventi sentinella correlati ad episodi di caduta con esito lesivo maggiore.</p> <p>Infine, un intervento effettuato al fine di intercettare con maggiore accuratezza i pazienti a maggior rischio caduta sono stati introdotti dei nuovi moduli di valutazione del rischio cadute e sono stati individuati specifici referenti aziendali e facilitatori all'interno delle singole unità operative, cui affidare una più capillare e frequente diffusione dei dati aziendali sul tema e uno stretto contatto con il Risk Manager.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Per il 2026 si prevede di incrementare l'attento monitoraggio circa le cadute, con l'ausilio dei referenti e i facilitatori individuati nelle singole unità operative, assicurando la prosecuzione e l'intensificazione delle attività di formazione, sensibilizzazione e informazione del personale in questo campo.</p>

SCHEDA NR. 9: SICUREZZA IN CHIRURGIA – SURGICAL SAFETY CHECKLIST (SSCL)

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives</p> <p>Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”, ottobre 2009</p> <p>RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale, “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, febbraio 2010</p> <p>Regione Emilia-Romagna, progetto “Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net)”, 2010</p> <p>RER, OssERvare L’OSSERVAZIONE DIRETTA DELL’APPLICAZIONE DELLA SAFETY SURGERY CHECK LIST (SSCL) IN SALA OPERATORIA Strumenti per il miglioramento dell’uso della checklist in sala operatoria. MANUALE PER GLI OSSERVATORI, NOVEMBRE 2016</p> <p>DM 2 aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”</p> <p>Circolare regionale n. 18/2016, “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)”;</p> <p>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”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, novembre 2018: “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, novembre 2018: “Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, luglio 2019: “Indicazioni per la sicurezza in elettrochirurgia in sala operatoria”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, ottobre 2019: “Indicazioni per il corretto posizionamento dell’assistito in sala operatoria”</p> <p>DGR RER n. 3699 del 3/3/2021 “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto nell’ambito dell’epidemia Covid-19”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, Report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2018, 2019, 2020, 2021, 2022</p> <p>DGR n. 1237/2023: Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023</p>
---	--

	<p>DGR n. 945/2024: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2024”</p> <p>DGR 972/2025: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2025”</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Sulla base delle raccomandazioni “Guidelines for Surgery” l’OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) che rappresenta uno strumento a supporto delle équipes operatorie per la verifica di sistematica esecuzione dei controlli di aderenza alle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria: ciò al fine di prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.</p> <p>La SSCL comprende 20 item relativi ai controlli da effettuare nel corso delle varie fasi dell’intervento chirurgico: l’avvenuta esecuzione di ogni singolo controllo è attestata da una casella da contrassegnare sull’apposita scheda (776a), che viene poi allegata alla cartella clinica. L’eventuale rilievo di non conformità rispetto all’applicazione delle raccomandazioni di sicurezza, oltre ad intercettare il pericolo prima che si manifesti, viene segnalato su altra specifica scheda (776b), i cui contenuti vengono inseriti nello specifico data base regionale, a fini di monitoraggio dei principali scostamenti dalle pratiche di sicurezza.</p> <p>Il progetto della Regione Emilia-Romagna “SOS.net”, di cui l’AOU è stata azienda capofila, ha consentito la progressiva introduzione dell’utilizzo della checklist in tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche e la costruzione di un network regionale con relativo data base che consente un costante monitoraggio delle varie fasi e dei passaggi critici della procedura chirurgica.</p> <p>In AOU l’applicazione della Checklist di Sala operatoria è stata progressivamente implementata nel corso del tempo ed attualmente riguarda tutti gli interventi eseguiti in sala operatoria su pazienti ricoverati, programmati e urgenti, fatta eccezione per le emergenze.</p> <p>Dopo una fase iniziale di sperimentazione presso questa AOU ed ulteriore sperimentazione di livello regionale, dal 2020 presso l’AOU di Modena viene inoltre applicata la checklist specifica per la sicurezza del taglio cesareo definita a livello regionale. Nel corso del 2021 sono, inoltre, stati attivati gli adeguamenti tecnici necessari per garantire, a far tempo dal gennaio 2022, il relativo flusso regionale, in parallelo a quello già previsto da alcuni anni per la SSCL.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>L’analisi dei dati raccolti mediante la compilazione della Checklist di Sala operatoria evidenzia che gli elementi di rischio su cui è necessario porre l’attenzione riguardano in particolare la marcatura del sito chirurgico ed il coordinamento/comunicazione fra i diversi membri del team (es. controllo delle allergie, lato intervento, antibiotico-profilassi).</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di</p>	<p>A fini di miglioramento della sicurezza del paziente in ambito chirurgico, dando ulteriore seguito a quanto avviato nel corso degli anni precedenti, l’AOU ha</p>

<p>miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>confermato la propria partecipazione al progetto regionale 'OssERvare' finalizzato alla verifica diretta delle modalità di applicazione della SSCL nelle sale operatorie dello stabilimento Policlinico e Ospedale civile di Baggiovara. In linea con quanto richiesto dal livello regionale, nel corso del 2025 sono stati oggetto di osservazione 34 interventi chirurgici.</p> <p>È stata, inoltre, garantita una regolare alimentazione del flusso dati di SSCL al livello regionale e sono state poste in essere azioni finalizzate al miglioramento della qualità del suddetto flusso rispetto a quanto emerso dalle verifiche incrociate con altri flussi informativi, tra cui soprattutto il flusso SDO.</p> <p>Parallelamente, sono state avviate attività finalizzate alla verifica del grado di implementazione di quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali per la gestione delle vie aeree nell'adulto.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Pur a fronte del rilievo di una certa efficacia del piano di miglioramento messo in atto nel corso degli anni precedenti, si ritiene necessario il mantenimento di un attento monitoraggio circa l'effettiva e corretta applicazione della SSCL a tutti gli interventi chirurgici, anche mediante ripetizione del progetto regionale 'OssERvare'.</p> <p>Le corrette modalità di utilizzo dello strumento, nonché l'importanza dello stesso, saranno oggetto di corsi di formazione specifici.</p> <p>Parallelamente, si intende proseguire nell'impegno di assicurare al livello regionale un flusso dati sempre più puntuale ed accurato relativamente alla SSCL, anche mediante affinamento dei sistemi informatizzati di raccolta ed invio dati e introduzione di sistemi informatizzati di raccolta del dato direttamente in sala operatoria.</p> <p>Si intende inoltre proseguire, in parallelo, l'alimentazione del flusso regionale specifico per la SSCL-TC.</p> <p>E, ancora, verranno portate avanti sia l'attività di verifica dell'implementazione di quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali per la gestione delle vie aeree nell'adulto che anche le azioni di miglioramento che risulteranno necessarie in questo stesso ambito.</p>

