



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento

(art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24)



- Anno 2025 -

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 inoltre precedenti indirizzi normativi, tra cui quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208, dove si dispone che tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di prestazioni sanitarie debbano attivare un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche orientata alla effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti ed alla 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, datato 29/09/2017, chiarisce poi che tra gli accadimenti di interesse siano da considerarsi tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, a comprendere non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli privi di conseguenze (eventi senza danno) o semplicemente a rischio potenziale di danno (i cosiddetti “quasi eventi” o “near miss”, ovvero eventi che “stavano per accadere” ma che sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Appare pertanto evidente come lo spirito che anima tali dettati normativi sia quello di promuovere anzitutto la “sicurezza” delle organizzazioni ed assicurare, nel contempo, la trasparenza delle informazioni nei confronti del cittadino.

La pubblicazione, all’interno del sito internet aziendale, della presente relazione, mira in effetti allo scopo di coniugare la disponibilità dei dati con la rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento qualitativo delle cure, impegno che si traduce nella evidenza delle iniziative che l’Azienda mette in atto, una volta recepite le cause degli eventi avversi verificatisi o delle situazioni di rischio (i “near miss”, gli eventi senza danno o con basso danno, vanno in particolare letti quali opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento dei livelli di “safety”).

L’impegno per una garanzia verso tali principi, da parte delle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli “eventi avversi”, ma dallo sforzo e dalla propensione alla “misurazione della sicurezza delle cure”, attraverso l’utilizzo delle relative fonti da cui attingere le informazioni.

Dato per presupposto che le organizzazioni sanitarie più affidabili risultano essere quelle che mettono al centro la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza, va sottolineato come la rilevazione degli eventi venga posta dal legislatore in correlazione con l’analisi degli stessi, per individuarne le cause e soprattutto per predisporre iniziative finalizzate ad evitarne il riaccadimento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e, come è ampiamente noto in letteratura, sicuramente non si basa su dati derivanti dall’utilizzo di un solo strumento di rilevazione, ma richiede fonti informative diverse e differenziate tra loro. Al proposito può ricordarsi quanto efficacemente sintetizzato da Sun¹: “[...] 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”. Al proposito ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza, quale base informativa essenziale; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la gestione del rischio, alcuni sistemi di segnalazione attiva, in parte obbligatori (sono a

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

carico degli operatori sanitari gli incident reporting, la farmacovigilanza, la dispositivo vigilanza, l'emo vigilanza, ecc.) ed altri che rimandano a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri). Va tuttavia evidenziata una fondamentale premessa: anche qualora un sistema sanitario (che si sia correttamente impegnato nel miglioramento della sicurezza dei pazienti) dovesse osservare un aumento del numero di eventi avversi, ciò potrebbe non significare automaticamente un deterioramento della qualità della cura, ma il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema. D'altra parte una importante riduzione delle segnalazioni, oltre ad indicare un possibile effettivo calo di criticità presenti in un determinato contesto, potrebbe essere letta anche quale conseguenza di una caduta di attenzione verso doverose attenzioni e/o corrette misure di tutela osservate e praticate fino ad allora.

Assetto organizzativo per la "Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure" dell'Azienda USL di Ferrara

L'assetto organizzativo dell'infrastruttura aziendale per la gestione del Rischio Clinico trova definizione e origine nella Delibera n. 47 del 27.1.2003 "Implementazione di un programma sperimentale di Risk Management", affidato all'U.O. di Medicina Legale. Motivazione dell'atto deliberativo è stata l'esigenza di attivare processi integrativi alle procedure di accreditamento, in un più ampio contesto di implementazione del Governo Clinico, volti a ridurre i rischi, migliorando la qualità dei servizi e contenendo contestualmente i costi derivati da eventi avversi. L'attivazione del programma sperimentale ha comportato l'assegnazione della U.O. di Medicina Legale in posizione di staff con la Direzione Sanitaria aziendale, intendendo, con questo, sancire l'afferenza della tematica "Rischio Clinico" alla Direzione Sanitaria stessa, titolare, per normativa (DGR. N.86/2006), del più ampio tema del Governo Clinico. Nel 2007 è stata costituita la rete dei referenti del rischio clinico che ha visto l'individuazione, per ogni Unità Operativa Ospedaliera, sia di un medico, sia di un operatore di area tecnico professionale. Nel 2008, con la medesima logica, è seguita l'istituzione dei referenti del rischio clinico di livello dipartimentale (un medico e un professionista sanitario, in funzione della specifica disciplina). A fine 2008 è stato costituito il Nucleo Operativo Rischio Clinico (NORC), formato da rappresentanti di ogni Dipartimento (un medico e un rappresentante delle professioni sanitarie), coordinato dal RiskManager aziendale coadiuvato dal Risk Manager di area tecnico professionale. Relativamente all'assetto organizzativo di governo del Rischio Infettivo, in data 07/12/2012, con delibera n. 348, è stato costituito il Nucleo Operativo Controllo Infezioni (NOCI), struttura organizzativa inserita nelle competenze del Presidio Unico Ospedaliero avente come responsabile il Direttore del Dipartimento di Direzione di Assistenza Ospedaliera. In data 06/12/2013, con delibera n. 311, è stato approvato il nuovo assetto organizzativo e le funzioni degli organismi e della rete di referenti/facilitatori deputati alla Gestione del Rischio Infettivo nell'Azienda USL, secondo quanto indicato dalla linee guida regionali di cui alla DGR n. 318/2013. In data 26/05/16 con la delibera n. 75 è stato nominato il Nucleo Operativo Provinciale di "Politica degli antibiotici". Con la delibera DG Welfare RER 3883 del 05/3/2021 la competenza di Risk Manager è stata affidata al Responsabile del Modulo Organizzativo Contenzioso Medico Legale Provinciale che esercita la funzione congiuntamente al Responsabile per la Sicurezza delle Cure dell'Area Tecnica e Infermieristica.

Successivamente l'Azienda USL congiuntamente alla Azienda Ospedaliero-Universitaria hanno perseguito un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane. Questo modello è fondato sull'integrazione con l'Università, sull'utilizzo di strumenti di esercizio associato di funzioni e servizi, sulla costruzione di Direzioni uniche provinciali e prevede la concentrazione delle funzioni valorizzando la prossimità agli utenti.

Il sistema di governance è quindi basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

Rispetto agli ambiti di responsabilità istituzionale propri, derivanti a ciascuna delle Aziende sanitarie della provincia dalla titolarità in merito ai tre macro livelli di assistenza – assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera - la Direzione Generale dell'Azienda USL e

dell'Azienda Ospedaliera hanno riorganizzato, secondo logiche di integrazione strutturale e intenti strategici comuni, le funzioni ricomprese nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e delle funzioni amministrative tecniche e professionali a diretto supporto dell'attività assistenziale e/o aventi natura logistica.

In questa ottica, in data 24 maggio 2022 (G.U. n.41, Prot. Rif det n. 632 del 19/04/2022) l'Azienda U.S.L. di Ferrara ha stabilito di procedere al conferimento di incarico quinquennale di struttura complessa di dirigente medico - direttore dell'U.O. C. "Interaziendale gestione del rischio clinico" di nuova costituzione ed in staff alla Direzione Generale, con avviso pubblico e successiva attività concorsuale da evadere entro l'anno solare.

Dal 4 gennaio 2023, la UOC Interaziendale "Gestione del rischio clinico" Azienda Sanitaria Locale di Ferrara – Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara è diretta dal Risk Manager Azienda Sanitaria Locale di Ferrara – Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara (delibera n. 349 del 22/12//2022 Conferimento incarico di Direttore Medico dell'U.O. Interaziendale Gestione Rischio Clinico; Rettifica delibera n. 384 del 30/12/2022).

L'attuale modello di gestione del rischio dell'Azienda USL di Ferrara (in modo congiunto con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria) si basa su una infrastruttura aziendale così composta:

1. Il Direttore Sanitario dell'Azienda, in quanto titolare del governo clinico (DGR n.86/2006), presiede l'attività del Collegio di Direzione compresa la politica per la gestione del rischio avvalendosi del Nucleo Operativo Controllo Infezioni (NOCI). Inoltre, approva tutte le procedure trasversali inerenti la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.
2. Il Collegio di Direzione avalla il Piano Programma presentato annualmente dal risk manager e dal responsabile del rischio infettivo, elaborato di concerto col Direttore Sanitario.

Le funzioni del Risk Manager in collaborazione con il Responsabile per la Sicurezza delle Cure prevedono:

- l'elaborazione e l'aggiornamento periodico del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e la sua presentazione al Collegio di Direzione;
- il coordinamento operativo per il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi declinati nella programmazione annuale del Piano Programma aziendale;
- la gestione degli Eventi Sentinella comprensiva dell'analisi dei singoli eventi, l'assolvimento del relativo debito informativo regionale e ministeriale (SIMES) comprensivo della compilazione delle schede B e C;
- il supporto e la supervisione delle attività dei referenti dipartimentali del rischio;
- la gestione e il monitoraggio dei database aziendali di raccolta delle segnalazioni e degli alert report;
- la collaborazione con l'U.O.C. Assicurativo e Contenzioso AUSL/AUO FE;
- la verifica di tutte le procedure afferenti all'area del rischio e approvate dalla Direzione Sanitaria attraverso l'applicativo doc-web;
- il mantenimento e la promozione della cultura patient safety aziendale e la competence dei referenti del rischio.

Per meglio governare il processo di pianificazione strategica e di programmazione delle attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi afferenti la sicurezza delle cure, l'Ausl elabora congiuntamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria, il Piano Programma aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio a valenza annuale, secondo le nuove indicazioni regionali, differenziando strumenti, metodologia e ambiti d'intervento.

La programmazione aziendale viene sviluppata in coerenza alle linee di pianificazione triennale stabilite e modulata annualmente, tenendo conto dei risultati della pianificazione dell'anno precedente e recependo gli indirizzi regionali di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale.

