

**RELAZIONE ANNUALE  
SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI  
ALLA SICUREZZA DELLE CURE E  
ALLE RELATIVE AZIONI  
DI MIGLIORAMENTO  
anno 2025**

**ai sensi dell'art. 2 comma 5  
della Legge 8 Marzo 2017 n. 24**

**Marzo 2026**

|                                                                           |               |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>1. Premessa.....</b>                                                   | <b>pag.3</b>  |
| <b>2. Descrizione del contesto di riferimento .....</b>                   | <b>pag. 4</b> |
| <b>3. Assetto organizzativo per la gestione del rischio clinico.....</b>  | <b>pag.5</b>  |
| <b>4. Schede descrittive degli strumenti/fonti informative</b>            |               |
| <b>disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi</b>              |               |
| <b>interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.....</b> | <b>pag.8</b>  |
| <b>4. Conclusioni.....</b>                                                | <b>pag.19</b> |

## 1. Premessa

La **Legge 8 marzo 2017, n. 24, dell'art. 2 comma 5** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", impone alle strutture sanitarie, sia pubbliche che private, di redigere *"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"*. Questo obbligo di trasparenza permette di monitorare e affrontare i rischi legati alla sicurezza delle cure.

La redazione di questo documento, rappresenta un riepilogo degli eventi avversi o dei gap individuati dalle fonti di seguito indicate in uso a Villa Azzurra, le cause alla base di tali accadimenti e le azioni correttive e preventive programmate per il 2025 e attuate durante l'anno.

Durante il 2025 l'organizzazione si è impegnata con i professionisti per allinearsi al **Programma Strategico 2025-2026** della **Regione Emilia Romagna**, che mira a implementare gli obiettivi delineati nel **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 (GPSAP 2021-2030 WHO)**. Tale piano, che guida le politiche sanitarie a livello globale, richiede alle organizzazioni sanitarie di rispondere attivamente ai temi della sicurezza delle cure, come previsto dalla **PG2025 26394 del 13/01/2025** della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Coerentemente a quanto disposto con il **Decreto Ministeriale** di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 specifica che l'attenzione deve essere rivolta agli eventi correlati alla sicurezza delle cure, sia con che senza danno, e ai **"quasi eventi"/near miss**, che rappresentano quei casi in cui un rischio significativo è stato intercettato prima che si verificasse un danno effettivo. Questo concetto di **near miss** è fondamentale, perché evidenzia i momenti in cui la sicurezza è stata messa in pericolo, ma grazie all'intervento tempestivo, non si è verificato il danno.

Quindi per esaminare il tema degli errori sotto una prospettiva di crescita l'impegno dell'organizzazione (politiche e strategie implementate dalla governance aziendale per la sicurezza del paziente) e degli operatori è stato declinato con focus particolare sulla formazione continua dei professionisti per migliorarne le competenze e garantire la sicurezza.

I quasi incidenti (near miss) sono considerati parte dello stesso continuum degli eventi avversi, in quanto condividono fattori di fallimento simili, ma si differenziano per le informazioni aggiuntive che offrono sui fattori di recupero e per la loro frequenza significativamente più elevata. Poiché il presupposto del continuum causale implica che le cause dei quasi incidenti siano le stesse degli eventi avversi, si può affermare che i quasi incidenti siano effettivamente precursori di potenziali eventi avversi futuri e, per questo motivo, siano preziosi da segnalare, poiché utili alla modifica di percorsi in essere o all'implementazione di buone pratiche

L'obiettivo principale per migliorare la sicurezza del paziente è identificare ed eliminare i guasti di sistema che possono portare a eventi avversi. Questo obiettivo può essere raggiunto analizzando sia gli eventi avversi che i quasi incidenti, al fine di individuare i guasti di sistema coinvolti.

Tema focale è stata la metacognizione, un concetto che fa parte di scienze cognitive e psicologiche e che riguarda la consapevolezza e la gestione dei propri processi cognitivi, assumendo un ruolo cruciale quando si trattano near miss: i professionisti sanitari che adottano una riflessione continua su come prendono decisioni, analizzano la loro performance e si rendono conto dei propri errori potenziali, sono in grado di identificare in tempo utile i rischi che potrebbero portare a eventi avversi. La **riflessione metacognitiva**, quindi, è uno strumento efficace nella gestione dei near miss: favorisce un approccio proattivo alla sicurezza, dove la **consapevolezza del rischio** e la **capacità di anticipare gli errori** diventano abilità fondamentali per la prevenzione dei danni.

---

## 2. Descrizione del contesto di riferimento

Villa Azzurra è una clinica specialistica psichiatrica, organizzata su quattro unità di degenza psichiatrica, per un totale di 100 posti letto, distinti in settori psichiatrici diversificati sulla base delle specifiche esigenze di cura e dell'intensità assistenziale richiesta.

Il settore ospedaliero accoglie utenti in urgenza e gestisce situazioni di crisi e/o di acuzie psichiatrica, in cui la degenza prevede un inquadramento diagnostico, tempi contenuti e compatibili con la risoluzione della crisi, una prima definizione ed attivazione di un progetto terapeutico-riabilitativo che può proseguire presso altri reparti, interni oppure esterni alla struttura; è possibile ricoverare anche persone provenienti da altre regioni.

Il Settore Residenziale, in contesto ospedaliero, effettua ricoveri programmati ed interventi di tipo terapeutico-riabilitativi.

Ogni reparto è composto da camere singole e doppie, confortevoli, climatizzate e dotate di servizi igienici, una sala pranzo, un ampio soggiorno con TV, connessione wi-fi e distributori automatici di bevande.

E' presente un importante Centro delle Attività composto da ampi locali e da un giardino interno per un totale di 400 mq, dedicato in maniera esclusiva allo svolgimento di attività terapeutiche, riabilitative e risocializzanti. Il centro è anche dotato di palestra e distributori automatici di bevande

La struttura è inoltre dotata di Cappella e Bar interno, di un ampio parcheggio riservato a professionisti e visitatori ed è immersa in un ampio parco privato attrezzato con panchine e tavoli.