SCHEDA NR. 10: GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio III ex D.G.PROG., "Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori", gennaio 2012</p> <p>"Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici" (DGR 318/2013)</p> <p>Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025</p> <p>Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 dell'Emilia-Romagna</p> <p>"Sinergie e integrazione tra rischio clinico e rischio infettivo" Documento di consenso maggio 2019 Sub Area Rischio Clinico, Commissione Salute</p> <p>RER 2021 LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEI PROGRAMMI DI USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI</p> <p>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. (22A07418) (GU n.305 del 31-12-2022)</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria, quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale, occupa un posto di particolare rilievo soprattutto in quanto negli ultimi anni ha avuto una tendenza in costante incremento.</p> <p>La sorveglianza rappresenta uno degli elementi che caratterizzano il contrasto alle infezioni in generale e quindi anche alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) ovvero le infezioni acquisite durante le attività assistenziali sanitarie. In particolare, è importante disporre di un sistema di segnalazione rapida di eventi che richiedono interventi tempestivi, quali infezioni da microrganismi che per le caratteristiche di diffusività e/o antibioticoresistenza costituiscono eventi sentinella (es. legionellosi acquisita in ospedale, tubercolosi non diagnosticata al ricovero, infezioni sostenute da microrganismi con profili di antibiotico resistenza "nuovi") o il verificarsi di eventi epidemici. L'individuazione tempestiva di tali eventi e l'indagine epidemiologica per identificarne le cause sono azioni essenziali per prevenire ulteriori casi secondari e "imparare dall'errore". Occorre prevedere anche la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, essenziale per calibrare gli interventi correttivi. In Europa numerosi Paesi hanno attivato sistemi di sorveglianza attivi e continuativi nelle aree più a rischio, quali i Reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva.</p> <p>Presso l'AOU di Modena è presente un sistema di sorveglianza microbiologica ("osservatorio microbiologico") con reportistica periodica, che permette tra l'altro</p>

	<p>di stratificare gli isolamenti tra comunitari, nosocomiali e multi-resistenti, oltre a mostrare il trend annuale di antibioticoresistenza. Il report periodico prodotto dalla Microbiologia viene diffuso a tutti gli operatori sanitari mediante mail e pubblicazione sul sito intranet aziendale. A fini di prevenire le infezioni, con particolare riferimento alle ICA, è poi importante anche il trasferimento nella pratica di misure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo, che si dividono in precauzioni standard (igiene delle mani, uso dei guanti e dei dispositivi di protezione individuale (DPI), adozione di pratiche sicure per la prevenzione dell'esposizione degli operatori sanitari a patogeni trasmissibili per via ematica, corretta collocazione del paziente, procedure di sanificazione ambientale, gestione dei dispositivi medici, gestione della biancheria e delle stoviglie, trattamento dei rifiuti) e precauzioni aggiuntive di isolamento.</p> <p>Parallelamente, anche la diffusione dell'antimicrobico resistenza rappresenta un problema di enorme rilevanza su scala mondiale. Pertanto, numerose strategie devono essere messe in atto per favorire il contenimento del fenomeno.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>A fini di controllo del rischio infettivo in AOU è attivo un Gruppo Operativo multidisciplinare per il controllo delle ICA e sono da tempo operativi diversi sistemi di rilevazione e segnalazione rapida di vari tipi di malattie infettive: germi sentinella, microrganismi con profilo di resistenza inusuale, epidemie e cluster epidemici, malattie invasive batteriche. Ciò mediante implementazione di procedure che garantiscono una regolare e tempestiva segnalazione delle malattie infettive e diffusive ai vari organi competenti (Servizio di Igiene Pubblica, Direzione Sanitaria, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Assessorato alla Sanità) e consentono di assicurare il tempestivo intervento dei servizi preposti per l'applicazione delle misure di profilassi e controllo necessarie per circoscrivere e/o arrestare il diffondersi delle infezioni.</p> <p>L'AOU di Modena partecipa, inoltre, da anni al sistema di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico aderendo allo specifico progetto regionale (SICHER), che consente la sorveglianza sia degli interventi non protesici che di quelli che prevedono l'utilizzo di materiale protesico: il numero di infezioni della ferita chirurgica in entrambi i casi è sempre risultato mediamente in linea con i dati regionali.</p> <p>Sempre in tema di sorveglianza la nostra Azienda ha partecipato allo studio di Prevalenza delle ICA promosso e coordinato dall'Università di Torino sul modello ECDC.</p> <p>Nel 2024 è stato inoltre condotto uno studio di prevalenza sulle CAUTI (infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale) con il fine di monitorare l'andamento delle infezioni urinarie nosocomiali correlate all'uso dei cateteri urinari.</p> <p>La terapia intensiva adulti e la terapia intensiva neonatale partecipano ai network nazionali sulla sorveglianza delle incidenze delle polmoniti associate a ventilazione</p>

	<p>(VAP), batteriemie associate a cateteri venosi centrali (CRBSI) e sepsi neonatali LOS (late onset sepsis). Tali dati vengono condivisi annualmente con i componenti del nucleo strategico e dei nuclei operativi del rischio infettivo.</p> <p>Inoltre, nel periodo pandemico Influenzale viene attivato il flusso di notifica dei casi di positività per Influenza A/B.</p> <p>Nel corso degli anni sono poi stati tempestivamente recepiti gli aggiornamenti degli organismi nazionali ed internazionali competenti per la rilevazione precoce/gestione di eventuali casi di patologie infettive emergenti (es. Chikungunya/Dengue/West Nile Disease/Zika).</p> <p>Ai fini della prevenzione e del controllo della legionellosi è da tempo attivo un sistema di monitoraggio e prevenzione attuato in collaborazione con personale qualificato dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.</p> <p>Ai fini della prevenzione dell'aspergillosi è attivo un protocollo per la messa in atto di misure di precauzione specifiche in occasione di cantieri o altri lavori edili all'interno dei locali sanitari o nelle aree circostanti.</p> <p>Sono attivi, inoltre, programmi specifici di controllo sul reprocessing dei dispositivi critici come gli strumenti endoscopici o gli strumenti in uso presso i Riuniti odontoiatrici.</p> <p>Sempre in tema di individuazione delle criticità e rendicontazione degli esiti dei programmi viene sorvegliato periodicamente con sistemi real-time il consumo di gel alcolico e il consumo di antimicrobici (includendo antibiotici e antifungini) con indicatori normalizzati e standardizzati per mille giornate di degenza. Tali report sono pubblicati e restituiti periodicamente sul sito intranet aziendale.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>L'attività programmata per l'anno 2025 si è posta come obiettivo generale il mantenimento delle attività già da tempo in essere: applicazione di procedure relative alla segnalazione rapida di malattie infettive, eventi sentinella e microrganismi con profilo di resistenza inusuale, sorveglianza, risposta ad emergenze infettive, prosecuzione dei progetti sulle buone pratiche di infection control; promozione di corsi di formazione, revisione di procedure, ecc.</p> <p>È stato redatto il "Piano aziendale per la prevenzione e gestione del rischio infettivo 2025" (allegato al Piano Programma per la sicurezza delle cure 2025) relativo alla programmazione delle attività di prevenzione e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e contrasto dell'antibiotico-resistenza ed è stata svolta una rendicontazione puntuale degli obiettivi inseriti nell'ambito dell'incontro del Comitato Controllo Rischio infettivo del 29 gennaio 2026.</p> <p>Per quanto attiene al flusso di segnalazione delle malattie infettive, è stato predisposto un elenco di germi sentinella specifico per il reparto di Neonatologia, alla luce delle peculiarità della casistica trattata. Inoltre, è stato portato avanti un gruppo di lavoro per l'introduzione nella cartella clinica elettronica della scheda di</p>