L'interazione fra le aree Rischio Clinico, Rischio Infettivo, Servizio Prevenzione e Protezione, Medicina Legale e Servizio Assicurativo ha l'obiettivo di creare sinergie operative, coerenza metodologica e condivisione dei

contenuti e dei risultati sia in fase di programmazione, sia in fase di verifica.

Il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio rappresenta il principale atto istituzionale con il quale le Aziende Sanitarie assumono un formale impegno per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori mediante un approccio sistemico, puntualmente pianificato e verificato.

Dal 2007, anno di attivazione della funzione aziendale di risk management, ad oggi si è passati da un approccio alle tematiche del rischio di tipo settoriale ad una gestione sistemica capace di approcciare i vari ambiti con metodologie e strumenti appropriati in un contesto culturale decisamente diverso rispetto a quello degli anni duemila, caratterizzato da una crescente domanda e da un'augmentata complessità del sistema. Questa considerazione si rende necessaria per far comprendere come le linee strategiche di seguito enunciate rappresentino un nuovo punto di partenza rispetto ai risultati sino ad oggi conseguiti. Esse, pertanto, ricomprendendo la storia dell'evoluzione del percorso aziendale di gestione del rischio, aspirano certamente al consolidamento dei processi già attivati senza però rinunciare all'acquisizione di nuovi strumenti e nuove metodologie di gestione del rischio in un contesto di patient safety crescente sia nel suo livello sia nel numero di operatori coinvolti.

L'approccio al tema della sicurezza aziendale guarda al modello internazionalmente riconosciuto di un sistema di gestione orientato a garantire il passaggio dall'ottica Safety I, orientata a rispondere agli eventi indesiderati per cercare di capirne le cause e le eventuali barriere e proporre soluzioni di miglioramento, ad un'ottica di Safety II, sempre più proattiva, volta ad anticipare gli eventi e a vedere nei professionisti sanitari le risorse necessarie per mantenere la sensibilità ai possibili incidenti, sviluppare soluzioni flessibili ai problemi potenziali e comprendere anticipatamente quali siano le condizioni di difficile monitoraggio e controllo.

Linee strategiche aziendali di riferimento:

In linea con le indicazioni ministeriali e regionali, l'Azienda USL di Ferrara persegue i seguenti indirizzi strategici per la promozione e lo sviluppo della sicurezza delle cure:

- Sviluppare e diffondere la cultura della sicurezza, non punitiva e aperta all'apprendimento, anche mediante l'attivazione di specifici percorsi formativi;
- Sistematizzare i vari strumenti di registrazione/segnalazione degli eventi indesiderati e integrarne le informazioni;
- Costruire la mappa dei rischi per la sicurezza dei pazienti;
- Implementare gli strumenti di gestione del rischio;
- Perfezionare l'utilizzo delle checklist di Sala Operatoria;
- Apprendere dall'errore anche mediante l'analisi degli eventi avversi utilizzando la metodologia SEA e RCA; Attivare azioni di miglioramento coerenti con le criticità analizzate o registrate;
- Consolidare l'utilizzo della FMEA/FMECA;
- Implementare l'adozione e l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali e valutarne l'applicazione anche mediante il metodo SWAR;
- Aggiornare tempestivamente procedure, istruzioni operative e protocolli sulla base delle nuove linee di indirizzo nazionali e regionali;
- Garantire la tempestiva e puntuale gestione degli eventi sentinella compreso il debito informativo;
- Aderire per quanto possibile alle call di AGENAS;
- Consolidare ulteriormente le attività di sorveglianza del rischio infettivo e del buon uso degli antibiotici;
- Mantenere alto l'impegno di promozione della corretta igiene delle mani;

- Mantenere la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (progetto SICHER);
- Mantenere la sorveglianza degli alert organismi;
- Mantenere la sorveglianza della Legionella;
- Coinvolgere i pazienti nei processi di cura;
- Strutturare in modo permanente modalità di coordinamento fra le aree deputate a presidiare la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e le principali interfacci di riferimento (Dipartimento Tecnico, Ingegneria Clinica, SIT, ICT, Medicina Legale, Servizio Assicurativo).

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: INCIDENT REPORTING	
<i>Tipologia</i>	Incident Reporting
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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). 2. Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 a. comma 539). 3. Servizio assistenza ospedaliera, Regione Emilia- Romagna, Incident Reporting in Emilia-Romagna 2013-2015 - novembre 2016 4. DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza). 5. DGR N. 1772/2022 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2022” 6. ISTRUZIONE OPERATIVA INTERAZIENDALE I-900-INTER Incident reporting rev 0 del 27 09 2023 - UOC Interaziendale Gestione del Rischio Clinico. 7. PROCEDURA INTERAZIENDALE P-900-INTER Gestione eventi clinici avversi rev 0 del 02 10 2023 - UOC Interaziendale Gestione del Rischio Clinico.
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>Definizione - 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>Obiettivi - La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di 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. Ma 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 infatti 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</p>

	<p>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.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Nel corso del 2025 sono stati analizzati 111 eventi. La distribuzione evidenzia una forte propensione alla segnalazione preventiva, pur rilevando alcuni eventi con esito clinico.</p> <p>1. Prospetto degli Esiti</p> <p>La piramide della sicurezza mostra una prevalenza di eventi a basso o nullo impatto diretto sul paziente, il che indica un sistema di monitoraggio attivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione (Near Miss e Pericolo): Ben 51 segnalazioni (33 situazioni di pericolo e 18 eventi intercettati) riguardano criticità bloccate prima che raggiungessero il paziente. • Nessun danno (Livello 1): 38 casi registrati. • Eventi con esito clinico: Si contano 21 casi tra esiti minori e moderati, 2 casi con Esito Significativo (Livello 7) e 1 caso con Esito Severo (Livello 8). <p>2. Analisi per Area Specialistica</p> <p>Escludendo le sedi e aggregando per tipologia di servizio, i dati mostrano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Area Medica (Medicina Generale): È l'area che presenta il profilo di rischio più elevato. • Area Diagnostica (Radiologia): Presenta un buon volume di segnalazioni (10 casi), ma quasi esclusivamente concentrate su situazioni di pericolo o eventi senza esito, suggerendo processi di controllo efficaci. • Area Lungodegenza (LPA): Registra eventi distribuiti tra situazioni di pericolo ed esiti moderati/significativi.
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Tutti gli strumenti elaborati per migliorare la Sicurezza delle cure sono inseriti nella Intranet Aziendale e sono diffusi ai professionisti anche attraverso i corsi di formazione annuali organizzati a livello Aziendale sulla "Gestione del Rischio".</p> <p>Formazione aziendale dedicata alla gestione del rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corso FAD Introduzione alla Gestione del Rischio Clinico - Corso FAD Segnalare un evento mediante Incident Reporting - Corso Audit SEA come strumento di miglioramento - Incontri con la rete di discussione su IR pervenuti e su modalità di raccolta delle segnalazioni. <p>Programmazione e svolgimento Audit SEA per eventi con esito moderato e significativo: nella quasi totalità dei casi sono stati adottati azioni/accorgimenti successivi all'evento. In particolare per l'anno 2025 si segnalano gli audit svolti presso l'UO di PMA, presso il Servizio domiciliare ADI, la Terapia Intensiva e l'UTIC.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>L'analisi delle segnalazioni registrate nel 2025 conferma il consolidamento della cultura della sicurezza all'interno dell'Azienda. Si osserva un progressivo incremento del volume totale di eventi riportati rispetto al 2024, segno che l'utilizzo della piattaforma di segnalazione è ormai una pratica consolidata e percepita dagli operatori come uno strumento di tutela e miglioramento, piuttosto che meramente ispettivo.</p> <p>Analisi del Profilo di Rischio</p> <p>L'elemento caratterizzante del 2025 è l'elevata capacità del sistema di funzionare come barriera protettiva. La quasi totalità delle segnalazioni riguarda infatti situazioni di pericolo (Near Miss) o eventi che sono stati intercettati prima di raggiungere il paziente o che, pur avendolo raggiunto, non hanno prodotto esiti clinici rilevanti.</p> <p>Questo scenario indica che le barriere di sicurezza aziendali sono reattive: la</p>

	<p>maggior parte degli incidenti rimane confinata nell'ambito della prevenzione o di esiti lievi, mantenendo il profilo di rischio complessivo entro livelli di sicurezza elevati.</p> <p>In conclusione, il sistema di Incident Reporting nel 2025 si dimostra maturo e capace di generare un volume di dati utile alla prevenzione. L'obiettivo per il prossimo periodo sarà quello di affinare la qualità del dato inserito, incentivando gli operatori a una descrizione sempre più puntuale, per trasformare ogni "near miss" in un'opportunità di revisione dei processi organizzativi.</p>
--	---

Cadute

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: CADUTE	
<i>Tipologia</i>	Prevenzione delle Cadute
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> – WHO – World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneve: WHO - 2004 – National Institute for Health and Care Excellence (NICE) “Falls: assessment and prevention of falls in older people” NICE Clinical Guideline 161, 2013 reperibile su www.nice.org.uk – Ministero della Salute “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”. Raccomandazione n. 13, novembre 2011. Dipartimento della Qualità – AHRQ “Preventing Falls in Hospitals: A toolkit for Improving Quality of Care”. AHRQ Publication No. 13.0015-EF, January 2013. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality – Regione Emilia Romagna - Indicazioni Regionali sui criteri per la identificazione di ES correlati alla caduta del paziente, febbraio 2016 – Regione Emilia Romagna - Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, dicembre 2016 – DGR N. 1772/2022 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2022”
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>La Scheda segnalazione Caduta- Incident Reporting Caduta è uno strumento per la gestione del rischio al fine di rilevare, segnalare e monitorare il fenomeno caduta nelle varie articolazioni Aziendali, in ottemperanza a quanto previsto dalle raccomandazioni Ministeriali e dalle indicazioni regionali.</p> <p>Obiettivi: l’obiettivo del sistema di segnalazione ed analisi delle cadute è quello di descrivere e monitorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l’evento caduta, descrivendo luogo, modalità e dinamica; - gli effetti delle cadute; - i fattori contribuenti legati al paziente, all’organizzazione, all’ambiente o a determinati presidi; - l’incidenza delle cadute; - le azioni di miglioramento. <p>La Scheda alimenta il sistema di segnalazione Aziendale, dove le segnalazioni inviate alle Direzioni di Presidio, vengono analizzate con la finalità di rilevare i fattori che le hanno causate, allo scopo di verificare con gli attori delle</p>