Sono presenti operatori distinti nelle seguenti professionalità: medici psichiatri, medici internisti, cardiologi, ecografisti, endocrinologi, otorino, ginecologo, oculista, psicologi, infermieri, OSS, educatori professionali, personale amministrativo, servizi generali.

All'interno della struttura è attivo un poliambulatorio che offre prestazioni specialistiche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, o in solvenza in proprio l'onere della prestazione, per le seguenti specialità:

- Cardiologia
- Cardiologia Vascolare
- Endocrinologia
- Otorinolaringoiatria
- Oculistica

Recentemente è stato aperto nell'area del Poliambulatorio il Punto Prelievi, in cui vengono effettuati da personale infermieristico formato la raccolta e l'invio al laboratorio di campioni biologici per utenti esterni, la cui peculiarità è l'utilizzo dell'ecoguidato per il reperimento del patrimonio venoso, considerato un metodo d'elezione per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

### **3. ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Al fine di perseguire l'obiettivo è stata individuata la funzione di Clinical Risk Manager che, in collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, il Medico Competente, i responsabili dei servizi, il Responsabile Qualità, il Facilitatore per la sicurezza delle cure, il Comitato Sinistri persegue l'obiettivo di implementare strumenti per monitorare gli eventi avversi finalizzati all'adozione di strategie per aumentare la sicurezza delle prestazioni ad ogni livello dell'organizzazione e condividere il monitoraggio dei rischi sanitari (rischio clinico, ICA, strutturale, impiantistico, tecnologico, di danno da contenzioso).

Il Clinical Risk Manager effettua l'analisi e la gestione dei rischi attraverso:

- identificazione dei rischi, in stretta collaborazione con i responsabili della struttura, evidenziando le potenziali minacce, anche quelle scarsamente visibili e con bassissime possibilità di evenienza, in particolare tramite metodologie di analisi (FMEA/FMECA, RCA, ) per lo studio dei processi sanitari e l'individuazione delle criticità;
- attivazione e gestione dei sistemi di segnalazione di "eventi avversi" per individuare situazioni critiche e per gestire adeguatamente le comunicazioni e le relazioni con i soggetti interessati a quanto emerso nelle segnalazioni (utenti, operatori sanitari, fornitori);
- rilevazione dei rischi di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitare l'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

- misurazione dei rischi tramite una valutazione dell'impatto potenziale nel caso in cui un rischio si trasformi in evento negativo, considerando la probabilità di evenienza e le dimensioni dell'impatto;
- determinazione delle priorità di intervento verso cui orientare gli sforzi con particolare attenzione ai rischi con elevate probabilità di accadimento, individuazione e valutazione delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- definizione ed attuazione, in collaborazione con i responsabili aziendali, delle modalità di gestione dei rischi, dall'assunzione del rischio, agli interventi atti a ridurre la frequenza e la gravità, fino alla gestione dei sistemi di assicurazione;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture autoassicurative;
- predisposizione di periodiche relazioni per i responsabili aziendali, dove riportare dati e valutazioni sugli andamenti e proporre interventi migliorativi e preventivi;
- predisposizione del piano di comunicazione, Piano Programma, Relazione annuale ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 8 Marzo 2017 n. 24.

Questa organizzazione nel 2025 è stata integrata con la figura del Facilitatore per la Sicurezza delle cure (che si affianca ai Coordinatori Infermieristici nel ruolo di Referenti di reparto), che in collaborazione con il Clinical Risk Manager, svolge le seguenti funzioni:

- promuove la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori, che viene periodicamente monitorata con apposito questionario;
- favorisce la segnalazione degli eventi avversi in collaborazione con i referenti dei servizi;
- supporta l'organizzazione nelle attività di analisi degli eventi mediante l'applicazione di metodologie e tecniche per l'identificazione degli errori, dei fattori contribuenti e delle relative azioni correttive;
- contribuisce alla diffusione e applicazione della normativa e degli indirizzi di livello nazionale e regionale e dei relativi documenti applicativi aziendali;
- fornisce supporto per la definizione e/o revisione documenti, procedure/protocolli necessari alla corretta gestione delle attività sanitarie e gestione del rischio;
- supporta il Direttore e il Coordinatore di Villa Azzurra nell'attuazione delle attività correlate alla gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- favorisce l'utilizzo nel contesto di riferimento degli strumenti della gestione del rischio (incident reporting e

schede di segnalazione specifica, analisi degli eventi (SEA, RCA; analisi di processo – FMEA-FMECA; osservazioni diretta – App OssERvare; visite per la sicurezza – Progetto Regionale Visitare, ecc.);

- promuove l'introduzione di idonei strumenti operativi (ad es. checklist) adatti al contesto di appartenenza;
- favorisce la raccolta di dati necessari ad alimentare i flussi informativi d'interesse;
- collabora con il Clinical Risk Manager nel monitoraggio e nella restituzione dei dati ai professionisti favorendo il confronto e la discussione interna alla struttura di appartenenza, nella prospettiva dell'individuazione di criticità e di eventuali azioni di miglioramento;
- collabora con i soggetti coinvolti nel monitoraggio delle azioni di miglioramento programmate;
- collabora con il risk manager nella progettazione e realizzazione di eventi formativi sia trasversali all'intera organizzazione che specifici per il proprio contesto di riferimento;
- contribuisce al miglioramento della qualità della documentazione sanitaria, specie per gli aspetti correlati alla sicurezza delle cure.

*(Fonte di riferimento: "Il Facilitatore per la sicurezza delle cure nelle aziende sanitarie delle regioni emilia-romagna: funzioni e attività", a cura del coordinamento regionale risk manager per la sicurezza delle cure della Regione Emilia Romagna – maggio 2022).*

Tutti i professionisti sanitari sono chiamati a presidiare l'area della Sicurezza delle Cure, un principio che integra doveri deontologici, responsabilità professionale e dettami costituzionali.