segnalazione di malattia infettiva (SSCMI) informatizzata e di una scheda di identificazione dei pazienti isolati che determina la comparsa di un simbolo colorato immediatamente visibile all'operatore che accede alla documentazione sanitaria del paziente ricoverato, in modo da facilitare la diffusione tra il personale sanitario della consapevolezza sul rischio specifico correlato a taluni pazienti.

Come da indicazione della Circolare Ministero della Salute recante "Indicazioni per l'effettuazione dei test diagnostici per SARS-CoV-2 per l'accesso e il ricovero nelle strutture sanitarie", e al fine di migliorare l'accuratezza diagnostica delle sindromi respiratorie durante il periodo di maggiore circolazione virale e conseguentemente garantire l'appropriata collocazione dei pazienti nei reparti di degenza, sono introdotti in Azienda, a partire dal mese di gennaio 2025, i test combinati rapidi per la diagnosi di infezione da virus respiratori (SARS-Cov-2, influenza A e B e Virus respiratorio sinciziale). Questi test, richiedibili dai PS e dalle degenze, permettono una rapida diagnosi differenziale e la rapida identificazione di pazienti contagiosi consentendo la messa in atto delle necessarie misure di isolamento e infection control già all'ingresso in reparto.

Inoltre, sono state aggiornate le indicazioni relative all'isolamento dei pazienti affetti da Covid-19 e alla gestione dei contatti.

Parallelamente sono proseguite le routinarie attività di gestione del rischio infettivo, tra cui le misure di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sostenute da germi multiresistenti, la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, ecc.

Sono, inoltre, stati aggiornati i protocolli di sorveglianza per microrganismi resistenti ai carbapenemi e per enterococco vancomicino-resistente.

L'attività formativa è stato uno dei principali ambiti di attività, come di consueto. Gli ambiti caratterizzanti sono l'igiene delle mani, la gestione dei rifiuti, le misure generali di controllo del rischio infettivo. Le attività formative hanno coinvolto operatori sanitari, medici in formazione specialistica e studenti, volontari. Inoltre, la nostra azienda è impegnata nel raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano Formativo previsto dal PNRR 2022-2025 sul tema del rischio infettivo, che ha avuto inizio nel 2024 e che si concluderà nel 2026.

Ai fini del miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani, è stato adottato un modello organizzativo che ha coinvolto direttamente i professionisti dei reparti e che ha previsto l'esecuzione di osservazioni nominali da parte degli stessi operatori. Questo modello organizzativo ha dato origine ai "Progetti Champions", che sono attivi nelle Terapie Intensive aziendali (inclusa la Terapia Intensiva Neonatale) e in Medicina Interna Gastroenterologica.

Il progetto "Igiene delle mani" attivo in AOU dal 2013 e che ha portato ad un notevole incremento del grado di adesione media degli operatori all'igiene delle mani, è stato sostituito nel 2024 dal progetto "PreveniaMO le ICA. Questo progetto ha una durata inferiore (3 anni) rispetto al precedente progetto e non si

focalizza soltanto sulle corrette pratiche di Igiene delle mani, ma, più in generale, sulla prevenzione e controllo del rischio infettivo e delle Infezioni correlate all'assistenza. Tale progetto consente di ottenere dati periodici di adesione all'igiene mani secondo i 5 momenti OMS e adesione alle pratiche di. Nel 2024 hanno partecipato al progetto PreveniaMO le ICA le seguenti unità operative: Nefrologia, Medicina Post Acuzie, Chirurgia della mano, Oculistica, Dermatologia chirurgica, Gastroenterologia, Dermatologia Medica, Ortopedia, Malattie Infettive, Cranio-Maxillo Facciale, Oro-Maxillo Facciale, Chirurgia Plastica, Otorinolaringoiatria, Post acuzie riabilitazione estensiva, Chirurgia generale d'Urgenza e nuove tecnologie, Geriatria, Riabilitazione Orto Geriatrica, Neurologia, Stroke Unit, Medicina Metabolica, Urologia, Neurochirurgia.

Sono state aggiornate le indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle arbovirosi e dell'influenza.

Sono state completate o revisionate le seguenti procedure/istruzioni operative:

- Sorveglianza della malattia tubercolare: follow-up del malato e dei contatti
- Sorveglianza e controllo della legionellosi nell'ambito degli stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile di Baggiovara
- Segnalazione di casi di pazienti con malattia infettiva alle ditte in appalto

In linea con la procedura aziendale "Precauzioni per la prevenzione delle infezioni da aspergillo durante lavori di demolizione, costruzione, manutenzione o restauro", è proseguita l'attività di prevenzione e sorveglianza in relazione al rischio aspergillo in corso di lavori edili presso l'AOU di Modena, mediante applicazione di adeguate misure preventive.

Sono proseguite le attività di prevenzione e controllo della legionellosi mediante sorveglianza clinica, valutazione del rischio, campionamento ambientale. È stata inoltre aggiornata la procedura aziendale di riferimento.

Uso Responsabile degli Antibiotici e Stewardship Antimicrobica

Dal 2014 è operativo il Gruppo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici (GURA), con composizione multidisciplinare (infettivologi, farmacisti, microbiologi, igienisti ospedalieri, medici di diverse specialità).

Obiettivi principali:

- Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici in tutti gli ambiti assistenziali.
- Redigere, aggiornare e diffondere linee guida di terapia empirica e profilassi antibiotica.
- Supportare l'inserimento nei Percorsi Standardizzati di Cura e algoritmi diagnostici.

