

AREA DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
UOC Risk Management

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi nell'anno 2025, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5, della Legge 8 marzo 2017, n. 24

Analisi comparativa triennio 2023–2025

Data di aggiornamento: settembre 2026

1. Premessa e finalità

La presente relazione è redatta ai sensi dell'articolo 2, comma 5, della Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. E' predisposta ai fini della pubblicazione sul sito internet aziendale nel rispetto della riservatezza dei dati personali e della non identificabilità dei soggetti coinvolti.

Il documento illustra, in forma aggregata e nel rispetto della riservatezza dei soggetti coinvolti, gli eventi avversi verificatisi nell'anno 2025, le principali aree di rischio emerse dall'analisi delle segnalazioni, i fattori contribuenti rilevati e le iniziative di prevenzione e miglioramento adottate o programmate dall'Azienda.

L'analisi è stata condotta utilizzando le segnalazioni pervenute alla UOC Risk Management tramite il sistema di incident reporting e gli ulteriori flussi informativi aziendali pertinenti alla gestione del rischio sanitario. Al fine di consentire una lettura dell'andamento nel tempo, i dati dell'anno 2025 sono posti a confronto con quelli degli anni 2023 e 2024.

Le segnalazioni analizzate comprendono eventi senza danno o near miss, eventi avversi ed eventi sentinella, secondo le definizioni e le procedure aziendali vigenti. L'andamento numerico delle segnalazioni non costituisce, da solo, un indicatore diretto dell'andamento del rischio assistenziale: esso può essere influenzato dai volumi di attività, dalla sensibilità degli operatori, dalla propensione alla segnalazione, dalla qualità del sistema di rilevazione e da eventuali modifiche nelle modalità di classificazione.

La relazione costituisce uno strumento di trasparenza, apprendimento organizzativo e miglioramento continuo. I dati sono utilizzati per individuare le priorità di intervento, promuovere l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti, monitorare l'efficacia delle azioni adottate e sostenere una cultura della sicurezza non punitiva, orientata alla prevenzione e alla qualità dell'assistenza.

2. Fonti informative e metodologia

2.1 Fonti dei dati

La relazione è elaborata sulla base delle seguenti fonti informative:

- segnalazioni di incident reporting trasmesse alla UOC Risk Management;
- flusso regionale SIREs, ove applicabile;
- segnalazioni e approfondimenti relativi agli eventi sentinella;
- audit clinici, Significant Event Audit, analisi strutturate delle cause e piani di miglioramento;
- informazioni provenienti dal Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, ove pertinenti alla sicurezza dei processi assistenziali;
- ulteriori flussi aziendali formalmente disponibili e coerenti con l'oggetto della presente relazione.

2.2 Criteri di classificazione

Ai fini dell'analisi, le segnalazioni sono classificate nelle seguenti categorie:

- **Near miss o evento senza danno:** evento intercettato prima del verificarsi del danno o che non ha comportato conseguenze per il paziente, l'utente o il visitatore;
- **Evento avverso:** evento non intenzionale correlato al processo assistenziale che ha comportato un danno;
- **Evento sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di criticità organizzative o assistenziali rilevanti, oggetto di specifici approfondimenti;
- **Evento a danno di operatore:** episodio di aggressione o violenza a danno di un operatore, analizzato separatamente in ragione della sua rilevanza per la sicurezza delle organizzazioni e dei lavoratori.

Le definizioni operative e le modalità di classificazione sono quelle previste dalle procedure aziendali e dagli indirizzi regionali e nazionali applicabili.

2.3 Limiti interpretativi

L'interpretazione delle informazioni deve considerare che i dati derivano prevalentemente da sistemi di segnalazione volontaria. Pertanto, essi rappresentano gli eventi intercettati e segnalati e non consentono, in assenza di adeguati denominatori di attività, di stimare un tasso di rischio assoluto o di confrontare direttamente strutture e servizi con volumi assistenziali differenti.

Ove disponibili, gli indicatori saranno progressivamente rapportati ai volumi di attività, quali giornate di degenza, ricoveri, accessi in Pronto Soccorso, prestazioni ambulatoriali, utenti assistiti e ulteriori denominatori pertinenti.

3. Sintesi dei risultati

Nel 2025 sono state analizzate complessivamente **389** segnalazioni relative a eventi, near miss e criticità rilevanti per la sicurezza delle cure.