La legge n.24/2017 (c.d. "legge Gelli") "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" promuove la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e stabilisce che tutto il personale sanitario partecipi alle attività di prevenzione del rischio clinico, così come indicato nel Codice Deontologia Medica 2014 all'art 14 (*"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso ...la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte"*) e nel Codice Deontologico dell'Infermiere all'art. 32 (*"L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte"*).

Quindi ogni professionista sanitario viene chiamato attivamente alla partecipazione nella gestione del rischio clinico. L'adesione al sistema viene monitorata, misurata attraverso il numero delle segnalazioni inviate (gli Incident Reporting sono anonimi ma si rileva la categoria professionale del segnalatore) e la somministrazione periodica

del questionario rivolto al personale sulla cultura della sicurezza, tramite il quale i professionisti forniscono il loro feedback sul sistema implementato.

### 3. Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico

La molteplicità di fonti informative individuate dall'azienda per l'acquisizione di informazioni, di seguito indicate, è supportata dal convincimento che la rappresentazione della sicurezza del paziente dipende anche dall'integrazione tra diverse prospettive, indispensabili per realizzare un'immagine quanto più possibile completa; solo dall'acquisizione di informazioni da una pluralità di fonti informative può derivare una rappresentazione quanto più realistica delle questioni relative alla sicurezza delle cure.

Di seguito le schede sinottiche relative alle fonti informative relative all'anno 2025 oggetto di valutazione ed analisi:

| Eventi Sentinella                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella: marzo 2008 Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III – Ministero.</li> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti.</li> <li>• Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della salute. 2011</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari-RER</li> <li>• Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – 2024</li> <li>• DGR 1314/2024 ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.</li> <li>• Istruzione Operativa aziendale "Sistema di monitoraggio degli eventi sentinella".</li> <li>• Istruzione Operativa aziendale "Scheda di segnalazione spontanea degli eventi sentinella e Near Miss Incident Reporting".</li> <li>• LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE DI CRISI- Procedura Operativa- MKTG – 02 di Febbraio 2025</li> </ul> |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo  | <p>Viene considerato un debito informativo nei confronti della RER e del Ministero (DGR 1314/2024) l'invio dell'Evento Sentinella per l'alimentazione del flusso SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità).</p> <p>La segnalazione di Eventi Sentinella rientra tra i compiti del Clinical Risk Manager, che, ricevuta la segnalazione dagli operatori attiva un'approfondimento e, se confermata l'identificazione di Evento Sentinella,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       | <p>procede con l'RCA e la comunicazione ai referenti regionali e ministeriali; dal 2026 questa segnalazione viene redatta anche sul sistema SEGNALER, piattaforma della RER.</p> <p>Annualmente in sede di riunione vengono restituiti i risultati del monitoraggio e le azioni di miglioramento intraprese.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Non si sono verificati Eventi Sentinella nel 2025.</p> <p>Sono stati segnalati 2 episodi di aggressione contro operatore, per i quali non è stata avviata la procedura di identificazione di Evento Sentinella poiché non rispondevano ai criteri previsti.</p> <p>Il flusso informativo interno è stato strutturato con l'intento di informare dell'evento i professionisti coinvolti secondo le specifiche responsabilità (dall'operatore alla Direzione), per una immediata gestione del caso specifico e impostazione di eventuali azioni di miglioramento.</p> <p>Il percorso viene presidiato e rendicontato con il controllo annuale delle procedure del Sistema Qualità (nel 2025 non sono stati rilevati gap comunicativi).</p>                                                                                                 |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>L'evento sentinella del 2024 ha comportato l'apertura di azioni di miglioramento con chiusura nel 2025 (con invio scheda C alla RER).</p> <p>Sono stati diffusi agli operatori i dati sulla raccolta degli Incident Reporting durante l'incontro del 28/01/2026 con il Clinical Risk Manager e il personale Medico e infermieristico.</p> <p>In questa sede condiviso la necessità dell'appropriatezza nelle descrizioni degli eventi, poiché anche se non sono pervenuti nel 2025 eventi con esito superiore al liv 5 (tassonomia degli esiti prevista nell'Incident Reporting) sono rilevanti per il Clinical Risk Manager anche altri fattori per rilevare la presenza di un Evento Sentinella, argomento proposto in seguito al sondaggio sulla cultura della sicurezza, la cui somministrazione era un obiettivo del PPSC 2025.</p> |
| Prospettive future                                                                    | <p>Proseguimento del monitoraggio degli eventi avversi per individuazione dei criteri utili all'identificazione dell'Evento Sentinella.</p> <p>Proseguimento formazione degli operatori sulle tematiche del rischio clinico</p> <p>Dal 2026 le segnalazioni di Eventi Sentinella andranno caricate su SEGNALER, dagli operatori abilitati (obiettivo del 2025 del PPSC, ma non ottemperato secondo programmazione, operatori abilitati in piattaforma nel 2026)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| INCIDENT REPORTING (IR)                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione Emilia Romagna Dossier 86-2003 Il sistema di Incident Reporting nel- le organizzazioni sanitarie- Sussidi per la gestione del rischio 2.</li> <li>• Regione Emilia Romagna Dossier 146-2007 Gestione del rischio in Emilia Ro- magna 1999-2007 - Sussidi per la gestione del rischio 8.</li> <li>• Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Ministero della salute. 2011</li> <li>• 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).</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• DGR 1314/2024 ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.</li> </ul> |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istruzione Operativa aziendale "Scheda di segnalazione spontanea degli eventi sentinella e Near Miss Incident Reporting".</li> <li>• LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE DI CRISI- Procedura Operativa- MKTG – 02 di Febbraio 2025.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo | <p>L'Incident Reporting è uno strumento di segnalazione volontaria degli <u>eventi avversi</u>, definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario piuttosto che dalla malattia del paziente (Brennan et al. 1991), e dei <u>near miss</u>, 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 ha effetti indesiderati per il paziente.</p> <p>La prima parte della scheda di IR viene compilata anonimamente dagli operatori sanitari (di cui si traccia la qualifica per eventuali azioni mirate di sensibilizzazione alla categoria in caso di scarsa adesione), la seconda parte viene compilata dai medici formati allo scopo; ne prende visione il Direttore Sanitario/Clinical Risk Manager per la valutazione di eventuali audit o analisi proattiva di un fenomeno emerso, in un clima di sensibilizzazione del personale al tema del rischio, della volontarietà, della confidenzialità della segnalazione non soggetta a comportamenti punitivi.</p> <p>Annualmente in sede di riunione vengono restituiti i risultati del monitoraggio e le azioni di miglioramento intraprese.</p> <p>Con l'introduzione di SAGNALER nel processo di segnalazione alla RER verranno inviate le informazioni che completano gli Incident Reporting, non solo più i dati quantitativi (n° segnalazione e esiti).</p> <p>Non essendo consentita l'iscrizione degli operatori al Livello 1, per i professionisti il metodo di segnalazione non si modifica, continuando ad utilizzare la scheda informatizzata, che in forma cartacea arriva al Coordinatore Infermieristico (che la inseriscono nella piattaforma) ed, in seguito, al Direttore Sanitario/Clinical Risk Manager, di cui ne condivide l'appropriatezza e procede con l'invio in Regione (Liv.3).</p> <p>In corso di valutazione l'adozione di una scheda specifica per le cadute (ora si utilizza l'IR), mentre per le aggressioni è già in uso il modello, in formato cartaceo, della RER.</p> |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità      | <p>Nel 2025 sono pervenute 141, di cui 139 schede di Incident Reporting e 2 schede per la segnalazione di violenza ad operatore, specifica secondo il format della RER; queste vengono condivise da RSPP, Direttore Sanitario e Clinical Risk Manager.</p> <p>Il numero delle segnalazioni è tendenzialmente stabile rispetto agli anni precedenti.</p> <p>Le principali tipologie di eventi avversi segnalate sono (valore calcolato (n° segnalazioni per specifico evento/n° segnalazioni totali):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ per il 67,37% le cadute, valore più rilevante nel 2025, tuttavia l'indicatore specifico (2,9) rivela una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti;</li> <li>▪ l'13,47 % riguarda errori di terapia, valore sensibilmente in aumento se comparato agli anni precedenti. Ad una analisi più approfondita si rileva che il valore raggruppa diverse tipologie di eventi, interpretabile ad una maggiore attenzione alle cause determinanti, ma soprattutto al valore indicato concorrono inseriti i NEAR MISS, quindi errori intercettati che non hanno raggiunto il paziente, il cui aumento e la sensibilizzazione del personale è stato un obiettivo del PPSC 2024 e il 2025;</li> <li>▪ Altro valore rilevante è costituito dalle segnalazioni degli agiti eterodiretti (7,8%), valore in calo.</li> <li>▪ Relativamente agli esiti la percentuale rispetto alle segnalazioni (n° segnalazioni per specifico evento/n° segnalazioni totali):             <ul style="list-style-type: none"> <li>• gli eventi senza danno, livello di gravità 1-2-3, sono stati il 47,5% del totale;</li> <li>• gli eventi con danno moderato, livello di gravità 4-5-6, sono stati il 51% del totale.</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non si rilevano eventi di livello 7 e 8.</li> </ul> <p>La sottostima dei quasi-eventi (near miss) è oggetto di attenzione dal 2024; è aumentata la segnalazione degli eventi intercettati ma ancora risulta maggiormente puntuale la rilevazione di eventi "tangibili".</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il numero e le tipologie delle segnalazioni sono presidiate dai Coordinatori Infermieristici e Direttore Sanitario (Medico d'équipe), iniziativa intrapresa nel 2023 per valutare l'adesione effettiva degli operatori al sistema.</li> <li>▪ Gli ambiti sopra individuati per la maggior presenza di segnalazione sono presidiati con azioni correttive e di miglioramento per il contenimento delle criticità rilevate, che sono state diffuse al gruppo di lavoro; la presa visione degli Incident Reporting durante gli staff (istituito nel 2023) ha consentito di contenere gli errori, intercettandone la causa attraverso la descrizione della dinamica dell'evento stesso, determinante per la prevenzione delle cadute.</li> <li>▪ L'incontro annuale per la restituzione dei dati prodotti dagli Incident Reporting al personale è occasione di svolgimento della FMEA a cui partecipano i professionisti stessi (Medici, Infermieri, Psicologi, Educatori Prof.) ie individuazione di azioni di miglioramento condivise con il Clinical Risk Manager concordate con la Direzione Aziendale.</li> </ul> <p>E' stato diffuso agli operatori il questionario sulla sicurezza delle cure con l'obiettivo di monitorare la consapevolezza, l'utilità del sistema rischio clinico secondo gli operatori, che risultano positivi.</p> |
| Prospettive future                                                                    | <p>Si prosegue con l'impostazione sopra riportata e il monitoraggio. Qualora si optasse per la scheda specifica delle cadute (attualmente informatizzata e di cui, avendo ottenuto l'accesso a SEGNALER si è effettuato il confronto con le informazioni che entrambi i sistemi richiedono)</p> <p>L'analisi dei risultati prodotti dal questionario sulla cultura della sicurezza ha consentito di intercettare un'area critica, per cui si sono svolti incontri con gli operatori coinvolti tesi alla gestione delle criticità stesse con elaborazione di proposte già pianificate per il 2026.</p> <p>Dal 2026 le segnalazioni gli Incident Reporting prodotti con gli attuali sistemi (corrispondente al Liv 1 di SEGNALER) andranno caricati sulla piattaforma regionale, dagli operatori abilitati (liv 2) e inviati alla RER (liv.3).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Formazione e Informazione per la sicurezza delle cure |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;</li> <li>• 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).</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• DGR 1314/2024 ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.</li> <li>• Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella: marzo 2008 Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III — Ministero.</li> <li>• Ministero della Salute — Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella - 2009 pazienti e delle cure;</li> <li>• Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. "Legge Gelli") "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";</li> <li>• Codice Deontologia Medica 2014 all'art 14</li> </ul> |