Attività di stewardship:

	<ul style="list-style-type: none"> • Audit e feedback periodici nei reparti, modulati sulle esigenze specifiche. • Attività restrittiva di monitoraggio di antibiotici ad ampio spettro e alto impatto ecologico, con validazione da parte di infettivologi entro 48–72 ore. • Formazione continua su strategie di antimicrobial stewardship per tutto il personale e i medici in formazione. <p>Strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dal 2022, nuovo sistema informatico per monitoraggio real-time delle prescrizioni antibiotici (alto costo e ampio spettro Watch and Reserve classes + antifungini), condiviso con la Farmacia Ospedaliera. • Dal 2023 sistema di sorveglianza real-time con invio tramite mail dalla microbiologia delle emocolture positive per valutare l’Impatto clinico (mortalità sepsi relata e durata di ricovero) di strategie proattive (tramite valutazione infettivologica real-time) di antimicrobial stewardship sull’appropriatezza di prescrizione di antibiotici. • Dal 2024 check-list di prevalenza prescrittiva e appropriatezza <p>Indicatori e monitoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicatori chiave: appropriatezza della prescrizione, durata della terapia, diagnosi codificata AIFA, aderenza a linee guida, empirica e mirata, uso di farmaci ad alto impatto ecologico. • Appropriatezza di adesione alle LG di profilassi chirurgica • Sistema di sorveglianza microbiologica real-time per valutare l’impatto clinico degli interventi AMS (mortalità, durata ricovero).
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Seppure sia noto che il rischio infettivo è pressoché inevitabilmente connesso all’attività assistenziale ospedaliera, un costante impegno finalizzato alla sua prevenzione/contenimento è certamente necessario in ogni azienda sanitaria.</p> <p>In AOU il mantenimento e la progressiva implementazione di tutte le misure utili a tale scopo (prevenzione e contenimento del rischio infettivo) sono auspicabilmente destinati, seppure nel medio-lungo termine, ad ottenere i risultati sperati. Riguardo alle iniziative condotte nell’anno 2025, si conferma l’elevata partecipazione del personale alle iniziative formative, l’ottima adesione alle precauzioni di isolamento e i positivi risultati in termini di adesione post-formazione all’igiene delle mani nei reparti coinvolti nel Progetto PreveniaMO le ICA e nel Progetto Champions. Si consolida il dato positivo in termini di consumo di gel alcolico per 1000 gg di degenza (36.16 litri ogni 1000 giornate di degenza), con dati al di sopra dei 25 litri per 1000 giornate di degenza su tutte le Unità Operative tranne una.</p> <p>Per quanto riguarda le prospettive future, si intende proseguire l’attività progettuale finalizzata al miglioramento dell’adesione alle misure di infection control, mediante prosecuzione dei progetti PreveniaMO le ICA e Champions. Si prevede inoltre l’introduzione di una tecnologia per il training sulla tecnica di esecuzione dell’igiene delle mani. Proseguirà il monitoraggio del consumo di gel</p>

alcolico e la verifica di adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori nei reparti. L'attività formativa rimarrà uno dei focus prioritari, così come le attività di sorveglianza e identificazione precoce di cluster ed epidemie. Si prevede di formalizzare una procedura sulla gestione degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi e di completare la revisione della procedura sul reprocessing degli endoscopi. Verrà avviato un tavolo di lavoro sulla convalida degli ambienti a contaminazione controllata. Proseguiranno inoltre le restanti attività routinarie a carico del nucleo operativo controllo ICA.

Usa Responsabile degli Antibiotici e Stewardship Antimicrobica

Risultati recenti:

- Revisione e pubblicazione linee guida di profilassi chirurgica (2022–2024).
- Studio pre-post su aderenza alle linee guida e infezioni del sito chirurgico (2023).
- Aggiornamento software di monitoraggio consumo antibiotici/antifungini e sviluppo di nuovi indicatori di appropriatezza prescrittiva (2023).
- Introduzione di percorsi di Therapeutic Drug Monitoring (TDM) per antibiotici e antifungini (dal 2022).

1. Consumo antibiotici e impatto economico

- Riduzione del 10% del consumo totale di antibiotici rispetto al 2024 (DDD INFERIORI A 60/100 GG DEGENZA)
- Riduzione carbapenemi a DDD INFERIORI A 2.5/100 GG DEGENZA
- Riduzione di chinolonici a DDD INFERIORI A 3/100 GG DEGENZA
- Riduzione di antifungini a MANTENIMENTO DI DDD INFERIORI A 5 /100 GG DEGENZA
- Aumento % di consumo farmaci Access (categorie AWARE) superiore al 40%
- Risparmio netto: 100.000 €/anno.

2. Consulenze infettivologiche

- Numero di consulenze:
 - 2024: 3.500
 - 2025: 4.000
- Indicatore periodico di appropriatezza prescrittiva nel 2024 con target 60% raggiunto da tutti i reparti medici
- Indicatore periodico di appropriatezza profilassi nelle chirurgie con target 60% raggiunto da tutti i reparti medici

3. Audit e feedback

- Revisione sistematica di tutte le terapie antibiotiche, profilassi e antifungine (1100 accessi di feedback all'anno con 20000 pazienti valutati)
- Indicatori di risultato introdotti:

- Numero pazienti valutati e in terapia
- Tipo di interventi AMS: conferma terapia, downgrading, cambio terapia, altri
- Applicazione in entrambi gli stabilimenti AUO.

4. Monitoraggio consumo e strumenti informatici

- Aggiornamento del sistema FacViewer “budget like”: rendicontazione per UOC e analisi comparativa per area clinica.
- 2025: filtro dati basato su categorie AWARE e nuovi indicatori specifici.
- Monitoraggio continuo di farmaci ad alto costo e impatto ecologico.
- Introduzione di budget targettizzati per singoli reparti in base a pazienti e tendenze di adesione.

5. Linee guida e formazione

- Approvazione nuove linee guida di profilassi chirurgica (2024).
- 2025: attività di formazione e definizione target di adesione per reparti chirurgici.

6. Sepsi e pronto soccorso

- Monitoraggio di adesione alle terapie antibiotiche empiriche sepsi & shock settico: <30% nel 2023.
- 2024: workshop di formazione in pronto soccorso con strumenti di simulazione.
- 2025: avvio gruppo di lavoro sepsi & shock settico, aggiornamento Sepsi Team, monitoraggio adesione bundle.