Rispetto all'anno 2024, il numero complessivo delle segnalazioni evidenzia una variazione pari a **+2,10%**. Il confronto con il 2023 evidenzia una variazione pari a **+13,4%**

Le principali aree di rischio emerse nel 2025 riguardano:

- cadute di pazienti, utenti e visitatori;
- atti di violenza a danno di operatori;

- sicurezza della terapia farmacologica;
- utilizzo di dispositivi, presidi e tecnologie sanitarie;
- gestione e tracciabilità dei campioni biologici;
- comunicazione tra professionisti, trasferimenti e continuità assistenziale;
- percorsi materno-neonatali e altri eventi assistenziali rilevanti.

Le categorie con maggiore numerosità sono risultate essere le cadute del paziente seguite dalle aggressioni/atti di violenza ai danni di operatori sanitari. La lettura delle segnalazioni evidenzia l'opportunità di consolidare le azioni di prevenzione nelle aree a più elevata frequenza e di mantenere specifici approfondimenti sugli eventi a maggiore gravità potenziale o effettiva.

Tabella 1 – Quadro riepilogativo delle segnalazioni per esito

Classificazione	2023	2024	2025	Totale triennio
Near miss / eventi senza danno	234	264	239	737
Eventi avversi	107	114	147	368
Eventi sentinella	2	3	3	8
Totale	343	381	389	1113

Tabella 2 – Quadro riepilogativo per macroarea di rischio

Macroarea	2023	2024	2025	Totale triennio
Cadute di pazienti, utenti e visitatori	218	210	241	669
Aggressioni a danno di operatori	97	148	126	371
Farmaci e terapia farmacologica	3	4	5	12
Area materno-neonatale	7	2	2	11
Eventi legati a procedure/setting assistenziale	2	5	3	10
Eventi nell'area della sicurezza/sorveglianza del paziente	5	1	3	9
Eventi da utilizzo di presidi e tecnologie su paziente	3	3	5	11
Eventi legati al sistema dei trasporti	1	1	1	3
Eventi legati all'errore di diagnosi	2	0	0	2
Altro (Comprende campioni biologici)	5	7	3	15
Totale	343	381	389	1113

4. Strategie aziendali per la sicurezza delle cure

La politica aziendale in materia di sicurezza delle cure è orientata alla prevenzione e alla gestione del rischio sanitario attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali, organizzativi, tecnologici, strutturali e professionali.

La sicurezza dei percorsi di cura richiede il contributo attivo di tutti gli operatori. L'esperienza professionale e la competenza tecnica devono essere costantemente accompagnate dall'applicazione delle buone pratiche, dal rispetto delle procedure, dalla comunicazione efficace e dall'attenzione ai fattori organizzativi che possono influire sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza.

L'Azienda promuove una cultura della segnalazione non punitiva, nella quale l'analisi degli eventi e dei near miss costituisce un'opportunità di apprendimento e di miglioramento. Le segnalazioni permettono di identificare vulnerabilità dei processi, fattori contribuenti, criticità ricorrenti e possibili azioni preventive.

Le attività della UOC Risk Management coinvolgono trasversalmente l'intera organizzazione e comprendono:

- monitoraggio delle segnalazioni di incident reporting e degli eventi sentinella;
- gestione e aggiornamento dei flussi informativi regionali previsti;
- conduzione di audit clinici, Significant Event Audit e ulteriori metodologie di analisi;
- supporto alla definizione, attuazione e monitoraggio dei piani di miglioramento;
- partecipazione ai gruppi e comitati aziendali pertinenti alla gestione del rischio e dei sinistri;
- elaborazione, revisione, diffusione e verifica delle procedure aziendali;
- promozione di attività formative sulla sicurezza delle cure, sul rischio clinico e sulle metodologie di analisi;
- collaborazione con il Comitato Aziendale per le Infezioni Correlate all'Assistenza per le attività di competenza;
- valutazione di strumenti organizzativi e tecnologici finalizzati a migliorare la comunicazione e la sicurezza dei processi.

5. Analisi delle cadute di pazienti, utenti e visitatori

5.1 Andamento complessivo

Nel triennio 2023–2025 sono state registrate complessivamente **669** segnalazioni di caduta di pazienti, utenti o visitatori. Nel 2025 sono state 241 cadute, rispetto a **210** nel 2024 e **218** nel 2023.