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codice Deontologico dell'Infermiere all'art. 32</li> </ul> <p>Gli eventi formativi vengono progettati annualmente considerando la rilevazione del fabbisogno formativo rilevato dalla Direzione di Struttura, dal Gruppo KOS, dai Referenti dei servizi o per l'implementazione di eventuali nuove linee guida, adozione di normative.</p> <p>Viene in seguito svolta la valutazione delle competenze per l'impatto della formazione sui comportamenti professionali e il monitoraggio delle presenze ai corsi (residenziali e in FAD).</p> <p>Una fonte per l'individuazione di gap è stato il questionario sulla cultura della sicurezza, che ha consentito la rilevazione di criticità in un servizio, in cui si sono in seguito svolti degli incontri con gli operatori, anche con finalità formative.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità</p>                                            | <p>I dati del monitoraggio aziendale delle raccomandazioni ministeriali, degli esiti degli eventi, degli infortuni degli operatori, della valutazione delle competenze costituiscono parametro di confronto per l'andamento della tenuta del sistema e base per le azioni di miglioramento.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p> | <p>Annualmente vengono inseriti eventi formativi nel Piano di Formazione Aziendale, con tematiche afferenti all'area della sicurezza delle cure, alla base dello sviluppo della cultura sulla sicurezza.</p> <p>Questo viene mantenuto come obiettivo del PPSC, come impegno aziendale sostenuto anche dai risultati del questionari sulla cultura della sicurezza, che viene periodicamente somministrato ai professionisti.</p> <p>Infatti alla domanda "Come ha acquisito conoscenze sul tema?" (che indaga come avviene la diffusione e la conoscenza dei sistemi e degli strumenti della gestione del rischio clinico) si ripropone l'adesione, pressoché assoluta, alla risposta "corsi di formazione interni all'azienda", che, ad una prima lettura, conferma la necessità di mantenere nei programmi di formazione continua aziendale la tematica del rischio clinico.</p> <p>Nel 2025 è stata organizzata la formazione per il Facilitatore per la Sicurezza delle Cure, figura in staff al Clinical Risk Manager con funzioni definite nel funzionigramma di Villa Azzurra.</p> <p>Nel gennaio 2026 si è svolto il corso con tema rischio clinico previsto a dicembre 2025 ma rimandato, quindi considerato collocabile nell'anno oggetto di riesame poiché contestualizzato nella pianificazione prevista nel 2024 rispetto agli impegni assunti.</p> <p>Una delle tematiche, opportunamente affrontata in considerazione dello scarso numero di near miss pervenuti rispetto agli eventi con danno, è stata la <b>riflessione metacognitiva</b>, uno strumento che favorisce un approccio proattivo alla sicurezza, dove la <b>consapevolezza del rischio</b> e la <b>capacità di anticipare gli errori</b> diventano abilità fondamentali per la prevenzione dei danni.</p> <p>In seguito alla rendicontazione dei dati prodotti dagli IR e la formazione, gruppi di lavoro hanno proceduto allo svolgimento di FMEA, proponendo azioni di miglioramento per il 2026.</p> <p>Inoltre tutto il personale, compreso le nuove risorse, ha partecipato ad eventi in FAD con tematiche sul rischio clinico, con l'obiettivo del Gruppo Kos di uniformare le competenze minime.</p> |
| <p>Prospettive future</p>                                                                    | <p>Si prosegue con la formazione su tematiche del rischio clinico dei nuovi assunti sulla piattaforma aziendale EASYLEARNING.</p> <p>Nel 2026 sono previsti (alcuni alla redazione del presente documento già svolti):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• partecipazione dell'RSPP e Referente aziendale sicurezza all'evento "La prevenzione di aggressioni, violenze e molestie agli operatori sanitari e socio-sanitari in Emilia-Romagna", corso organizzato dalla RER con l'obiettivo di offrire uno spazio di confronto e approfondimento tra istituzioni, professionisti, esperti e stakeholder, con l'obiettivo di condividere esperienze, buone pratiche e strategie operative già attuate o in fase di sviluppo sul territorio regionale.</li> <li>• incontri con i referenti del CentroRischioSanitario della RER finalizzati ad acquisire competenze per l'utilizzo di SEGNALER, antecedenti dallo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

svolgimento dei corsi in fad sulla piattaforma <https://www.self-pa.net/> settore sanità destinati agli operatori inclusi nel livello 2 del sistema SEGNALER;  
L'identificazione dei near miss viene attenzionata anche per il 2026.

### Segnalazioni e reclami degli utenti

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L. n. 241/1990 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; • DD LLgs n. 502/1992 e n. 517/1993;</li> <li>• L. R. 19/1994 art. 15 "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini";</li> <li>• D.P.C.M. 19 Maggio 1995 (Carta dei Servizi e U.R.P.);</li> <li>• Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Programmazione nazionale per la qualità"</li> <li>• Delibera della Giunta Regionale n. 320 del 01/03/2000;</li> <li>• Piano Sanitario Regionale 1999- 2001: Linee Guida per l'adeguamento delle strutture organizzative e degli organismi per la comunicazione con il cittadino nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna";</li> <li>• DGR Emilia-Romagna n. 2302 del 12/12/2016 "Approvazione schema tipo di Regolamento dei Comitati Consultivi Misti istituiti con Legge Regionale n. 19/1994";</li> </ul>                                                                                      |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo                                       | <p>La qualità dei Servizi e delle prestazioni erogate percepite dagli Utenti sono valutati attraverso l'analisi dei Questionari di Soddisfazione, disponibili con un'applicazione e con un tablet che viene messo a disposizione dell'utente. Per l'area ambulatoriale è prevista la possibilità compilare il questionario al termine della prestazione nell'apposito totem.</p> <p>Villa Azzurra garantisce la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni. L'Utente può presentare reclamo direttamente alla Direzione Sanitaria comunicando le proprie osservazioni verbalmente oppure per iscritto, in carta libera o utilizzando un apposito modulo che può ritirare presso il reparto di degenza e la Reception. Sono disponibili cassette dove inoltrare i reclami anche in forma anonima. La Direzione si impegna a rispondere per iscritto alle segnalazioni pervenute non anonime, entro 15 giorni dal ricevimento.</p> |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Le aree ritenute di interesse per la gestione del rischio clinico riguardano aspetti tecnico professionali, igienico sanitari, umanizzazione, relazionali.</p> <p>Nel 2025 non sono pervenuti reclami di interesse per la sicurezza delle cure. Essendo rilevante la possibilità di esaminare un numero significativo di questionari, la percentuale di customer compilate alla dimissione è un obiettivo aziendale annuale, sino ad ora raggiunto ma che nel corso del 2025 l'eliminazione del cartaceo, che veniva consegnato alla dimissione al paziente, e l'introduzione dell'applicazione da scaricare sul proprio cellulare ha comportato un drastico calo della restituzione della customer, poi recuperato con azione correttiva.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>Per recuperare il calo delle schede della customer è stato introdotto nei reparti di degenza un tablet, strumento maggiormente gradito dagli utenti. Prosegue il monitoraggio della customer nei reparti di degenza e nel poliambulatorio.</p> <p>Dal 2025 la customer dei reparti di degenza viene pubblicata sul sito aziendale</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Prospettive future                                                                    | Monitoraggio customer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