7. Prescrizione territoriale post-dimissione

- Progetto per migliorare prescrizione antibiotica ai pazienti dimessi dal pronto soccorso.
- In collaborazione con PNCAR RER: pubblicazione di schede di gestione ambulatoriale delle infezioni più frequenti.
- Destinatari: pronto soccorso, MMG, PLS.
- Riferimenti: manuale AWaRe OMS, linee guida regionali, nazionali e internazionali.
- Monitoraggio periodico di appropriatezza prescrittiva di antibiotici alla dimissione per indicazione terapeutica

8. Gruppi di lavoro multidisciplinari su setting specifici

- Ortopedia e chirurgia mano: infezioni di protesi articolari
- Endocarditi: istituzione Endocarditis Team
- Trapianto di rene: PDTA dedicato
- Neutropenia febbrile: pazienti ematologici
- Pediatria: avvio antimicrobial stewardship con documento condiviso
- Ematologia: neutropenia febbrile
- ORL: otomastoiditi

SCHEDA NR. 11: SICUREZZA DEGLI OPERATORI

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” e s.m.i.</p> <p>“Linee di indirizzo e criteri d’uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta”, Regione Emilia-Romagna, 2015</p> <p>Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella), indicazioni per l’idoneità dell’operatore sanitario. Regione Emilia-Romagna, DGR 12 marzo 2018, n. 351</p> <p>Raccomandazione n. 8 – Ministero della Salute – “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” - 8.11.2007</p> <p>“Linee di indirizzo regionali per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari”, Regione Emilia-Romagna, Febbraio 2020</p> <p>"Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari" Documento di inquadramento tecnico Sub Area Rischio Clinico Commissione Salute, febbraio 2020</p> <p>Legge 113 del 14 agosto 2020 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”.</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 13 gennaio 2022 (integrato dal decreto ministeriale 7 dicembre 2023) Istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.</p> <p>DL 30 marzo 2023, n. 34, “Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l’acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali”, Art. 16 – “Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario”.</p> <p>DL 19 marzo 2024, n. 31 “Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150, di attuazione della legge 27 settembre 2021, n. 134, recante delega al Governo per l'efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari”.</p> <p>DL 1° ottobre 2024, n. 137 “Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria”.</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>L’infortunio è la conseguenza di un incidente, ovvero un evento dannoso, imprevedibile, violento, fortuito ed esterno, che produce lesioni obiettivamente constatabili e che produce come effetto inabilità temporanea, invalidità permanente oppure morte.</p>

Gli infortuni sono eventi negativi per il lavoratore in quanto ne compromettono l'integrità fisica o psichica. Gli infortuni possono impattare in termini significativi anche sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza complessivamente erogata.

In AOU tutti gli infortuni sul lavoro sono singolarmente esaminati a cura del personale del Servizio Prevenzione e Protezione al fine di individuare elementi di rischio che possano essere messi sotto controllo con adeguati e tempestivi interventi.

La violenza verso operatore viene definita da NIOSH (2002) come "Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". L'OMS e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) hanno proposto congiuntamente una definizione generale di violenza sul luogo di lavoro: "Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute" (OMS 2002, ILO 2006).

Gli episodi di violenza in danno degli operatori vengono segnalati mediante compilazione dell'apposita scheda presente su Segnal-ER un applicativo unico per la raccolta di tutte le tipologie di segnalazione di accadimenti in tema di sicurezza delle cure e degli operatori sviluppato e diffuso dalla Regione Emilia-Romagna, ed attivo nell'AOU di Modena dal 01/04/2023.

Ulteriori fonti informative utili ad individuare gli episodi di violenza in danno degli operatori, eventualmente non segnalati, si sono dimostrate gli eventi di infortunio sul lavoro ed i rapporti della vigilanza interna relativi agli interventi via via effettuati.

Tutti i casi di violenza vengono analizzati dal RSPP e, se del caso, anche dal risk manager aziendale e segnalati al Servizio di Sorveglianza sanitaria per le valutazioni di competenza e l'eventuale richiesta di consulenza allo psicologo del lavoro specificamente formato.

In ogni caso il lavoratore viene contattato telefonicamente per acquisire ulteriori informazioni in merito alla dinamica degli eventi e, nei casi più critici, è prevista una analisi più approfondita dell'evento, mirata a valutare anche le caratteristiche dei luoghi/strutture ove l'evento si è verificato al fine di attivare eventuali misure correttive. Anche in questo caso il monitoraggio sistematico degli infortuni e delle segnalazioni di violenza verso gli operatori di tutti i settori aziendali, consentono ai Servizi di Prevenzione e protezione, Sorveglianza Sanitaria, Risk Management e Direzione generale di rilevare eventuali criticità e mettere in atto tempestivamente eventuali interventi di adeguamento/miglioramento.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

INFORTUNI: gli infortuni sono oggetto di analisi statistica e di dettaglio, monitorati secondo gli standard di riferimento INAIL e, per quanto riguarda gli infortuni a rischio biologico con potenziale esposizione ad agenti emotrasmessi a seguito di puntura accidentale ed esposizione muco-cutanea, secondo gli standard dello Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV (SIROH).

	2023			2024			2025			Confronto 2025/2024	
	N	% sul totale	% sul sub totale AN	N	% sul totale	% sul sub totale AN	N	% sul totale	% sul sub totale AN	ΔN	Δ%
Totale	435	100		401	100		374	100,0		-27	-6,7
Movimentazione manuale	37	8,5	18,6	29	7,2	14	23	6,1	15,1	-6	-20,7

carichi/pazienti, di cui:											
Movimentazione PAZIENTI	28	6,4	14,1	21	5,2	10,1	17	4,5	11,2	-4	-19
Movimentazione CARICHI	9	2,1	4,5	8	2	3,9	6	1,6	3,9	-2	-25
Cadute	53	12,2	26,6	43	10,7	20,8	29	7,8	19,1	-14	-32,6
Itinere	55	12,6	27,6	59	14,7	28,5	35	9,4	23	-24	-40,7
Altri, di cui:	54	12,4	27,1	76	19	36,7	65	17,4	42,8	-11	-14,5
Urti	22	5,1	11,1	23	5,7	11,1	29	7,8	19,1	6	26,1
Movimentazione senza sforzo/postura	6	1,4	3	1	0,2	0,5	5	1,3	3,3	4	400
Aggressioni	11	2,5	5,5	17	4,2	8,2	18	4,8	11,8	1	5,9
Altra modalità*	15	3,4	7,5	35	8,7	16,9	13	3,5	8,6	-22	-62,9
Sub Totale AN	199	45,7		207	51,6		152	40,6		-55	-26,6
Tasso Incidenza AN / 100 dipendenti esposti	3,4		3,5		2,5						
	N	% sul totale	% sul sub totale RB	N	% sul totale	% sul sub totale RB	N	% sul totale	% sul sub totale RB	ΔN	Δ%
Percutanei	156	35,9	66,1	131	32,7	67,5	162	43,3	73	31	23,7
Mucocutanei	79	18,2	33,5	63	15,7	32,5	59	15,8	26,6	-4	-6,3
Altro rischio biologico	1	0,2	24,2	0	0	0	1	0,3	0,5	1	0
Sub Totale RB	236	54,3		194	48,4		222	59,4		28	14,4
Tasso Incidenza RB / 100 dipendenti esposti	4,1		3,4		3,8						

INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO - ANALISI

	2024			2025			(Differenza) Δ N 2025-24	Δ%
	N	% sul totale	Incidenza a per qualifica	N	% sul totale	Incidenza a per qualifica		
INFERMIERI + STRUM	67	34,5	3,4	83	37,6	4,2	16	23,9
MEDICI	14	7,2	2	13	5,9	1,8	-1	-7,1
CHIRURGHI	32	16,5	11,9	22	10	7,8	-10	-31,3
MEDICI (TUTTI)	46	23,7	4,7	35	15,8	3,5	-11	-23,9
MFS	70	36,1	4,6	85	38,5	5,1	15	21,4
OSS / OTA	3	1,5	0,5	9	4,1	1,7	6	200
OSTETRICHE	3	1,5	2,9	4	1,8	3,7	1	33,3
TEC. RADIOLOGIA	0	0	0	2	0,9	1,4	2	0
TEC. LABORATORIO	2	1	1,3	2	0,9	1,6	0	0
ALTRO	3	1,5	1,1	1	0,5	0,3	-2	-66,7
TOTALE	194		3,4	221		3,8	27	13,9

Esaminando il fenomeno degli infortuni sul lavoro nel triennio 2023-2025, come illustrato nelle tabelle sopra riportate, si rileva che:

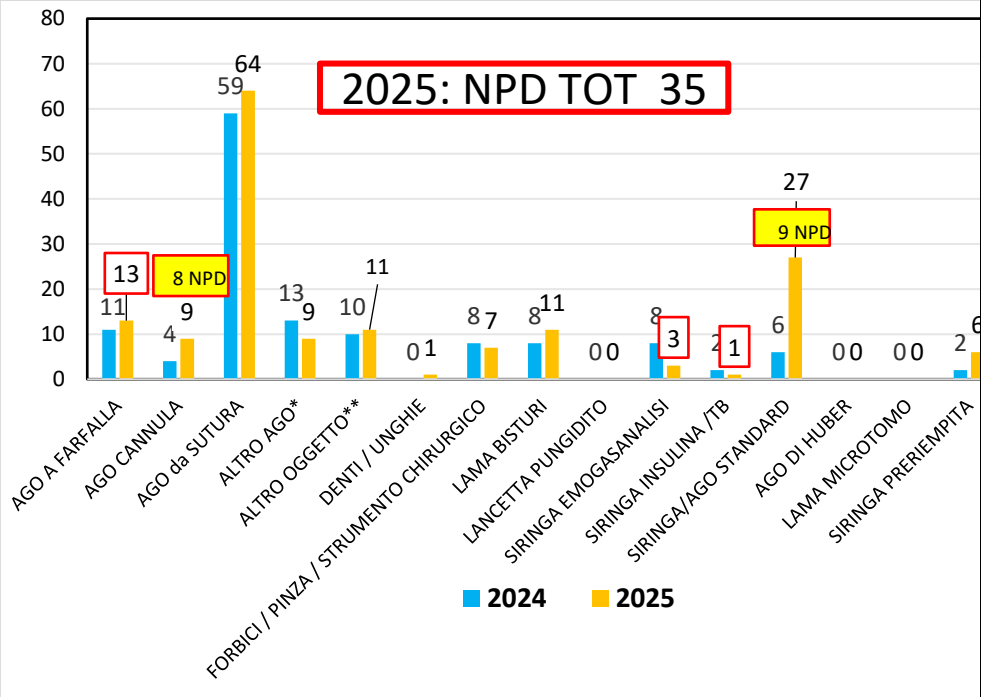
- 1) nel 2025 vs 2024 si è avuto un significativo decremento del fenomeno infortunistico nel suo complesso (401 vs 374 pari al -6,7%); in particolare risultano diminuiti gli infortuni in itinere, da cadute, da urti, da MMP e MMC;
- 2) si registra invece un aumento complessivo degli infortuni per esposizione a rischio biologico (222 nel 2025 vs 194 nel 2024 pari al +14,4%), ma

determinato esclusivamente da quelli causati da lesioni percutanee (+23,7%) a fronte di una riduzione di quelli per esposizione mucocutanea;

3) resta significativo il numero di infortuni dovuti ad aggressioni fisiche e verbali (+16,5%); le aggressioni fisiche, nella maggior parte dei casi, vengono agite da pazienti con ridotte capacità cognitive.

NOTA: la categoria professionale maggiormente a rischio di infortunio per puntura accidentale rimane quella dei medici che effettuano attività chirurgica (in particolare i Medici in Formazione Specialistica) in relazione al frequente utilizzo di aghi da sutura che sono i dispositivi maggiormente implicati nel determinare l'infortunio e non possono essere sostituiti con dispositivi dotati di meccanismo di sicurezza (Needle-stick Prevention Device – NPD) che, per le altre procedure invasive, come da normativa vigente, sono stati invece adottati da numerosi anni.

Si sottolinea però che, come riportato in letteratura, l'introduzione diffusa di NPD non elimina completamente il rischio di infortuni per puntura accidentale (come si evince dalla figura sottostante), e inoltre, il dispositivo tradizionale continua ad essere utilizzato in situazioni circoscritte nelle quali il dispositivo di sicurezza, per ragioni clinico-operative, non può essere utilizzato.



VIOLENZA VERSO GLI OPERATORI SANITARI

In relazione agli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari nel triennio 2023-2025 l'analisi congiunta ed integrata delle segnalazioni specifiche effettuate dagli operatori, degli infortuni e dei rapporti del personale addetto alla vigilanza interna hanno consentito di raccogliere i dati riportati nella tabella seguente, che documentano un incremento complessivo dei casi, che si ritiene possa essere messo anche in relazione sia con una maggiore sensibilità dei lavoratori alla segnalazione che con l'agevolazione costituita dall'applicativo Signal-ER.

Si registra un aumento del 16,5% circa degli episodi di violenza (176 nel 2024 e 205 nel 2025) e una diminuzione (-12,2% circa) delle aggressioni fisiche nel 2025 vs 2024, anno nel quale, invece si era registrato un valore analogo al 2023.

I servizi di Pronto Soccorso (presenti nei 2 ospedali dell’AOU di Modena) sono le strutture che presentano la maggiore frequenza di aggressioni sia verbali che fisiche.

ANNO	Aggressione CONTRO LA PROPRIETÀ			Aggressione VERBALE			Aggressione FISICA			TOTALE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Area psichiatrica/dipendenze*	5	2	6	16	11	20	5	4	5	26 (18)	17 (13)	31 (26)
Pronto Soccorso (escluso Emergenza-Urgenza psichiatrica)	15	7	29	108	89	91	10	14	12	133 (113)	110 (97)	132 (106)
Altro (es. area medica, area ambulatoriale, ecc.)	11	4	5	56	58	62	22	23	15	89 (67)	85 (66)	82 (73)
TOTALE	31	13	40	180	158	173	37	41	32	248 (198)	212 (176)	245 (205)

NOTA:

In **nero** (nella colonna TOTALE) è riportato il n. complessivo delle tipologie di aggressione

In **rosso**: il numero di episodi effettivi di violenza.

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Le attività di miglioramento nell’ambito della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro si articolano in vari ambiti tra i quali, oltre agli adeguamenti strutturali e tecnologici, mantengono una significativa rilevanza gli eventi formativi.