	<p>strutture interessate la possibilità di adottare azioni di miglioramento, per preventive e/o a ridurre il “fenomeno cadute”.</p> <p>I dati contenuti nella scheda, vengono inseriti esclusivamente nella piattaforma regionale SegnalER, che permette al Risk manager e ai Responsabili per la sicurezza delle cure di analizzare il fenomeno e diffondere i risultati alle articolazioni aziendali.</p> <p>La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l’attenzione a livello Nazionale (Raccomandazione nr. 13 Ministero Salute 2011), Regionale (implementazione delle Linee di Indirizzo sulla prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale) e aziendale.</p> <p>Il Risk manager e ai Responsabili per la sicurezza delle cure diffonde annualmente un “Report Cadute” che descrive il “fenomeno caduta” nell’Azienda USL di Ferrara, rilevato mediante le schede di Segnalazione Caduta-Incident Reporting.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>L'analisi dei dati relativi all'anno 2025 evidenzia un totale di 118 cadute registrate. Di seguito viene riportata la distribuzione dettagliata per gravità dell'esito e unità operativa di riferimento:</p> <p>Dall'analisi complessiva emerge che la maggior parte degli eventi non ha prodotto conseguenze cliniche rilevanti per i pazienti:</p> <p>Nessun esito: 98 casi (pari all'83% del totale). Esito Minore/Moderato: 18 casi (pari al 15% del totale). Esito Significativo (Livello 7): 2 casi (circa il 2%).</p> <p>Rispetto al monitoraggio del 2024, si conferma un'ottima capacità di intercettazione precoce degli eventi, mantenendo la quota di esiti gravi a una percentuale molto contenuta.</p> <p>Localizzazione degli Eventi per Unità Operativa</p> <p>La distribuzione nelle diverse aree di degenza mostra le seguenti criticità:</p> <p>Area Medica: La Medicina Generale rimane l'area con il maggior numero di segnalazioni (46 casi totali).</p> <p>Area Lungodegenza (LPA): Si conferma un'area a rischio con 26 eventi segnalati, legati alla fragilità intrinseca della tipologia di pazienti trattati.</p> <p>Il profilo del paziente a rischio per il 2025 si conferma essere il grande anziano (over 75) con polipatologie. L'analisi degli eventi indica che la maggior parte delle cadute avviene in momenti di autonomia non assistita (es. spostamenti notturni o verso i servizi igienici).</p> <p>L'incremento dell'accuratezza nella compilazione dei report nel 2025 permette di pianificare interventi correttivi più mirati, con particolare focus sul potenziamento dei presidi di sicurezza nelle unità di Medicina e Lungodegenza, dove la frequenza degli eventi è maggiore.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Nell’ambito delle singole Unità Operative, tra le iniziative di miglioramento proposte dalle linee guida regionali e recepite dalla procedura aziendale, sono stati svolti audit dei singoli eventi di caduta, in particolare con esito, utilizzando una specifica check list. Si propone di mantenere gli audit specifici in tutti i reparti di area medica e presso gli OSCo. Sarebbe altresì indispensabile applicare le linee di indirizzo regionali per la prevenzione della contenzione, questo in particolar modo per le cadute dal letto con sponde.</p> <p>Le azioni di miglioramento proposte verranno recepite con l’aggiornamento della procedura e istruzione operativa prevista per l’anno 2026.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Revisione delle procedura ed istruzione operativa aziendale con redazione a carattere Provinciale (AOU + AUSL Ferrara).</p> <p>Mantenimento della “Piattaforma SegnalER” per la segnalazione di tutti gli eventi caduta.</p> <p>Promozione di eventi formativi e di audit per eventi significativi.</p>

Check-list di Sala Operatoria

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: CHECK-LIST (SSCL)	
<i>Tipologia</i>	Checklist di sala operatoria
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Linee Guida per la sicurezza in sala operatoria 2008, OMS. – 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). – Deliberazione della Giunta Regione Emilia Romagna 18 novembre 2019, nr. 2050 “Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo” – DGR N. 1772/2022 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2022” <p>OMS: Implementation Manual Surgery Safety Check List E-RSalute http://www.who.int/patientsafety/en/</p> <p>Sale Operatorie Sicure; http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/sale-operatoriesicure-sos-net</p> <p>Regione Emilia Romagna circolare n.18 del 5 dicembre 2016 “Specifiche per la gestione della Checklist di sala operatoria (Surgical Safety Checklist SSCL e Infezione del sito chirurgico – SICHChER)”</p>

<p><i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i></p>	<p>Le Sale Operatorie sono luoghi altamente complessi in cui i comportamenti dei professionisti, incentrati sulla riduzione del rischio, rappresentano un elemento saliente e incisivo per determinarne la loro riduzione. E' quindi fondamentale considerare le interazioni che avvengono in tali luoghi e che riguardano i processi tecnologici, organizzativi, sociali e culturali. Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell'equipe, considerando che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere non lavorano in maniera isolata gli uni dagli altri, ma in maniera corale "in un lavoro di squadra". Diventa imprescindibile assicurare un clima di forte interazione a feed-back che promuove collaborazione tra le diverse professionalità.</p> <p>La comunicazione efficace rappresenta uno degli driver fondamentali per la prevenzione del rischio, seppur, non esclusivo.</p> <p>Definizione - La Checklist (SSCL) per la sicurezza in sala operatoria è uno strumento a supporto delle équipe operatorie multiprofessionali che si propone la finalità di favorire in maniera sistematica l'aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi evitabili.</p> <p>Obiettivi – La SSCL si propone di migliorare la comunicazione e l'interazione in sala operatoria e rappresenta un supporto per i professionisti. E' un dispositivo sinottico che facilita l'esecuzione dei controlli di sicurezza durante le fasi e i passaggi critici della procedura chirurgica, consentendo di intercettare il pericolo e così prevenire l'evento avverso.</p> <p>Nei presidi ospedalieri la SSCL in sala operatoria è stata introdotta nel 2010 nell'ambito del progetto regionale "Rete delle Sale Operatorie Sicure" (SOS.net) che prevede l'utilizzo della SSCL negli interventi chirurgici elettivi e l'invio dei flussi informativi sul suo utilizzo in Regione Emilia Romagna (RER). La RER ha, infatti, sviluppato un sistema di monitoraggio e misurazione per valutare l'utilizzo della SSCL in ogni ospedale del territorio regionale. Per il buon funzionamento del sistema di monitoraggio è necessario che i flussi informativi inviati da ogni singola azienda siano costituiti da dati clinici e amministrativi di buona qualità e inviati in maniera tempestiva.</p> <p>Nel corso degli anni la Direzione si è impegnata in una serie di azioni volte a promuovere l'utilizzo della SSCL nelle Sale Operatorie.</p> <p>In particolare, da anni i professionisti utilizzano a tal proposito l'applicativo aziendale Ormaweb. Il cruscotto di tale applicativo è corredato, oltre che da dati numerici, da grafici dinamici che restituiscono fedelmente nel corso del tempo il livello di compilazione delle SSCL delle singole Unità Operative aziendali.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>La raccolta sistematica delle informazioni relative alla compilazione delle SSCL ha consentito di mantenere alta l'attenzione in queste aree critiche dell'organizzazione e conseguentemente di sviluppare azioni mirate al miglioramento e al superamento di specifici problemi.</p> <p>Nel 2025 è stato eseguito il monitoraggio rispetto alla corretta compilazione della SSCL, con un numero di 30 osservazioni nei due blocchi operatori dell'Ospedale del Delta e Cento.</p>

<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>La RER, nel corso degli anni, al fine di verificare l'adesione delle équipes chirurgiche a una corretta compilazione della SSCL, ha promosso attività di osservazione diretta dell'uso della checklist tramite il progetto OssERvare, cui la nostra azienda ha prontamente aderito, attraverso la UOC Gestione del rischio. Il metodo identificato per tale scopo è quello dell'osservazione diretta, normalmente utilizzato nella ricerca qualitativa e più precisamente in quella di tipo etnografica, per cogliere la dimensione sociale e interattiva che consente l'acquisizione di informazioni dai comportamenti verbali e non verbali degli operatori sanitari osservati.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>La numerosità delle azioni nel progetto OssERvare, è stata mantenuta, così come richiesto dagli standard regionali. La sicurezza delle cure nell'area chirurgica dell'Azienda rappresenta un tema molto rilevante per i professionisti e per la Direzione Aziendale. Obiettivi specifici sono stati condivisi con i professionisti in sede di budget e si è intrapreso un percorso di ulteriore sensibilizzazione per mantenere alta l'attenzione dei professionisti sulla sicurezza del processo chirurgico.</p> <p>Nel corso del 2025 ha preso avvio la progettualità regionale di avvio della SSCL anche presso gli ambulatori in previsione di referenti ospedalieri e condivisione con ICT</p>