### Atti di violenza contro operatori

|                      |                                                                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa | • Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la forma- |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |      |      |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|---|---|---|---|---|---|---|
| di riferimento/<br>letteratura                                                        | <p>zione degli operatori sanitari -DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA UFFICI</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Legge 14 agosto 2020, n. 113 (testo in calce) recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 9 settembre 2020, n. 224.</li><li>• Legge 26 maggio 2023 n. 56 — Disposizioni in materia di contrasto degli atti di violenza nei confronti del personale sanitario</li><li>• Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 novembre 2007</li><li>• Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i. (articoli 15, 17 e 28)</li><li>• Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari-RER</li><li>• Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori- Rev 1 del 14/03/2024</li></ul> |      |      |      |      |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo                                       | <p>In caso di segnalazione del lavoratore ( che dal 2026 avviene tramite il caricamento dei dati indicati nel modulo cartaceo su SEGNALER) il Clinical Risk Manager valuta la convocazione degli operatori per l'audit. Inoltre deve pervenire ulteriore scheda all'RSPP compilata dal Medico che interviene all'evento. I dati vengono inviati alla RER e presentati al personale.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |      |      |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori dipende da diversi fattori quali:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• le caratteristiche individuali dell'utenza e degli operatori;</li><li>• le caratteristiche dell'ambiente lavorativo e dell'organizzazione.</li></ul> <p>N° eventi aggressivi sugli operatori/anno:</p> <table><tr><td>2019</td><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td><td>2025</td></tr><tr><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 0 | 3 | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 |
| 2019                                                                                  | 2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |      |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 0                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2    | 2    | 3    | 5    | 2    |      |      |   |   |   |   |   |   |   |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>In data 02/03/2026 si è riunito il Comitato Aggressioni di Villa Azzurra per la rendicontazione delle azioni intraprese nel 2025.</p> <p>I casi in esame si sono verificati nei reparti di degenza e non hanno previsto la strutturazione di azioni di miglioramento che intervengono sui processi; entrambi i casi sono con esito di liv 3, intervenendo con azioni mirate alla gestione dei singoli eventi.</p> <p>Non sono pervenute segnalazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- di aggressioni contro operatore dall'area ambulatoriale, Reception, Ufficio Ricoveri, Centro delle attività;</li><li>- di aggressioni denunciate come infortuni sul lavoro.</li></ul> <p>Sono state inviate all'RSPP le check list aggressioni per il personale Sanitario e NON Sanitario, utili insieme ad altri elementi per l'aggiornamento del DVR</p>                                                                                                                                                                                            |      |      |      |      |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |
| Prospettive future                                                                    | <p>Monitoraggio del fenomeno.</p> <p>Proseguimento della formazione di base per i nuovi assunti.</p> <p>Entro fine 2026 verrà eseguito un ulteriore aggiornamento / monitoraggio delle attività di prevenzione del rischio aggressioni con coinvolgimento del Comitato locale.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |      |      |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |

| Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/<br>letteratura           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;</li> <li>• 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).</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> </ul> |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR 1314/2024 ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.</li> <li>• Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella: marzo 2008 Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III — Ministero.</li> </ul>                                                                                                                                                               |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo                                       | Il Clinical Risk Manager della Struttura è registrato nel sito di AGENAS, in cui annualmente inserisce i dati richiesti dalla piattaforma per le raccomandazioni applicabili (per quelle non applicabili ne inserisce la motivazione). L'inserimento è preceduto da una verifica dello stato di implementazione della singola raccomandazione con l'utilizzo della check list proposta da Agenas; in questa fase vengono individuate eventuali azioni correttive.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con gli obiettivi di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcune circostanze, l'utilizzo delle Raccomandazioni per la prevenzione di eventi sentinella indicano le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi, e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori sanitari.</p> <p>Le griglie di autovalutazione delle Raccomandazioni sono considerate dall'organizzazione quali guide funzionali a supporto della valutazione ed intercettazione di eventuali criticità.</p> <p>Il monitoraggio e la valutazione dei dati viene svolto dal Clinical Risk Manager.</p> |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Nel corso del 2025 alcune procedure correlate alle Raccomandazioni ministeriali sono state sottoposte a revisione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Prospettive future                                                                    | Si continua il monitoraggio richiesto da AGENAS per la prevenzione e gestione degli eventi avversi o sentinella                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Farmacovigilanza                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regolamento UE 1235/2010-2 luglio 2012</li> <li>• Regolamento di Esecuzione (UE) 520/2012 del 19 giugno 2012</li> <li>• Direttiva 2010/84/UE</li> <li>• Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n.228</li> <li>• Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.</li> <li>• Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano)</li> <li>• Linee di indirizzo regionali INTEGRAZIONI E SINERGIE TRA RISK MANAGEMENT E FARMACOVIGILANZA</li> </ul> |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo  | <p>A differenza dell'incident report, segnalazione volontaria di evento con/senza danno, la segnalazione di ADR riguarda unicamente eventi con danno, restando esclusi i quasi eventi ed è obbligatoria.</p> <p>Al verificarsi di un evento significativo il personale sanitario deve redigere un incident report, secondo modalità definite localmente in raccordo con le specifiche indicazioni regionali. La segnalazione di eventi significativi con danno riguardante un errore terapeutico (e quindi con manifestazione di sospetta ADR) deve essere oggetto di segnalazione anche nel sistema di Farmacovigilanza. I due sistemi costituiscono pertanto una base di analisi comune per</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       | la predisposizione di azioni di miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali.<br>La segnalazione di una sospetta ADR (da farmaci e vaccini, anche quelle di cui si ha solo il sospetto di una possibile correlazione tra farmaco e reazione avversa) consente di ottenere informazioni sulla sicurezza di farmaci e vaccini e permette di individuare "segnali" di allarme ad essi correlati.                                      |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | Per reazione avversa a farmaci si intende una reazione nociva e non voluta conseguente non solo all'uso autorizzato di un medicinale alle normali condizioni di impiego, ma anche agli errori terapeutici e agli usi non conformi alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio, incluso l'uso improprio, l'abuso del medicinale nonché l'esposizione per motivi professionali.<br>Non sono pervenute schede ADR. |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Non sono state segnalate criticità                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Prospettive future                                                                    | Monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Contenzione                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delibera di Giunta Regionale 1706 del 2009, "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio";</li> <li>• Circolare N. 16/2009 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare "Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP", aggiornata nel 2015 con la Circolare 1/2015;</li> <li>• Costituzione-art. 13 inviolabilità della libertà personale;</li> <li>• Costituzione-art. 32;</li> <li>• Codice di Deontologia Medica del 2014, art. 18;</li> <li>• Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019, art. 35</li> <li>• BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE IN OSPEDALE Ultimo aggiornamento Febbraio 2021</li> </ul> |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo                                       | <p>La contenzione viene considerata un provvedimento d'urgenza, per cui è un evento potenzialmente avverso per quanto attiene al rischio clinico, sia per la possibile compromissione del percorso terapeutico, sia per i rischi legati alla salute fisica e psichica.</p> <p>In cartella clinica viene indicata la motivazione della decisione, con quali precauzioni debba essere attuata la contenzione, le misure di sorveglianza da seguire per evitare danni diretti e indiretti.</p> <p>Il monitoraggio, con presenza continuativa di un operatore, delle diverse figure professionali dell'equipe, viene tracciato nell'apposita modulistica.</p> <p>L'evento viene segnalato sull'Incident Reporting al Clinical risk Manager.</p>                                                                                                |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Valutazione dell'urgenza connessa alla sicurezza della persona assistita o di terzi all'interno della struttura sanitaria, laddove le condizioni e la patologia dell'interessato possano determinare frangenti di concreto ed effettivo rischio per l'incolumità fisica della persona assistita, del personale sanitario e/o degli altri degenti.</p> <p>Dal 2008 non si effettuano contenzioni.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Vengono adottate modalità assistenziali alternative di tipo clinico-assistenziale, psicologico e ambientale finalizzate a evitare la contenzione, descritte nella procedura aziendale, revisionata per l'adesione alle linee guida regionali.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                    |                                                                                                                                            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prospettive future | Continua adozione delle misure alternative<br>In caso del verificarsi di un episodio di contenzione, verrà inserita la scheda su SEGNALER. |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Cadute                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;</li><li>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).</li><li>Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li><li>DGR 1314/2024 ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.</li><li>Raccomandazione Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie n. 13.</li><li>Raccomandazione della regione Emilia Romagna linee di indirizzo sulle cadute in ospedale.</li><li>Procedura per la prevenzione delle cadute e gli strumenti di identificazione dei pazienti a rischio- Rev.3 del 17/07/2024.</li></ul> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo                                       | <p>Al momento del ricovero ogni paziente viene informato sulle raccomandazioni per prevenire il rischio caduta; in questa fase le persone a cui viene rilevato il rischio vengono coinvolte dal personale infermieristico in interventi educativi, condivisi con il paziente.</p> <p>In seguito a caduta l'operatore compila la Scheda di Incident Reporting, il Clinical Risk Manager ne prende visione, valutando l'opportunità di richiedere ulteriori notizie attraverso l'audit dallo stesso condotto.</p> <p>Periodicamente ogni equipe di reparto procede, durante lo staff multidisciplinare, allo svolgimento di audit (secondo il modello allegato alla Raccomandazione della regione Emilia Romagna -linee di indirizzo sulle cadute in ospedale) se presenti eventi cadute.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Le azioni finalizzate a prevenire il rischio caduta sono indicate nella specifica procedura aziendale, risultato dell'adesione al progetto regionale per la diffusione delle linee guida LIRCO.</p> <p>Di seguito il numero di cadute segnalato con gli Incident Reporting:</p> <table><tr><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td><td>2025</td></tr><tr><td>51</td><td>65</td><td>89</td><td>79</td><td>104</td><td>87</td><td>87</td><td>88</td><td>95</td></tr></table> <p>Esiti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- tra liv 1 e il liv 2 il 2,11%,</li><li>- nell'intervallo compreso tra il liv 3 e il liv 5 96,84%,</li><li>- al liv 6 1%,</li><li>- nessuna caduta con esito di liv 7 e 8.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 51 | 65 | 89 | 79 | 104 | 87 | 87 | 88 | 95 |
| 2017                                                                                  | 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |
| 51                                                                                    | 65                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 89   | 79   | 104  | 87   | 87   | 88   | 95   |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>Vengono svolti audit multidisciplinari durante lo staff di reparto su eventi cadute e individuate dove possibile azioni di miglioramento per il contenimento del fenomeno.</p> <p>I dati relativi al numero delle cadute rilevati nel 2025 con Incident Reporting sono stati inviati alla RER.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |
| Prospettive future                                                                    | <p>Si mantiene l'informazione rivolta a tutti i pazienti ricoverati, gli interventi educativi rivolta ai pazienti ritenuti a rischio di caduta con la valutazione multifattoriale e il giro della sicurezza semestrale per la sicurezza ambientale e lo svolgimento dell'audit durante gli staff.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |    |    |    |     |    |    |    |    |