I corsi dedicati sono numerosi e conformi alle indicazioni contenute nell’Accordo Stato Regioni n. 221/CSR del 21/12/2011 e n. 59/CSR (GU 24/05/2025). Oltre ai corsi obbligatori per i lavoratori, in particolare, per il rischio da MMP è attivo un percorso formativo specifico che prevede una parte teorica in FAD ed una pratica di addestramento effettuata da Fisioterapisti esperti.

Sono stati inoltre realizzati corsi per la gestione dell’emergenza incendio.

Per la prevenzione degli infortuni a rischio biologico è proseguita l’adozione di presidi pungenti e taglienti con meccanismo di sicurezza e, in caso di introduzione di nuovi dispositivi medici, vengono effettuati corsi di formazione/addestramento degli operatori al loro utilizzo.

Per la Prevenzione e gestione degli atti di violenza verso gli operatori nel 2025 è stata elaborata la versione aggiornata del:

- PREVIOS (Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari);

Inoltre, in continuità con gli anni precedenti, sia in relazione a questo tema che nell’ambito più complessivo del Benessere organizzativo sono stati organizzati numerosi corsi di formazione (vedi Tabella seguente).

INIZIATIVA FORMATIVA 2025	N. PROFESSIONISTI FORMATI
“La comunicazione interculturale nel contesto sanitario”	12 (1 edizione)
“La gestione dell’aggressività in ambito sanitario”	22 (3 edizioni)
“Raccontare e raccontarsi: parole e speranza”	14 (1 edizione)
“Laboratorio per la gestione dello stress: tecniche e pratiche per il benessere ed il riequilibrio psicofisico”	17 (2 edizioni)
MIND4US” protocollo Mindfulness per la riduzione dello stress	35 (3 edizioni)

	“Lavoro in equipe e benessere organizzativo”	30 (3 edizioni)
	“Leadership Team”	16 (1 edizione)
	“Il Laboratorio delle emozioni”	16 (1 edizione)
	“Il miglioramento del benessere psicofisico e della qualità della vita”	14 (1 edizione)
	“Connessioni empatiche nel lutto: per un approccio efficace con il familiare che riconosce la salma”	13 (1 edizione)
	“Specificità metodologiche e relazionali nel colloquio di valutazione”	33 (3 edizioni)
	“Progettare benessere e salute”	39 (1 edizione)
	“Benessere organizzativo in ambito militare e civile; un confronto tra operatori sanitari”	50 (1 edizione)
	<p>Il tema della violenza risulta particolarmente rilevante nell’analisi del benessere organizzativo dei lavoratori di PS, quindi nello specifico contesto del Pronto Soccorso di entrambi gli stabilimenti ospedalieri dell’AOU (Policlinico e dell’Ospedale Civile di Baggiovara), nel 2024 è stato avviato un progetto di ricerca in collaborazione con il Dipartimento di Economia "Marco Biagi" dell’Università di Modena e Reggio Emilia, finalizzato al miglioramento del benessere lavorativo degli operatori, in corso anche per l’anno 2025. L’obiettivo principale del progetto è costituito dall’analisi dei processi di lavoro e delle condizioni organizzative, al fine di individuare proposte di cambiamento che favoriscano il benessere lavorativo.</p> <p>La metodologia ha previsto una fase quantitativa, con la somministrazione di un questionario agli operatori dei PS, per indagare dimensioni quali la preoccupazione rispetto al tema della violenza lavorativa, la soddisfazione lavorativa e la qualità delle condizioni di lavoro. A questa indagine quantitativa ha fatto seguito una seconda fase qualitativa sviluppata anche nel corso del 2025, che ha incluso momenti di osservazione sul campo ed interviste semistrutturate con figure chiave quali la Direzione Sanitaria, Amministrativa e Assistenziale, oltre ai Direttori dei 2 PS, medici, infermieri e operatori socio-sanitari ivi occupati, i cui risultati sono in fase di elaborazione.</p>	
Valutazione dei risultati e prospettive future	<p>Il lavoro di gestione integrata del rischio tra SPP e Risk management, in particolare per la prevenzione degli episodi di violenza in danno degli operatori sanitari, ma non solo, è ormai consolidato in AOU e consente l’attuazione di azioni sinergiche e condivise all’interno dell’organizzazione aziendale.</p> <p>La prevenzione degli episodi di violenza ed il supporto agli operatori, nelle sue varie forme, verrà mantenuto oggetto di particolare attenzione nel corso dei prossimi anni.</p>	

12: ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Costituzione italiana artt. 2-13-32;</p> <p>Codice penale, art. 54 c.p., art. 40 c.p.;</p> <p>DGR n. 1706/2009, “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”, Emilia Romagna;</p> <p>Art. 333 del codice di procedura penale “Denuncia da parte di privati”;</p> <p>Ministero dell’Interno: “Linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse” del 5/08/2010.</p> <p>Legge 14 Novembre 2012 n.203 “Disposizioni per la ricerca di persone scomparse”.</p> <p>Circolare Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali RER PG 2013/42763 del 15/02/2013 oggetto: “Indicazioni relative ad allontanamento di Paziente preso in carico da strutture sanitarie”.</p> <p>DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico);</p> <p>“Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell’allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie” Regione Emilia-Romagna, Luglio 2015. Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</p> <p>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”</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’allontanamento di un paziente preso in carico da una struttura sanitaria senza che il personale ne sia stato messo a conoscenza rappresenta un evento che implica diverse problematiche per il paziente e per l’organizzazione stessa. L’incident reporting è uno degli strumenti utilizzati per la rilevazione di accadimenti correlati alla sicurezza delle cure, rivolti a contribuire all’apprendimento collettivo (learning), attraverso segnalazioni, volontarie e strutturate, di “eventi avversi”, “no harm events” (eventi senza danno) e “near miss” (quasi eventi). Tra i contesti tematici oggetto di incident reporting, rientrano anche gli episodi di allontanamento del paziente dal contesto di cura.</p> <p>Nel corso dell’anno 2024 è stata utilizzata la piattaforma digitale regionale SegnalER quale strumento unico di segnalazione di tutti gli eventi significativi per la sicurezza delle cure.</p>