L'andamento osservato deve essere interpretato in relazione ai volumi di attività e alla capacità di intercettare e segnalare gli eventi. In assenza di denominatori omogenei, la variazione del numero assoluto di segnalazioni non può essere interpretata automaticamente come un incremento o una riduzione del rischio.

Anno	Cadute segnalate	Variazione rispetto all'anno precedente
2023	218	—
2024	210	- 3,7 %
2025	241	+ 14,8 %
Totale triennio	669	

5.2 Classificazione per esito

Nel 2025, le cadute sono state classificate come near miss/eventi senza danno per **142** casi, come eventi avversi per **98** casi e come eventi sentinella per **1** caso.

L'eventuale presenza di eventi sentinella è stata oggetto degli approfondimenti previsti dalle procedure aziendali, con analisi delle cause e individuazione delle azioni di miglioramento appropriate.

Anno	Near miss / senza danno	Eventi avversi	Eventi sentinella	Totale
2023	142	76	0	218
2024	132	78	0	210
2025	142	98	1	241
Totale	416	252	1	669

5.3 Soggetti coinvolti

Le cadute hanno riguardato prevalentemente pazienti, utenti e visitatori/accompagnatori. Il dato è coerente con la necessità di rivolgere le misure preventive non soltanto ai soggetti direttamente assistiti, ma anche alle persone che accedono alle strutture aziendali.

Soggetto coinvolto	2023	2024	2025	Totale triennio
Pazienti	194	176	204	574
Utenti	20	29	27	76
Visitatori	4	5	10	19
Totale	218	210	241	669

5.4 Luoghi e dinamiche prevalenti

La distribuzione degli eventi evidenzia la concentrazione delle cadute nei luoghi e nelle condizioni assistenziali che saranno confermati dall'estrazione validata dei dati. In ambito ospedaliero, la letteratura organizzativa e l'analisi delle segnalazioni richiedono particolare attenzione alle stanze di degenza, ai servizi igienici, ai trasferimenti dal letto o dalla barella e ai percorsi di mobilitazione.

Luogo di accadimento	2023	2024	2025	Totale triennio
Stanza di degenza	130	126	142	398
Bagno	36	37	47	120
Corridoio / percorsi interni	12	13	10	35
Ambulatorio / area diagnostica	6	11	16	33

Spazi comuni / attesa	11	5	15	31
Aree esterne / ingressi / scale	0	0	0	0
Altri luoghi	23	18	11	52
Totale	218	210	241	669

Le dinamiche maggiormente rappresentate saranno descritte sulla base dei dati validati. Le categorie da monitorare includono, in particolare, scivolamento, inciampo, perdita di equilibrio, cedimento degli arti inferiori, capogiro o sincope e caduta durante la discesa dal letto o dalla barella.

5.5 Fattori contribuenti e azioni di miglioramento

L'analisi aggregata delle segnalazioni e degli eventuali approfondimenti evidenzia fattori contribuenti potenzialmente riconducibili a:

- fragilità clinica, età avanzata, pluripatologia, deficit motori o cognitivi e ridotta autonomia;
- inadeguata o non tempestiva valutazione e rivalutazione del rischio di caduta;
- criticità nella mobilitazione, nei trasferimenti e nell'accesso ai servizi igienici;
- condizioni ambientali, illuminazione, pavimentazioni, ingombri, arredi e percorsi di transito;
- gestione di letti, barelle, spondine e ausili;
- necessità di rafforzare la comunicazione tra professionisti, pazienti, utenti e caregiver;
- necessità di consolidare formazione, sorveglianza e adesione alle procedure nei setting a maggiore rischio.

Le azioni di prevenzione e miglioramento comprendono:

- valutazione tempestiva e rivalutazione periodica del rischio di caduta;
- definizione e personalizzazione delle misure preventive;
- assistenza durante mobilitazione, trasferimenti e accesso ai servizi igienici per i soggetti a rischio;
- verifica degli ambienti di cura e dei percorsi di transito;
- monitoraggio di letti, barelle, spondine e ausili;
- audit e feedback alle strutture maggiormente interessate;
- formazione mirata degli operatori;
- progressiva costruzione di indicatori rapportati ai volumi di attività;
- uniformazione delle modalità di classificazione e registrazione degli eventi.

6. Analisi degli atti di violenza a danno di operatori

6.1 Inquadramento

Gli atti di violenza a danno degli operatori costituiscono un rilevante problema di sicurezza organizzativa e di tutela dei lavoratori. Le segnalazioni consentono di dimensionare il fenomeno, individuare i setting maggiormente esposti e orientare le iniziative di prevenzione, formazione e supporto.