In caso di caduta l'evento sarà inserito in SEGNALER

### Gestione sinistri e comunicazione con i cittadini

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |      |        |      |      |      |      |   |   |   |   |        |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|--------|------|------|------|------|---|---|---|---|--------|---|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Legge 8 novembre 2012 n. 189 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158</li><li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 302 del 30 dicembre 2015</li><li>• Legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".</li><li>• Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"</li><li>• DGR 1706/2009 RER con oggetto "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio"</li><li>• Carta Europea dei Diritti del Malato- 30 marzo 1994- art 1</li><li>• Convenzione di Oviedo</li></ul> |      |      |      |        |      |      |      |      |   |   |   |   |        |   |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo                                       | <p>La gestione dei sinistri è centralizzata a livello di gruppo: le richieste risarcitorie e le segnalazioni ricevute, tramite email o PEC o per posta ordinaria, sono prese in carico dal team Risk Management centrale che le gestisce insieme al broker e alla compagnia assicurativa, interessando la struttura per l'ottenimento della documentazione e le informazioni necessarie per svolgere l'istruttoria e per la definizione del profilo di rischio.</p> <p>A seguito dell'istruttoria, viene definita la strategia di gestione del sinistro (rigetto, tentativo di definizione <i>pro bonis pacis</i>, attesa di azione giudiziale da controparte).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |      |        |      |      |      |      |   |   |   |   |        |   |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità                                            | <p>Viene prodotta semestralmente una valutazione di sintesi dei sinistri in gestione e del relativo profilo di rischio della società portata all'attenzione delle figure apicali e degli organi di controllo (Comitato controllo rischi e Collegio Sindacale)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |      |        |      |      |      |      |   |   |   |   |        |   |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>Risarcimenti:</p> <table><tr><td>2019</td><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td><td>2025</td></tr><tr><td>4000</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>30.000</td><td>0</td></tr></table> <p>Nel 2025 non sono stati erogati risarcimenti, ma sono state aperte 2 richieste, per eventi su cui è stato svolto SEA, azioni di miglioramento.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2019 | 2020 | 2021 | 2022   | 2023 | 2024 | 2025 | 4000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30.000 | 0 |
| 2019                                                                                  | 2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2021 | 2022 | 2023 | 2024   | 2025 |      |      |      |   |   |   |   |        |   |
| 4000                                                                                  | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0    | 0    | 0    | 30.000 | 0    |      |      |      |   |   |   |   |        |   |
| Prospettive future                                                                    | <p>Proseguire nell'integrare le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      |      |        |      |      |      |      |   |   |   |   |        |   |

### Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principale normativa di riferimento/ letteratura | <ul style="list-style-type: none"> <li>• D.M.27/07/1995</li> <li>• Legge n°24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".</li> <li>• Legge 118 del 05/08/2022 Legge Concorrenza.</li> <li>• PNCAR 2022-2025</li> </ul> |
| Descrizione dello strumento/ flusso informativo  | <p>Il medico che un caso di malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo, ha l'obbligo di segnalazione all'Azienda Sanitaria competente per territorio.</p> <p>Il medico segnalatore è tenuto ad adottare misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio.</p>                                                    |
| Analisi del rischio ed                           | Le ICA possono essere causate da infezioni trasmesse dall'esterno (fonti eso-                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

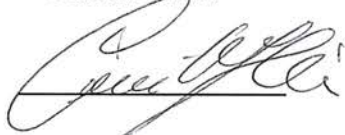
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| eventuali criticità                                                                   | <p>gene), da persona a persona (compresi gli operatori sanitari) e/o dall'ambiente circostante (veicoli, vettori), e infezioni causate da batteri presenti all'interno del corpo dello stesso paziente (fonti endogene). Le cause possono essere molteplici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che prevedono l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e/o interventi chirurgici complessi;</li> <li>• immunodepressione e/o gravi patologie concomitanti (pazienti fragili);</li> <li>• scarsa applicazione di misure igienico ambientale e non adeguata adesione alle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;</li> <li>• emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici (microrganismi alert).</li> </ul> |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>Al fine di garantire la massima riduzione (contenimento) delle ICA vengono adottate le seguenti misure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• applicazione di buone pratiche assistenziali (igiene delle mani, precauzioni standard e aggiuntive specifiche), procedure di sterilizzazione e disinfezione;</li> <li>• identificazione delle criticità (eventi rilevanti, sentinella, epidemie, cluster, scarsa qualità dell'assistenza, adozione di comportamenti scorretti, mancato rispetto delle procedure di sicurezza);</li> <li>• formazione tramite eventi specifici.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                    |
| Prospettive future                                                                    | Monitoraggio delle ICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

#### 4. Conclusioni

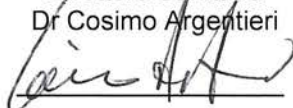
La conclusione di seguito indicata è riportata dalla relazione annuale dello scorso anno, ma si ritiene di confermare l'obiettivo principale a cui aspirare che si fonda sull'idea di sviluppare una cultura che tende gradualmente passaggio da un sistema burocratico (disponiamo di sistemi per gestire i pericoli) ad un sistema generativo (la sicurezza fa parte del nostro modo di operare, attenzione alla propria mission), che esprime "gli atteggiamenti, le convinzioni, le percezioni e i valori condivisi dai lavoratori in relazione alla sicurezza" (cox, s. e Cox, 7.-199f- *The structure of employee attitudes to safety - a European example Work and Stress*, 5, 93 - 106) e che riflette "il modo in cui ogni organizzazione fa sicurezza"[Jump up ZCBI (1991) *Developing a Safety Culture.*, Confederation of British Industry, London.j.

Riolo Terme, 22/03/2026

Il Direttore di Struttura  
Camilla Fabbri



Il Clinical Risk Manager/  
Direttore Sanitario  
Dr Cosimo Argentieri



Il Facilitatore per  
la Sicurezza delle Cure  
Lorella Di Giorgio