<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel corso del 2023 sono stati segnalati, con il sistema IR, tre episodi di allontanamento, due verificatisi presso lo stabilimento Ospedale Civile di Baggiovara e uno presso il Policlinico. Nell'anno 2024 sono stati segnalati n. 11 episodi di allontanamento di pazienti, verificatisi n. 9 presso l'Ospedale Policlinico e n. 2 presso lo stabilimento Ospedale Civile di Baggiovara. Anche nell'anno 2025 sono stati segnalati n. 18 episodi di allontanamento di pazienti, verificatisi n. 7 presso l'Ospedale Policlinico e n. 11 presso lo stabilimento Ospedale Civile di Baggiovara.</p> <p>Relativamente alla provenienza, i Dipartimenti che hanno contribuito alla segnalazione sono stati il Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento di Medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post Acuzie, Dipartimento Apparato Locomotore, Dipartimento di Emergenza Urgenza, Dipartimento di Medicine Specialistiche, Dipartimento Assistenziale Medicina di Area Critica. Tutti i casi si sono essenzialmente conclusi senza esito lesivo per il paziente.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Anche nel corso del 2025 è proseguito il monitoraggio da parte della funzione di risk management degli episodi di allontanamento segnalati su apposita piattaforma SegnalER; ciò, ai fini di attivazione, nei casi di maggior rilievo, dei necessari approfondimenti e/o analisi con i professionisti interessati per individuare le eventuali azioni di miglioramento necessarie, nonché di segnalazione al SIMES di eventuali eventi sentinella correlati ad episodi di allontanamento con esito lesivo maggiore.</p> <p>Rispetto ai casi segnalati, sono state adottate talune azioni di miglioramento, strutturali ed organizzative, atte a prevenire il riaccadimento dell'episodio.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>È interesse aziendale terminare il processo di revisione della procedura aziendale, implementando le modalità operative di gestione dell'allontanamento del paziente, con recepimento delle Linee di indirizzo regionali pubblicate nel 2015 sulla prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie. Verrà altresì implementata la diffusione della reportistica aziendale, con l'intento di aumentare la sensibilizzazione degli operatori e la loro consapevolezza dell'importanza di questa forma di segnalazione di eventi avversi e near miss.</p>

13: VISITE PER LA SICUREZZA (PROGETTO REGIONALE VISITARE)

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>Safety Walk Round (“Giri per la Sicurezza”), Frankel, 2000</p> <p>DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico);</p> <p>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”</p> <p>Progetto VI.SI.TA.RE, “VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale”, Direzione Generale Cura della persona, salute e Welfare, luglio 2017</p> <p>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</p> <p>DGR 972/2025: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2025”</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Il progetto VI.SI.TA.RE (Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia-Romagna) ha avuto inizio nel corso dell’anno 2014 con l’obiettivo generale di sperimentare in alcune aziende sanitarie lo strumento delle Visite.</p> <p>Un gruppo definito di professionisti (c.d. Team), che può avvalersi di specifiche professionalità correlate all’analisi del rischio, effettua delle visite presso UO di volta in volta individuate per raccogliere informazioni su condizioni individuate dagli operatori come fattori di rischio per la sicurezza, con l’obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere la connessione tra le reti della sicurezza; - stimolare un approccio etico al tema della sicurezza; - verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione; - far emergere nei contesti coinvolti eventuali criticità legate ai pericoli presenti e i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, per individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione; - favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti. <p>Il processo di realizzazione delle VISITE prevede un modello circolare tipico dei cicli della qualità per cui è prevista una fase di pianificazione, di intervento, di controllo e di verifica.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Dal 2015, ovvero dall’avvio della sperimentazione con le Aziende della Regione Emilia-Romagna, l’AOU di Modena ha aderito al progetto VI.SI.TA.RE; ciò, al fine di migliorare il</p>

	<p>livello di sicurezza delle cure e garantire una maggiore qualità della propria organizzazione sanitaria.</p> <p>Nel corso del 2025 lo strumento Vi.Si.T.A.RE è stato applicato presso due UU.OO. aziendali (Medicina Oncologica, Geriatria). Tutte le visite sono state effettuate a cura di un team allargato a rappresentanti dell'area rischio infettivo, della farmacia e del Servizio Immuno-trasfusionale.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Il percorso VI.SI.TA.RE ha consentito di definire, per ciascuna delle strutture visitate, diverse azioni di miglioramento, correlate sia alla necessità di specifica formazione del personale che alla necessità di adeguamenti organizzativi e strumentali o di revisioni procedurali.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Il progetto VI.SI.TA.RE è ormai consolidato nell'AOU e il personale sanitario si dimostra favorevole all'effettuazione di iniziative sul tema della sicurezza, percepito come fondamentale nella pratica assistenziale quotidiana. Si intende, quindi, proseguire nell'impegno di assicurare l'adesione al progetto, approfondendo tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori, oltrech� facilitando l'adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilit� dell'organizzazione.</p>

CONCLUSIONI

La Gestione del rischio rientra fra le attività che sostanziano il Governo clinico, inteso come “... *un approccio integrato per l’ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità ...*” (Min. Salute, Area governo clinico, sicurezza e qualità delle cure) ossia come “*sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica*” (Scally G., Donaldson L.J., BMJ, 4 July 1998).

Premesso che, notoriamente, la gestione del rischio clinico si esercita attraverso l’applicazione complementare di un approccio preventivo (orientato all’analisi di processo ed all’identificazione delle aree che richiedono interventi correttivi e/o di miglioramento, oltreché dal continuo monitoraggio della qualità e dell’adeguatezza del servizio erogato) e di un approccio reattivo, realizzato a partire dalla registrazione e dall’analisi degli eventi avversi, sia effettivi che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza e la gravità, il riferimento al dettato normativo di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24, per come interpretato in premessa, ha orientato la stesura di questa relazione in termini di rappresentazione dell’impegno costantemente profuso per la sicurezza e il miglioramento, anche a partire da una sistematica raccolta dei dati relativi ad eventi avversi e near miss (o quasi eventi).

Si sottolinea, in proposito, che, per alcune fonti, ad esempio agli eventi avversi, la rilevazione di un aumento numerico non deve automaticamente essere considerato come effetto di una scadente performance dell’organizzazione sanitaria, quanto invece di maggiore sensibilità nella capacità di rilevare gli stessi accadimenti e il risultato di una più elevata consapevolezza e trasparenza del sistema e di una più radicata cultura della sicurezza.

In quest’ottica si è ritenuto, pertanto, di illustrare sia l’impiego a livello aziendale dei dati relativi agli eventi avversi ed ai quasi-eventi ricavati dalle varie fonti informative (incident reporting, reclami, richieste di risarcimento, ecc.) a fini di miglioramento, che anche i risultati di alcune attività proattive (implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente, utilizzo di checklist di sicurezza di sala operatoria, ecc.) mirate al contenimento di specifiche categorie di rischio (cadute, rischio infettivo, ecc.).

Con questa relazione si è inteso fornire una rappresentazione realistica del complessivo impegno aziendale al costante miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità dei servizi erogati, nella consapevolezza che solo una visione e gestione integrata del rischio possa introdurre i cambiamenti nella pratica clinica necessari ad aumentare il livello di sicurezza delle cure, nonché promuovere la crescita di una cultura della sicurezza concretamente attenta e vicina al paziente, ma anche agli operatori. L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena si propone di mantenere un costante impegno in tale senso, confidando anche in una sempre maggiore collaborazione da parte dei cittadini, dei pazienti e dei caregiver.