L'analisi viene riportata separatamente in considerazione della specificità del fenomeno e del suo impatto sui professionisti, sull'organizzazione dei servizi e, indirettamente, sulla qualità dell'assistenza.

6.2 Andamento complessivo

Nel 2025 sono state registrate **126** segnalazioni di aggressione a danno di operatori, rispetto a **148** nel 2024 e **97** nel 2023.

Anno	Aggressioni segnalate	Variazione rispetto all'anno precedente
2023	97	—
2024	148	+ 52,6 %
2025	126	- 14,9 %
Totale triennio	371	

Una variazione del numero di segnalazioni deve essere interpretata considerando sia l'effettivo andamento del fenomeno sia il livello di sensibilità degli operatori e la propensione alla segnalazione, inclusi gli episodi verbali e i near miss.

6.3 Tipologia e classificazione degli episodi

Le aggressioni possono comprendere comportamenti verbali, fisici, contro oggetti o combinazioni delle predette modalità. Ai fini del confronto nel tempo, è necessario utilizzare categorie omogenee e verificare eventuali modifiche nelle modalità di registrazione.

Tipologia	2023	2024	2025	Totale triennio
Aggressione verbale	52	82	65	199
Aggressione fisica	42	41	15	98
Verbale e fisica	0	0	29	29
Contro oggetti / altre modalità	3	25	17	45
Non classificata	0	0	0	0
Totale	97	148	126	371
Classificazione	2023	2024	2025	Totale triennio

Near miss	75	115	87	277
Evento avverso	21	33	38	92
Evento sentinella	0	0	1	1
Non valorizzato	1	0	0	1
Totale	97	148	126	371

6.4 Setting e strutture maggiormente interessati

L'analisi per struttura e sede operativa sarà completata utilizzando esclusivamente dati validati e con livelli di aggregazione tali da evitare l'identificabilità indiretta di singoli episodi o soggetti coinvolti.

I dati sono presentati in forma aggregata. Per le categorie caratterizzate da bassa numerosità, le informazioni sono ulteriormente aggregate o non dettagliate, al fine di prevenire il rischio di identificazione diretta o indiretta dei soggetti, delle strutture o degli episodi coinvolti.

Struttura / setting assistenziale	2023	2024	2025	Totale triennio
Pronto Soccorso	46	41	43	130
Salute mentale e dipendenze	26	57	40	123
Reparti di degenza	18	28	25	71
Servizi territoriali	5	20	18	43
Altri setting	2	2	0	4
Totale	97	148	126	371

6.5 Fattori contribuenti e azioni di prevenzione

I fattori contribuenti rilevabili in forma aggregata possono comprendere:

- condizioni di sovraffollamento, attesa o elevata pressione assistenziale;
- complessità clinica, relazionale o comportamentale dell'utenza;
- criticità di comunicazione con utenti, familiari e caregiver;
- caratteristiche del setting e dei percorsi di accesso;
- necessità di rendere più tempestivi i sistemi di allerta, supporto e intervento;
- necessità di rafforzare formazione, addestramento e supporto agli operatori esposti.

L'Azienda prosegue le attività di prevenzione attraverso:

- formazione su comunicazione efficace, prevenzione, gestione della crisi e tecniche di de-escalation;
- analisi degli eventi e feedback alle strutture interessate;

- verifica dell'applicazione delle procedure aziendali;
- valutazione e monitoraggio di misure organizzative, logistiche e tecnologiche di prevenzione e allerta;
- coinvolgimento dei servizi e dei professionisti maggiormente esposti;
- raccordo con le iniziative aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

7. Altri eventi e aree di rischio

7.1 Quadro di sintesi

Oltre alle cadute e agli eventi di violenza a danno degli operatori, sono state analizzate le segnalazioni riferite ad altre aree di rischio assistenziale. La relativa distribuzione sarà completata dopo la validazione definitiva delle categorie e dei dati estratti.