Visite per la sicurezza

SCHEDE DESCRITTIVE DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO : VISITE PER LA SICUREZZA	
Tipologia	Visite per la sicurezza
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> 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, Roma, Gennaio Frankel A., Graydon-Baker E., Neppel C., Simmonds T., Gustafson M., Gandhi T.K., <i>Patient Safety Leadership WalkRounds</i>, Joint Commission Journal of Quality and Safety 2003, Vol 29, 16-26 Committee on Quality of Health Care in America, <i>Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century</i>, INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C., 2001
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Nell'ambito di una strategia per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali è presente quella dell'adozione, diffusione e implementazione di pratiche finalizzate alla riduzione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. La metodologia proposta nel Progetto VI.SI.T.A.RE focalizza l'attenzione sui luoghi dove gli eventi accadono, coinvolgendo gli operatori e nell'identificazione e risoluzione delle criticità cliniche e organizzative.</p> <p>Il metodo consiste in "visite" che i referenti delle "sicurezze" effettuano nelle Unità Operative al fine di far emergere ed affrontare le varie problematiche legate alla sicurezza, connettendo competenze ed esperienze diversificate, anche al fine di un ampliamento della conoscenza e più in generale della cultura della sicurezza.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel corso dell'anno 2025, il progetto VISITARE ha focalizzato la propria attività di monitoraggio e gestione del rischio clinico su tre ambiti territoriali chiave: l'Ospedale di Comunità (OsCo) di Cona, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e il Nucleo Casa Protetta (ASP Ferrara). L'obiettivo principale è stato l'allineamento delle procedure operative agli standard di sicurezza, con un'attenzione particolare alla transizione digitale e alla continuità assistenziale.</p> <p>Ospedale di Comunità (OsCo) Cona L'analisi condotta presso l'OsCo ha evidenziato diverse aree di vulnerabilità, in particolare per quanto riguarda la tenuta della documentazione sanitaria e la sicurezza della terapia. Sono state rilevate criticità nella compilazione delle cartelle cliniche e potenziali rischi di errore nelle prescrizioni informatizzate effettuate dai Medici di Medicina Generale (MMG), oltre a segnalazioni riguardanti il rischio di allontanamento di pazienti fragili.</p> <p>Centrale Operativa Territoriale (COT) L'audit presso la COT ha fatto emergere criticità sistemiche legate principalmente alla frammentazione informatica. È stata riscontrata una mancata interfaccia tra i diversi applicativi (Garsia e Lepida), che ostacola una visione unitaria del percorso sociale e sanitario del paziente. Ulteriori problematiche riguardano la difformità dei criteri di eleggibilità tra i reparti ospedalieri e la centrale operativa, spesso causa di aspettative disattese per i pazienti.</p> <p>Nucleo Casa Protetta (ASP Ferrara) L'intervento presso l'ASP si è concentrato sulla sicurezza della comunicazione durante i passaggi di consegna. L'analisi ha evidenziato il rischio di perdita di informazioni cliniche nel passaggio dal supporto cartaceo a quello digitale, aggravato da possibili interferenze ambientali durante i turni e da dubbi del personale sulla responsabilità professionale nel nuovo sistema informatizzato.</p>

<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Ospedale di Comunità (OsCo) Cona Per rispondere alle evidenze emerse, l'unità operativa ha adottato una serie di azioni correttive immediate. È stata redatta un'istruzione operativa specifica per la gestione e conservazione della cartella clinica, affidandone la responsabilità al coordinatore assistenziale. Sul fronte clinico-relazionale, è stata istituita la buona pratica del "pre-giro visita": un confronto quotidiano di circa 20 minuti tra MMG e personale infermieristico per definire le priorità assistenziali. Parallelamente, per garantire la sicurezza del paziente, è in fase di studio l'implementazione del sistema di rilevazione della posizione "Tap My Life".</p> <p>Centrale Operativa Territoriale (COT) Le strategie di miglioramento pianificate mirano a una maggiore integrazione di sistema. Oltre a sollecitare a livello aziendale l'unificazione delle piattaforme informatiche, la COT ha previsto l'avvio di audit periodici con i reparti dimettenti per uniformare gli standard valutativi. È inoltre in corso la revisione della procedura interaziendale nr. 10074, al fine di includere criteri specifici per pazienti minori e psichiatrici, colmando le attuali lacune documentali.</p> <p>Nucleo Casa Protetta (ASP Ferrara) In risposta alle criticità emerse, sono state promosse azioni volte alla standardizzazione della comunicazione. È stato definito un protocollo per le "consegne sicure" integrato nella cartella digitale, che prevede l'utilizzo di indicatori di sicurezza basati sul metodo SBAR. Per supportare il personale in questa transizione, sono stati programmati focus group e sessioni formative specifiche sulla compilazione dei campi critici, garantendo così la tracciabilità e la qualità del dato clinico.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>La valutazione complessiva del progetto VISITARE 2025 evidenzia un sistema sanitario territoriale in fase di profonda trasformazione, dove l'integrazione tecnologica e la standardizzazione dei processi comunicativi rappresentano le sfide principali per la sicurezza delle cure. Il progetto ha dimostrato una solida capacità di passare dalla fase di rilevazione delle criticità a quella propositiva, con il 100% delle proposte di miglioramento accettate nelle sedi di confronto. L'approccio metodologico, che ha visto il coinvolgimento costante del Risk Manager e dello Staff aziendale, ha permesso di declinare la sicurezza non solo come adempimento formale, ma come pratica clinica quotidiana.</p> <p>I risultati del 2025 sono estremamente positivi per quanto riguarda l'implementazione di "buone pratiche" organizzative interne alle singole unità (OsCo e ASP), dove il controllo del fattore umano e procedurale è stato efficace. Tuttavia, la valutazione rimane sub-ottimale per quanto concerne l'integrazione di sistema (COT), dove le criticità informatiche e la difformità dei criteri di eleggibilità tra reparti richiedono ancora un forte impegno di governance interaziendale per evitare che le "aspettative generate nei pazienti" non trovino riscontro nella realtà operativa.</p> <p>Per il 2026, in particolare dopo la pubblicazione del documento regionale "Piano Strategico per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario 2025/2026" si prevede di svolgere, in collaborazione con i referenti del rischio dell'Area Socio Sanitaria aziendale, momenti osservazionali sul modello del Safety Walk Around, presso alcune strutture socio sanitarie della provincia.</p>

Reclami/suggerimenti dei pazienti relativi al Rischio Clinico

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: SEGNALAZIONI DEI CITTADINI	
<i>Tipologia</i>	Segnalazioni dei cittadini su eventi e quasi eventi (Reclami e Rilievi)
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto Legislativo 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" - Legge n. 150 del 7 giugno 2000 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" - Legge 7 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" - Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico".
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>Definizione Reclamo: E' una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti (DGR 320/2000).</p> <p>Definizione Rilievo: Indicazioni di disservizio che si risolvono con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attivano la procedura tipica del reclamo.</p> <p>Segnalazione per la gestione del rischio: Gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) lavorano con le dimensioni del "percepito" da parte del cittadino, le segnalazioni utili alla Gestione del Rischio vengono indicate dalla RER come quelle in cui vi è: "Percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno si richieda un risarcimento".</p> <p>Obiettivi: La Regione Emilia-Romagna ha avviato, nel 2001, un modello per coordinare la gestione complessiva delle segnalazioni dei cittadini. Tale progetto si è realizzato avvalendosi della collaborazione di un gruppo di lavoro composto da alcune Aziende, e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato dei cittadini (CCRQ).</p> <p>Gli obiettivi erano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creare una banca dati regionale delle segnalazioni (reclami, suggerimenti, elogi, rilievi) presentate dai cittadini agli URP delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna; - adottare procedure omogenee per la gestione dei reclami nelle Aziende; - dotare gli URP di un software applicativo che consenta la gestione completa delle segnalazioni (immissione dei dati, ricerche, reportistica). <p>Il sistema informatizzato regionale (data base) di registrazione, operativo in tutte le Aziende, ha consentito di fornire una lettura regionale (oltre che locale) del fenomeno e l'elaborazione di una serie di protocolli operativi finalizzati ad agevolare l'utilizzo del sistema da parte degli operatori e, in particolare, per le segnalazioni di interesse per la gestione del rischio.</p> <p>Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle fonti informative che attengono anche al tema della gestione del rischio.</p> <p>Gli URP registrano "eventi" e li definiscono "accadimenti o stati critici" oggetto della segnalazione. Fra questi la Gestione del Rischio può acquisire gli eventi che riguardano la sicurezza del paziente. In questo senso il sistema informativo regionale consente di registrare gli eventi segnalati dai cittadini. Nel dettaglio delle segnalazioni nel 2025 il database è stato recepito attraverso il Modulo B di Segnalazioni</p>

<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Nel 2025 sono pervenute 53 segnalazioni URP con flag Rischio (di cui 10 rilievi e 43 reclami), da parte dei cittadini e di collaborazione del risk manager con gli uffici preposti (nel 2024 sono pervenute 57 segnalazioni URP con flag Rischio di cui 10 rilievi e 47 reclami.) La macrocategoria maggiormente rappresentata riguarda l'aspetto tecnico professionale, mentre le strutture maggiormente interessate sono i presidi ospedalieri (pronto soccorso, Medicina Generale e Urologia) oltre ai medici di medicina generale, CAU, UONPIA e Salute Donna.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Nel 2025 si è proseguito il percorso di empowerment del cittadino rafforzando la sinergia con i Comitati Consultivi Misti nell'analisi delle segnalazioni ricevute e identificare, per ogni CCM distrettuale, un referente per la sicurezza delle cure, come previsto dal "Piano Strategico per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario 2025/2026".</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Collaborazione tra URP, UOC Rischio Clinico e Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo della Prevenzione e Sociale per la creazione nel 2026 di un percorso di empowerment del cittadino rafforzando la sinergia con i Comitati Consultivi Misti nell'analisi delle segnalazioni ricevute. Mantenere le segnalazioni sul Modulo B SEGNALER</p>

Farmacovigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: FARMACOVIGILANZA	
<i>Tipologia</i>	Farmacovigilanza
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto Ministeriale 30 Aprile 2015, “Procedure operative e soluzioni tecniche per un’efficace azione di farmacovigilanza” (recepisce a livello europeo la Direttiva 2010/84/EU e il Regolamento UE 1235/2010). - Decreto Ministeriale 7 Settembre 2017, “Disciplina dell’uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica” (aggiornamento del D.M. 8 Maggio 2003). - Gazzetta Ufficiale n. 194 del 20 agosto 2024. Linea guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci. (Determina n. 425/2024) - Regolamento di esecuzione UE n. 520/2012 art.26 – Individual case reports (ICSR) in Pharmacovigilance (ICH E2B – R3)
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>Definizione Per <i>reazione avversa da farmaco</i> si intende un “effetto nocivo e non voluto conseguente all’uso di un medicinale, per cui potranno essere oggetto di segnalazione anche le reazioni avverse derivanti da errore terapeutico, abuso, misuse, uso off label, sovradosaggio ed esposizione professionale”.</p> <p>È possibile segnalare una sospetta reazione avversa secondo una delle seguenti modalità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direttamente online attraverso una nuova piattaforma, conforme all’attuale standard internazionale e operativa dal 20.06.2022. Consente un accesso più facile ed immediato alla segnalazione che potrà essere effettuata con qualsiasi dispositivo in grado di collegarsi alla rete, anche da uno smartphone. Reperibile al seguente link: https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni 2. Compilando la scheda di segnalazione (elettronica o cartacea) da inviare al Responsabile di Farmacovigilanza (RAFV) della propria struttura di appartenenza. <p>Il RAFV (Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza), una volta valutata la completezza delle informazioni contenute nella segnalazione, inserisce la scheda nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) entro 7 giorni lavorativi dal ricevimento. Con il nuovo sistema Eudravigilance ogni notte c’è un rerouting tra RNF ed Eudravigilance, quindi tutte le segnalazioni vengono trasferite al database europeo entro 24 h dall’inserimento in RNF.</p> <p>Obiettivi Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso. ▪ promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale. <p>La farmacovigilanza è un’attività che contribuisce alla tutela della salute e comprende una serie di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.</p>

<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>I dati descritti in seguito sono stati estratti dalla RNF.</p> <p>Per l'anno 2025 in AUSL Ferrara sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 163 ADR totali. Di cui 32 segnalazioni di ADR gravi (19,63%), 11 segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini (6.74%) di cui 2 gravi (1%). In relazione all'età, risultano maggiormente coinvolti i pazienti over 65 anni (54% delle segnalazioni) seguiti dagli adulti (18-64 anni; 40% delle segnalazioni).</p> <p>Le reazioni avverse segnalate sono relative maggiormente alle "patologie della cute e del tessuto sottocutaneo" (42%), "alle patologie gastrointestinali" (26%), e alle "patologi generali e condizioni relative al sito di somministrazione" (17%). Inoltre, una segnalazione è stata inserita nel sistema VigiErbe.</p> <p>Relativamente la fonte dei segnalatori si evidenzia che il 34% delle ADR provengono da Medici Ospedalieri, il 11.65% da Farmacisti, il 43 % da MMG, 3% da Medici, 7.36% da cittadini, 0.61% da infermieri e 0.61% dai medici di distretto.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Il rischio è correlato alla possibile sotto-segnalazione delle ADRs con conseguente ridotta conoscenza del profilo di sicurezza del farmaco utilizzato nella "real-life". L'intervento è indirizzato a mantenere alto il livello di attenzione dei professionisti attraverso progetti di FV attiva e implementare le segnalazioni attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF; piattaforma informatica attraverso la quale è possibile segnalare sospette reazioni avverse).</p> <p>Ogni anno viene redatto un report aziendale di Farmacovigilanza: il rapporto analizza le segnalazioni di sospette reazioni avverse registrate nell'anno precedente in Azienda ed offre strumenti di conoscenza e di approfondimento agli operatori sanitari delle problematiche legate all'impiego dei medicinali, con l'obiettivo di fornire anche un riscontro a tutti i segnalatori che hanno contribuito ad implementare un efficace sistema di Farmacovigilanza.</p> <p>A cadenza mensile viene altresì predisposto e inviato, a tutti i professionisti dell'Azienda, un comunicato (Comunicato Sicurezza Farmaci) con il riepilogo mensile delle informazioni di sicurezza (note informative importanti) contenente i principali link delle Note Informative Importanti pubblicate mensilmente da AIFA, EMA e FDA. Attraverso tale comunicato, il personale sanitario delle Unità Operative dell'Azienda riceve concisi aggiornamenti sui farmaci e, tramite i collegamenti ipertestuali presenti nel documento, è in grado di visualizzare la Nota Informativa o la Comunicazione in versione completa.</p> <p>E' stato realizzato inoltre un Progetto sulla polifarmacoterapia nel paziente anziano nelle CRA al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva attraverso una rivalutazione dei profili prescrittivi dei pazienti anziani politrattati residenti nelle strutture residenziali dell'Azienda USL di Ferrara, con lo scopo di fornire un'analisi delle interazioni clinicamente rilevanti e delle potenziali inapproprietezze prescrittive (CRA coinvolte: 1).</p> <p>All' interno di questo progetto è stato realizzato un evento formativo, da parte del Dipartimento Farmaceutico, per sensibilizzare i Medici delle CRA anche relativamente alla segnalazione di sospette reazioni avverse. Inoltre si è perseguita la sensibilizzazione della Medicina Generale sulla Farmacovigilanza negli incontri di formazione della Medicina Generale e nell'ambito della formazione rivolto ai medici specializzandi nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.</p> <p>I Farmacisti del Dipartimento Farmaceutico hanno contribuito inoltre ad una campagna di sensibilizzazione "Farmaci e buon uso" rivolta alla cittadinanza in collaborazione con il Comune di Ferrara, AVIS e le Associazioni di categorie delle Farmacie Convenzionate, al fine di informare la cittadinanza sull'utilizzo consapevole dei farmaci ponendo particolare attenzione agli usi impropri dei farmaci ed alla loro sicurezza.</p>

<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Nel 2025 si è evidenziato un incremento del +29.36% rispetto al 2024, in termini di numerosità di schede di segnalazione inserite in Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF).</p> <p>Si rende necessario proseguire con la formazione in tale ambito per aumentare la sensibilizzazione alla farmacovigilanza di tutti gli operatori sanitari in particolare MMG e altri operatori sanitari (come infermieri) che si trovano in prima linea nel contatto con i pazienti che assumono farmaci e che quindi potrebbero intercettare eventuali reazioni avverse e monitorare attentamente i segni di allarme precoci.</p>
--	--

Dispositivovigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO : DISPOSITIVOVIGILANZA	
Tipologia	DMVigilanza
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 11, D.Lgs. 507/92 “Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi”; - Artt. 9 e 10, D.Lgs. 46/97 “Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i DM”; - Art. 11, D.Lgs. 332/00 “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medicodiagnostici in vitro”; - Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 “Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”; - Decreto ministeriale 15 novembre 2005 “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”; - Circolare “Modalità di divulgazione di informazioni relative ai dispositivi medici coinvolti in Azioni Correttive di Campo – FSCA” – 23 luglio 2008; - DGR n. 1523 “Definizione del Sistema Regionale dei Dispositivi Medici” – 29 settembre 2008 - Linea Guida sul sistema di vigilanza dei DM - Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea - MEDDEV 2.12-1 rev. 8 - gennaio 2013; - D. Lgs. 37/10 “Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi.” - “Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro” -maggio 2013 - Regolamento UE 745/2017 (MDR) - Regolamento UE 746/2017 (IVDR) - Additional Guidance Regarding the Vigilance System as outlined in MEDDEV 2.12- 1, rev. - 8 luglio 2019 - Documento in materia di Governance sui dispositivi medici” che nella sezione “sicurezza e vigilanza”, specifica: “Al fine di potenziare l’impatto sulla sicurezza dei pazienti dell’attuale sistema di dispositivo-vigilanza, occorre rafforzare la rete dei referenti del Ministero, delle Regioni e delle Aziende sanitarie ...” ai sensi dell’Articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, Rep. Atti n. 209/CSR - dicembre 2019 - Circolare ministeriale “Applicazione del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, nel settore delle indagini cliniche relative ai dispositivi medici” - 25 maggio 2021 - Art. 15 della legge 22 aprile 2021, n.53 che ha posto le basi per l’adeguamento della normativa italiana - Circolare ministeriale “Vigilanza sui Dispositivi medici - Indicazioni per la segnalazione di incidenti occorsi dopo l’immissione in commercio, alla luce degli articoli 87, 88, 89 e 90 del Regolamento UE 745/2017.” - luglio 2021 - Decreto Ministeriale 31 marzo 2022, n°90 “Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa” - Art. 10, D.Lgs 5 Agosto 2022 n.137-138 “Disposizioni per l'adeguamento

	<p>della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”</p>
	<ul style="list-style-type: none">- Circolare del Ministero della Salute dell’11 ottobre 2022 - “Indicazioni in materia di vigilanza ai sensi degli artt. 87, 88, 89 e 90 del Regolamento UE 745/2017 e dell’art.10 del Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 137”- Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici (Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Area Farmaco e Dispositivi Medici Commissione Regionale Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna) - novembre 2022

*Descrizione dello strumento/
flusso informativo*

La DispositivoVigilanza (DV) è un sistema complesso e articolato volto ad incrementare la sicurezza e la protezione della salute dei pazienti, degli utilizzatori e di terzi nell'uso dei DM riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in luoghi e tempi successivi. Per far ciò il sistema di vigilanza si avvale delle segnalazioni degli operatori e degli utilizzatori che sono i primi soggetti a rilevare incidenti che possono verificarsi con l'utilizzo di un dispositivo medico o un dispositivo diagnostico in vitro.

L'operatore sanitario che rileva un incidente, grave o non grave, o una carenza (reclamo) durante l'utilizzo di un dispositivo medico deve darne comunicazione al Responsabile Aziendale per la Vigilanza sui Dispositivi (RAV) di riferimento (Farmacia o Ingegneria Clinica), con la massima urgenza e comunque non oltre 10 giorni se si tratta di incidenti gravi e preferibilmente entro 30 giorni se si tratta di incidenti non gravi.

L'operatore sanitario deve inserire la segnalazione di incidente tramite la compilazione on-line del modulo disponibile al seguente link: <http://www.salute.gov.it/DispoVigilancePortaleRapportoOperatoreWeb/>.

Il Responsabile Locale di Vigilanza sui DM (RLV), con ruolo e responsabilità definite nel decreto ministeriale del 31 marzo 2022, avvisato dell'inserimento di un rapporto di incidente dal sistema NSIS-Dispovigilance tramite una e-mail di notifica automatica, prende in carico la segnalazione valutando congruità dei dati, completezza e correttezza e, se necessario, integrandola in collaborazione con il segnalatore; il RLV valida quindi la segnalazione di incidente grave entro i 3 giorni lavorativi a disposizione (esclusi sabato, domenica e festivi nazionali) a partire dalla data di ricezione della notifica. La segnalazione di incidente presente nel sistema NSIS- Dispovigilance, una volta validata dal proprio RLV, sarà automaticamente visibile al Ministero della Salute. Non è pertanto più necessario l'invio a mezzo PEC al Ministero della salute. Dal momento della validazione il rapporto operatore verrà preso in carico dal Ministero della salute.

L'incidente grave va segnalato dal RAV, obbligatoriamente e con la massima urgenza (non oltre 10 giorni), anche al fabbricante o al suo mandatario anche per il tramite del distributore.

Per quanto riguarda gli incidenti non gravi, invece, il RAV deve darne comunicazione obbligatoriamente al fabbricante o al mandatario anche per il tramite del distributore, preferibilmente entro 30 giorni. Per l'incidente non grave la comunicazione al Ministero della salute non è obbligatoria.

Per entrambe le tipologie di incidente resta valida temporaneamente anche l'implementazione del database regionale, che prevede la comunicazione della segnalazione di incidente tramite la compilazione di un modulo in pdf editabile secondo i campi del modello ministeriale (DM 15 novembre 2005).

Tutte le segnalazioni di incidente vengono inviate sempre per conoscenza anche alla Direzione Sanitaria.

I reclami devono essere inviati tramite apposito modulo dedicato al fabbricante e al Ministero della Salute, ad indirizzo email specifico (reclamidm@sanita.it, per i dispositivi medici; reclamiivd@sanita.it, per i dispositivi medico-diagnostici in vitro). E' invece facoltativo l'invio dello stesso modulo alla regione.

L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere nel mettere in atto azioni correttive, azioni correttive di sicurezza, nell'invio di avvisi di sicurezza o nel ritiro spontaneo dal commercio del Dispositivo Medico da parte del fabbricante/mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.

Definizioni

INCIDENTE: qualsiasi malfunzionamento o alterazione delle caratteristiche o delle prestazioni di un dispositivo medico messo a disposizione sul mercato, compreso l'errore d'uso determinato dalle caratteristiche ergonomiche, come pure qualsiasi inadeguatezza nelle informazioni fornite dal fabbricante e qualsiasi effetto collaterale indesiderato.

	<p>INCIDENTE GRAVE: qualsiasi incidente che, direttamente o indirettamente, ha causato, può aver causato o può causare una delle seguenti conseguenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • decesso di un paziente, di un utilizzatore o di un'altra persona • grave deterioramento, temporaneo o permanente, delle condizioni di salute del paziente, dell'utilizzatore o di un'altra persona • grave minaccia per la salute pubblica <p>GRAVE MINACCIA PER LA SALUTE PUBBLICA: un evento che potrebbe comportare un imminente rischio di decesso, un grave deterioramento delle condizioni di salute di una persona o una malattia grave che possa richiedere una tempestiva azione correttiva e che possa provocare un tasso significativo di morbilità o di mortalità umane o che è inusuale o inaspettata per quel dato luogo o momento</p> <p>RECLAMO: una comunicazione scritta, in formato elettronico o orale che dichiara carenze correlate a identità, qualità, durabilità, affidabilità, usabilità, sicurezza o prestazioni di un dispositivo medico o relative a un servizio che influisce sulle prestazioni di tali dispositivi medici (D.lgs. 5 agosto 2022, n. 137-138).</p> <p>Obiettivi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo il rischio di errore ed eliminando, laddove possibile, il verificarsi di eventi che comportano un danno per il paziente e/o l'operatore; 2. definire azioni di miglioramento atte a ridurre la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti diversi in tempi successivi; 2. permettere la condivisione delle informazioni tra l'Autorità Competente (Ministero della Salute) e i fabbricanti, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive.
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Il rischio è correlato alla possibile mancata segnalazione di incidente con conseguente ridotta conoscenza del profilo di sicurezza del DM. L'intervento è indirizzato a mantenere alto il livello di attenzione dei professionisti in materia di vigilanza sui DM attraverso eventi formativi, momenti di addestramento capillare a seguito dell'introduzione di nuovi DM, diffusione degli avvisi di sicurezza e recall resi disponibili dal Ministero della Salute.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Sensibilizzazione continua e sul campo agli operatori per la corretta segnalazione degli incidenti.</p> <p>Anche a seguito di tale attività nel 2025 è pervenuta attraverso i canali interni istituzionali (portale del Ministero della Salute) 1 segnalazione di Dispositivo vigilanza per Apparecchiature Elettromedicali. Di seguito si riporta un esempio di segnalazione.</p> <p>Esempio: segnalazione n.01_2025 – evento del 06/03/2025</p> <p>Evento: Durante l'attività di isteroscopia diagnostica ed operativa si verificava la rottura di una parte dello strumento isteroscopico con frammento, che veniva rinvenuto nel canale cervicale, prontamente rimosso, senza danno alla mucosa endocervicale (CAMICIA INTERNA RESENZIONE 18CH FLUSSO CONTINUO ROTATIVO, SISTEMA A CHIUSURA RAPIDA, fabbricante LANDANGER SAS). Nessuna Conseguenza.</p> <p>l'evento segnalato ha portato al ritiro del per analisi tecnica da parte del fabbricante.</p> <p>Report di analisi del produttore Landanger, del 07/07/2025, dopo avvenuta notifica dell'evento: la rottura dell'insero isolante in ceramica sarebbe legata a una non corretta manipolazione delle camicie interna ed esterna prima dell'uso in sala operatoria.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Va ulteriormente implementata l'attività di gestione delle segnalazioni di incidente, la gestione degli avvisi di sicurezza (FSN – Filed Safety Notices) e la gestione delle azioni correttive (FSCA – Fields Safety Corrective Actions) inviate dai fabbricanti, attraverso corsi formativi specifici in accordo con la Direzione strategica aziendale.</p>

Emovigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO : EMOVIGILANZA	
Tipologia	Emovigilanza
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - DL 09/11/2007, n. 207 - Attuazione della Direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98 per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi con relativi allegati - DL 09/11/2007, n. 208 - Attuazione della Direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali - Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2007 Istituzione sistemi informativi servizi trasfusionali (SISTRA) - Raccomandazione Società Italiana Medicina Trasfusionale e Immunoematologia (SIMTI) sul corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasmaderivati - 2008 - DM n. 69 del 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" - Raccomandazione ministeriale per la Prevenzione della Reazione Trasfusionale da incompatibilità ABO – N. 5 - Istruzione operativa Regione Emilia Romagna per segnalazione e gestione degli eventi sentinella "Razione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO " - Guida alla preparazione, all'uso e alla garanzia della qualità degli emocomponenti, 20a edizione EDQM Comitato Europeo per le Trasfusioni di Sangue
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>Emovigilanza: Insieme delle procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni indesiderate gravi o inaspettate dei donatori e dei riceventi e degli incidenti gravi inerenti al processo trasfusionale, nonché alla sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione e alla sorveglianza dei materiali ed apparecchiature utilizzati nel processo trasfusionale.</p> <p>SISTRA: Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali, istituito con Decreto Ministero Salute, e sviluppato come supporto strategico per il conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla legge 219/2005: "autosufficienza di sangue e derivati, sicurezza trasfusionale, livelli essenziali di assistenza uniformi e sviluppo della medicina trasfusionale". Il sistema, permette lo scambio dei flussi di informazione tra il Ministero, le Regioni e il CNS, favorendo l'interazione tra il livello regionale e nazionale e la registrazione e analisi puntuale dei dati di consumo e produzione di sangue e plasma.</p> <p>I dati, che in tempo reale vengono raccolti e diffusi mediante il SISTRA, contribuiscono alla realizzazione del Programma Annuale di Autosufficienza Nazionale. Il flusso di dati è organizzato secondo tre livelli di competenza: Referente Emovigilanza per la Struttura Trasfusionale (con funzioni di raccogliere le segnalazioni e di notificarle alla struttura regionale), Referente Regionale (con funzioni di verifica e validazione della qualità delle informazioni e invio delle segnalazioni al Centro Nazionale Sangue (CNS), Referente Nazionale del CNS (con funzioni di monitoraggio continuo del sistema nazionale di Emovigilanza).</p> <p>La macro area di SISTRA riguardante l'Emovigilanza comprende le notifiche relative a sorveglianza epidemiologica dei donatori, reazioni indesiderate gravi dei donatori, effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali, incidenti gravi, near miss riceventi. Sono quindi monitorati gli elementi di deviazione che intervengono rispetto alla migliore pratica trasfusionale che possono richiedere un intervento di miglioramento e l'adozione di</p>

	<p>provvedimenti mirati alla loro prevenzione. Il Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale ha la responsabilità tecnica sovra aziendale e di livello provinciale.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Near Miss 2025: tot 7 (per entrambe le aziende ferraresi)</p> <p>7 prelievo paziente errato</p> <p>Reazioni indesiderate riceventi: 2025: tot 34 31 reaz. Febrili 3 reaz. Allergiche</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Riunione Cobus del 06.05.2025</p> <p>Presentazione del PDTA Talassemie con valutazione delle strategie adottate e adottabili in merito all'ottimizzazione del regime trasfusionale nei pazienti emoglobinopatici. Valutata e discussa inoltre la casistica delle reazioni trasfusionali in relazione alla tipologia di emazie concentrate impiegate dal DHTe Ferrara</p> <p>Riunione Cobus del 17.06.2025</p> <p>Valutazione andamento dei consumi di plasma fresco congelato a fini clinici con discussione delle possibili alternative (medicinali plasma derivati) che di fatto abbattano le possibili reazioni trasfusionali da plasma fresco (sovraccarico circolatorio e reazioni allergiche).</p> <p>Riunione Cobus del 28.10.2025</p> <p>Viene presentata la bozza della revisione della Procedura interaziendale P-059-INTER "Procedura per la Trasfusione del Sangue e degli Emocomponenti" resa necessaria dall'introduzione delle nuove frigoemoteche smart nei distretti di Lagosanto, Cento e Argenta. Nella stessa è stata introdotta la nuova versione della modulistica di "Richiesta di terapia trasfusionale" resa necessaria dall'analisi delle non conformità concentrate soprattutto nella fase preanalitica</p> <p>Per tutti i casi di Near Miss sono state compilate le schede di segnalazione e contattati i reparti perché si provvedesse a convocare <i>call</i> per l'analisi dell'evento in oggetto e per pianificare azione migliorativa.</p>

<i>Valutazione risultati e prospettive future</i>	L'impegno dell'Azienda e del Servizio Immunoematologia sull'Emovigilanza resta quello di sviluppare ulteriori interventi per promuovere la sicurezza del processo e mantenere alto il livello di attenzione di ogni Professionista su questo tema.
---	--

Sinistri

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO :

SINISTRI

<i>Tipologia</i>	Sinistri
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Legge Regionale 07 novembre 2012, n. 13 Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale.▪ Determina Direzione Generale Sanità n. 4995 del 10 aprile 2014 “Relazione fra le Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell’attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione”.▪ Determina di Giunta Regionale n. 1889 del 24 novembre 2015 Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori aziende ammesse alla sperimentazione regionale”.▪ 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.▪ Prime indicazioni operative in ordine all’applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna in data 20 aprile 2017.▪ Circolare della Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 12/2019 in ordine all’applicazione dell’art. 13 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, su “Obbligo di comunicazione all’esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità e degli art. 4, comma 3, e 10, comma 4, della L. 8 marzo 2017, n. 24, circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche – Termine di adeguamento delle procedure interne.▪ Indicazioni (fornite dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna) in ordine alla metodologia di calcolo complessiva del fondo gestione diretta sinistri, nell’ambito del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie.

<p><i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i></p>	<p>Definizione:</p> <p>Per sinistro, ai sensi dell'allegato 1 alla Circolare n. 12/2019 della Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, deve intendersi "ogni richiesta (risarcimento danni, istanza di mediazione ai sensi del D.lgs. 28/2010, ricorso per accertamento tecnico preventivo, citazione in giudizio, chiamata in causa, citazione del responsabile civile, notifica dell'indagine penale da parte delle Autorità competenti) riferibile a ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all'attività dell'Azienda sanitaria, comprese le attività preliminari, conseguenti, accessorie, sussidiarie e complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, anche connesse all'utilizzo e/o all'uso di strutture ed apparecchiature destinate al raggiungimento dei fini istituzionali (DGR 2079/2013). Il sinistro può far riferimento a più eventi di danno, purché siano occorsi nell'ambito di uno stesso episodio, siano riferiti al medesimo paziente e siano contenuti nella stessa richiesta". Sempre in base al predetto allegato 1, "Non comporta invece apertura di sinistro il semplice provvedimento di sequestro di documentazione sanitaria disposto dall'Autorità giudiziaria e/o dalla Polizia Giudiziaria".</p> <p>Obiettivi:</p> <p>Nell'ambito delle proprie competenze l'Azienda promuove una tutela complessiva della salute degli utenti anche per quanto attiene alla gestione degli eventi avversi legati all'attività sanitaria, allo scopo di mantenere un corretto rapporto di fiducia fra gli utenti e le istituzioni sanitarie pubbliche. L'Azienda tratta direttamente i sinistri e le modalità di corresponsione dei risarcimenti conseguenti a responsabilità civile per attività sanitaria, per migliorare l'efficienza e la trasparenza dei relativi procedimenti, per ottimizzare la gestione delle risorse per tale tipo di rischio, nonché per conoscere le cause degli errori e ridurre gli eventi avversi prevenibili. La gestione del fenomeno "medmal" si attua quindi mediante l'analisi sistematica, la discussione e la valutazione di ogni sinistro segnalato da pazienti, operatori o visitatori.</p> <p>Nel 2024 promuove la ridefinizione della composizione del comitato valutazione sinistri unico con contestuale aggiornamento delle procedure di gestione sinistri in regime di gestione diretta secondo la direttiva della regione emilia-romagna n. e s.m.i. e in 2079/2013 regime di assicurazione approvate con atto deliberativo n. 267/2020 (deliberazione n. 140 del 3 maggio 2024) con l'inserimento permanente del Risk manager nell'ambito del Comitato di valutazione sinistri con nomina di Responsabile del Programma regionale (partecipazione alle riunioni di presentazioni casi al Nucleo Regionale di valutazione sinistri)</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>I nuovi sinistri aperti nel 2025 sono 39 (nel 2024 erano stati in totale 37). In particolare si ravvisa la maggior parte dei casi in riferimento ad attività diagnostico-terapeutica e in riferimento ad eventi in attività assistenziale.</p> <p>L'analisi dei casi ha evidenziato:</p> <p>Danno a cose 0 Infezioni 2 Cadute 5 Interventi chirurgici 8 Gestione del paziente 19 (mancata diagnosi: 1 - ritardata diagnosi: 5 - errata diagnosi: 6 - errata prestazione: 7) Fattori organizzativi 4 Circostanze connesse alla riproduzione 1 Danni da pressione 0 Smarrimento protesi 0</p>

<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>In base alle relative criticità sono stati portati a termine incontri mirati nella UUOO di riferimento delle criticità segnalate, con audit per rinnovo procedura e modulistica su cadute.</p> <p>Il coinvolgimento diretto nell'ambito del CVS della figura del risk manager e dei Responsabili della sicurezza come uditori, ha permesso l'avvio di un nuovo monitoraggio delle aree a maggiore sinistrosità, con approccio metodologico retrospettivo, in modo da poter prevedere audit clinici su casi rappresentativi a prescindere dall'esito giuridico. Per il 2024 il Risk Manager ha partecipato al Corso di Formazione Regionale per aggiornamenti sul Programma della Gestione dei Sinistri</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Incentivo all'utilizzo delle nuove schede specifiche per consegna protesi ed oggetti personali</p> <p>Incentivo all'utilizzo delle nuove schede per la sorveglianza pazienti e rischio cadute</p> <p>Avvio di interazione con i responsabili del Rischio infettivo per omogeneizzazione dei comportamenti e delle procedure da allegare alla sinistrosità specifica per argomento</p> <p>Interazione con ICT e direzione di presidio per avviare progettualità di condivisione di criticità e risoluzione su software dedicato alla compilazione della cartella clinica e check list, verbale operatorio</p>

Violenza contro gli operatori

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	
Tipologia	Segnalazione atti di Violenza contro gli Operatori
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto 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" - Decreto-legge 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. 13; - Decreto 13 gennaio 2022, "Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie"; - Decreto 27 gennaio 2022, "Indizione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari"; - Legge 14 agosto 2020, n. 113, "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"; - Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari della Regione Emilia Romagna del 13/02/2020; - Indirizzi sulle iniziative formative di livello regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure elaborate dal Nucleo Operativo del Centro regionale per la Gestione del Rischio sanitario e la Sicurezza del paziente - Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure - Maggio 2019; - Orientamenti sui criteri di Segnalazione di alcuni eventi sentinella per il flusso SIMES -Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e della PA - 12.03.2019; - Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007 "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari"; - Raccomandazione per la Prevenzione della violenza a danno degli Operatori Sanitari -Regione Emilia-Romagna, Maggio 2010; - Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Luglio 2009; - D.M. 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità "SIMES"; - D. Lgs 81/2008 Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro; - National Institute of Occupational Safety and Health; - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "Circolare in ordine alla approvazione delle Indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni", Novembre 2010; - Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007 "Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo", Eu-Osha - 2011 Nota Regione Emilia Romagna PG/2016/0383059 del

	<p>24/05/2016: "Istruzione Operativa per gli accadimenti relativi alla violenza e danno degli operatori sanitari";</p> <ul style="list-style-type: none"> – Piattaforma regionale SEGNALER <p>Procedura Interaziendale: P-090-AZ Procedura interaziendale Incident Reporting; P-091-AZ Procedura interaziendale per la gestione degli eventi clinici maggiori (sospetti /accertati Eventi Sentinella) P-802-INTER Procedura di prevenzione, gestione e monitoraggio eventi aggressivi a danno degli operatori sanitari</p>
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>Dal 2024 le Aziende USL e AOU di Ferrara hanno implementato una piattaforma applicativa relativa alle segnalazioni per la sicurezza delle cure e ai sinistri delle strutture sanitarie nella Regione Emilia-Romagna denominata SEGNALER. L'Applicativo consente alle Aziende di realizzare un efficace monitoraggio di tutti gli eventi attinenti la sicurezza delle cure compreso gli episodi di violenza a carico del personale. A prescindere dalla natura e gravità del danno, l'operatore vittima di episodio aggressivo deve segnalare l'evento attraverso la piattaforma informatica regionale SEGNALER al seguente link https://segnaler.progetto-sole.it/login. Il LOGIN avviene con le medesime credenziali di accesso al portale del dipendente GRU, la segnalazione avviene selezionando la tipologia "Violenza/eteroaggressività – Verso Operatore o verso Cose/Proprietà". Qualsiasi dipendente delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara può accedere alla piattaforma SegnalER in qualità di Operatore (Livello 1) e può inserire nuove segnalazioni. Il segnalante, una volta compilati tutti i campi obbligatori, può chiedere informaticamente la validazione all'utente identificato come Responsabile (Livello 2), coincidente con il Direttore dell'Unità Operativa. Il coordinatore dell'Unità Operativa sede dell'evento sarà informato mediante notifica email.</p> <p>La validazione della segnalazione da parte del Responsabile (livello 2) determina l'invio della segnalazione stessa alla Responsabile SPP (livello 3) e relativo staff, per le parti di competenza: la notifica viene anche visualizzata dal Risk Manager (livello 3) e staff per la parte di competenza. La validazione della segnalazione dagli utenti identificati come Livello 3 determina il contestuale invio della stessa alla Regione.</p> <p>Nell'evenienza che la piattaforma SEGNALER risulti non funzionante, permane la possibilità di segnalare l'evento aggressivo tramite specifico modulo cartaceo.</p>
<i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i>	<p>Descrizione degli atti di violenza contro gli operatori occorsi nella AUSL di Ferrara nel 2025:</p> <p>nel corso del 2025 dal SPP su SEGNALER sono stati registrati ed elaborati 97 eventi aggressivi riferiti alla Azienda USL. Di questi 97 episodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 58 hanno riguardato personale infermieristico – 14 i medici – 25 altri operatori. <p>Per quanto riguarda il livello di esito, sui 97 episodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 90 aggressioni non hanno cagionato danno fisico all'operatore che ne è stato vittima – 5 hanno avuto un esito minore che potrebbe prevedere richiesta di visita medica – 2 hanno avuto un esito tra moderato e significativo, richiedendo indagini strumentali per l'operatore vittima (trattamenti analgesici e/o medicazione, esami strumentali quali RX) – Non vi sono stati esiti significativi e/o severi riportati a danno degli operatori.
<i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate</i>	<p>Nell'ambito della prevenzione del Rischio Aggressioni, è stato aggiornato il PREVIOS (Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori</p>

<p><i>nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Sanitari) interaziendale per AOU e AUSL di Ferrara. Sono stati altresì condotti sopralluoghi e audit nell'ambito delle Unità Operative riconosciute a maggior rischio, tra cui SPDC, SERDP e PS Territoriali e la Casa Circondariale. In quest'ultimo contesto è stato istituito un tavolo di lavoro che ha approvato un Protocollo operativo tra AUSL e Dipartimento Amministrazione Penitenziaria con l'obiettivo di adottare modalità operative atte a garantire idonee condizioni di sicurezza agli operatori sanitari durante l'erogazione dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta. In tutti i contesti elencati è prevista/ in corso l'installazione di pulsanti anti-aggressione, implementazione di videocamere ove necessario e opportuno, rivisitazione dei layout ove necessario. Nell'ambito più ampio della prevenzione dei Rischi Psicosociali, è attivo il Gruppo Benessere SPP: tale servizio si rende disponibile per supportare gli operatori vittima di episodi di violenza verbale e/o fisica, tale offerta di supporto è resa fruibile anche tramite specifica opzione nella scheda di segnalazione SEGNALER.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Si è osservata una diminuzione delle segnalazioni di aggressione (da 133 del 2024 a 95 nel 2025). Proseguono le attività di mitigazione del rischio, che includono proposte di eventuali riorganizzazione di spazi, rivisitazione dei layout e implementazione di dispositivi di sicurezza (ai sensi D.Lgs 81/2008) (es. telecamere, pulsanti di allarme e/o barriere protettive etc.) e attività di formazione degli operatori sulla gestione dei comportamenti aggressivi (art 36,37 D-Lgs 81/2008), sia a livello aziendale che a livello regionale (FAD Regionale a disposizione degli operatori e revisione delle attuali «Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari»): attività del gruppo di lavoro regionale RSPP. PREVIOS aziendale aggiornato</p>

Raccomandazioni per la sicurezza

A partire dal 2005 il Ministero della Salute ha redatto e diffuso "Raccomandazioni" volte ad offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi conseguenze ai pazienti. Le 19 Raccomandazioni Ministeriali si propongono quindi di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

La Regione Emilia-Romagna si avvale da diversi anni del monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni predisposto dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), la quale mette a disposizione un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute, sistema che si propone di supportare le Regioni e Province Autonome nell'osservazione costante dello stato di implementazione di ciascuna di esse da parte delle aziende/strutture sanitarie.

Nel 2025 l'AUSL di Ferrara ha verificato l'adesione ai contenuti delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure attraverso il sistema di monitoraggio predisposto da Agenas (<http://raccomandazioni.agenas.it>).

Nel corso del 2025, congiuntamente al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale sono state mantenute le attività/interventi previsti dal Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (Previos), ed è stato revisionato.

Coinvolgimento dei cittadini nella sicurezza delle cure - Open Safety Day 2025

Il coinvolgimento dei cittadini nei processi di gestione del rischio presso l'Azienda USL di Ferrara è sempre stato un'attenzione della Direzione Aziendale e dei professionisti. In particolare, per ogni processo esaminato nel Piano Programma Sicurezza delle cure ci si è soffermati sul tema dell'empowerment del cittadino.

Un pilastro fondamentale della strategia aziendale per il 2025 è rappresentato dal coinvolgimento attivo della cittadinanza nelle politiche di sicurezza delle cure. In linea con le direttive della Regione Emilia-Romagna, è stata completata l'individuazione e la comunicazione dei referenti del volontariato per ogni Comitato Consultivo Misto (CCM). Tali figure agiscono come nodi di collegamento tra le politiche aziendali di Risk Management e la percezione degli utenti.

In occasione della Giornata Mondiale per la Sicurezza delle Cure, è stato redatto un comunicato stampa nelle date del 16 o 17 settembre congiuntamente ai Consulenti Familiari ed al Dipartimento Materno Infantile. È stato realizzato un video riguardante un'importante iniziativa legata alla sicurezza del neonato, promossa durante il percorso della paziente in gravidanza e successivamente durante il post parto, che consiste nel potenziamento del percorso educativo/informativo dei futuri genitori in relazione alle tecniche di prevenzione da adottare durante il periodo neonatale (Patto per la sicurezza del neonato). Il video è stato successivamente diffuso attraverso i canali social istituzionali, la rete Intranet aziendale e le emittenti locali, tra cui Telesense. È stata inoltre condivisa l'istruzione operativa relativa alla "Gestione e somministrazione del Patto per la sicurezza del neonato".

Conclusioni

L'anno 2025 ha segnato il definitivo consolidamento della piattaforma informatica **SEGNALER** in tutte le articolazioni aziendali. Il percorso iniziato nel 2024 ha portato a una maturazione della cultura della sicurezza, testimoniata da un ulteriore incremento del volume di segnalazioni complessive (pari a **111 eventi** nel 2025 rispetto ai 95 del 2024).

L'aspetto più significativo del monitoraggio 2025 riguarda l'efficacia delle barriere di sicurezza. Sebbene il numero assoluto di report sia aumentato, la distribuzione degli esiti conferma una gestione proattiva del rischio:

- **Capacità di Intercettazione:** Circa l'**80%** degli eventi segnalati è stato classificato come **situazione di pericolo (near miss)** o evento senza esito diretto sul paziente. Questo dato evidenzia un sistema resiliente, capace di far emergere le criticità prima che queste si traducano in un danno clinico.
- **Aree di Monitoraggio:** Si conferma l'attenzione costante verso le procedure diagnostiche e assistenziali. L'**Area Medica** e la **Lungodegenza** rimangono i settori con la maggior partecipazione al reporting, seguiti dai servizi di diagnostica e dai blocchi operatori, che mostrano una crescita nella consapevolezza del monitoraggio preventivo.

Formazione e Audit

In continuità con quanto avviato nel 2024, la formazione aziendale dedicata alla gestione del rischio (corsi FAD e audit SEA) ha garantito una risposta tempestiva agli eventi segnalati. Gli audit condotti nel 2025 hanno permesso di adottare azioni correttive mirate, basate sull'esperienza diretta e sulla condivisione multidisciplinare tra i professionisti.

L'obiettivo strategico per il futuro sarà quello di affinare la precisione del reporting per garantire una tracciabilità ancora più capillare. Conoscere nel dettaglio i contesti operativi permetterà di minimizzare ulteriormente i costi del rischio e massimizzare il valore delle cure, mantenendo alta la cultura dell'imparare dall'esperienza per la salvaguardia degli standard di assistenza.

Nel corso del 2025, le Aziende Sanitarie di Ferrara (AOSP e AUSL) hanno inoltre aderito al progetto formativo regionale "Non-technical skills" (NTS) in Sala Operatoria, volto all'implementazione della sicurezza dei pazienti nei contesti ad alta complessità. L'iniziativa, ha avuto l'obiettivo di affinare le competenze trasversali del team chirurgico per garantire il buon esito degli interventi e ridurre il rischio clinico.

Il programma didattico, basato su un approccio sistemico al fattore umano, ha utilizzato la simulazione ad alta fedeltà e la metodologia del debriefing per stimolare il pensiero critico e migliorare il teamworking. I principali ambiti di intervento hanno riguardato:

- La Situation Awareness e la leadership all'interno del blocco operatorio.
- Lo sviluppo di soft skills specifiche per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure.
- Il miglioramento della comunicazione e della collaborazione interprofessionale durante le fasi critiche dell'intervento.

In coerenza con gli obiettivi di integrazione e governo clinico, la partecipazione delle strutture ferraresi è stata caratterizzata dal coinvolgimento di figure con responsabilità direzionali e di coordinamento.

Alla luce dei risultati ottenuti, l'impegno per il **2026** sarà orientato a consolidare queste competenze attraverso una diffusione capillare della cultura della sicurezza in tutte le unità operative, promuovendo l'adozione sistematica di strumenti di analisi del fattore umano per rendere la gestione del rischio un elemento intrinseco e proattivo della pratica clinica quotidiana.