Categoria aggregata	2023	2024	2025	Totale triennio
Farmaci e terapia farmacologica	2	4	5	11
Area materno-neonatale	7	2	1	10
Dispositivi, presidi e procedure assistenziali	4	2	3	9
Campioni biologici	0	5	3	8
Comunicazione tra operatori	0	3	3	6
Trasferimenti e continuità assistenziale	3	2	0	5
Criticità diagnostiche	1	1	2	4
Allontanamento del paziente	5	0	0	5
Trasporto del paziente	0	1	1	2
Altre categorie	5	2	4	11
Totale	27	22	22	73

7.2 Farmaci e terapia farmacologica

Gli eventi, pur caratterizzati da bassa numerosità, mostrano nel triennio un andamento in aumento e richiedono il mantenimento di un'attenzione specifica lungo l'intera filiera del processo terapeutico, dalla prescrizione alla somministrazione. Le azioni di miglioramento sono orientate a individuare e ridurre eventuali disomogeneità nell'applicazione delle procedure, a rafforzare i controlli nelle fasi più esposte al rischio e a promuovere la tempestiva segnalazione delle criticità.

Le segnalazioni ricevute hanno riguardato principalmente eventi caratterizzati da fattori contribuenti quali criticità comunicative, incompletezza o non tempestivo aggiornamento delle informazioni cliniche, errata interpretazione del dato. Questi eventi, che mostrano nel triennio un trend in aumento, necessitano di un rafforzamento dei controlli previsti lungo la filiera approvvigionamento del farmaco-somministrazione, valutando i fattori organizzativi che possono

contribuire ad aumentare le occasioni di errore agendo là laddove si evidenziassero ambiti di disomogeneità nell'applicazione delle procedure.

Le azioni di miglioramento comprendono sicuramente l'aggiornamento delle procedure, la formazione mirata, il monitoraggio degli eventi, l'analisi dei casi rilevanti e il rafforzamento dei controlli nelle fasi più esposte al rischio.

7.3 Dispositivi, presidi e procedure assistenziali

Le segnalazioni relative a dispositivi, presidi, tecnologie e procedure assistenziali richiedono la verifica dell'appropriatezza di utilizzo, della disponibilità e funzionalità delle apparecchiature, dell'adeguatezza dell'addestramento e dell'applicazione delle procedure aziendali ed anche la valutazione dell'idoneità e funzionalità del presidio utilizzato in quanto molti dei device utilizzati sono acquisiti dall'azienda mediante gare centralizzate.

Le criticità rilevate sono state condivise con le aree aziendali preposte all'acquisizione e alla distribuzione nelle UO aziendali e sottoposte a valutazione multidisciplinare per determinare la correttezza e completezza di interventi di manutenzione laddove previsti, aggiornamento procedurale, formazione, verifica dell'approvvigionamento e monitoraggio dell'uso dei dispositivi.

7.4 Gestione dei campioni biologici

La gestione dei campioni biologici rappresenta un processo che richiede continuità, tracciabilità e corretta identificazione in tutte le fasi: prelievo, etichettatura, accettazione, conservazione, trasporto, analisi e refertazione. Dal luglio 2024 lo smarrimento o l'inutilizzabilità di un campione biologico costituisce un evento sentinella. Le azioni di miglioramento sono orientate pertanto alla comprensione del meccanismo che ha determinato l'errore lungo la catena del processo in modo tale da poter procedere alla standardizzazione delle modalità operative nelle diverse UU.OO., rafforzando la fase identificativa del campione e della esatta corrispondenza con il paziente, rendendo tracciabili tutti i passaggi che non sono ancora informatizzati. Fondamentale è la formazione continua e costante degli operatori con verifica delle interfacce tra servizi clinici, strutture territoriali e laboratori.

7.5 Comunicazione, trasferimenti e continuità assistenziale

Le criticità comunicative e organizzative possono manifestarsi durante consegne, trasferimenti interni o esterni, passaggi di responsabilità, gestione della documentazione sanitaria e raccordo tra servizi ospedalieri e territoriali. La ASL Roma 1 promuove l'adozione di strumenti di comunicazione strutturata, la chiarezza delle responsabilità, la completezza della documentazione e la verifica dei percorsi di continuità assistenziale, con particolare attenzione alle transizioni più complesse.

Gli approfondimenti condotti sugli eventi relativi ai trasferimenti hanno evidenziato l'esigenza di verificare, in prossimità del trasferimento, l'attualità delle informazioni cliniche, dei parametri vitali e degli esami di laboratorio rilevanti, considerata la possibile rapida evoluzione delle condizioni del paziente.

7.6 Area materno-neonatale, eventi diagnostici e altri eventi rilevanti

Gli eventi riguardanti i percorsi materno-neonatali, le criticità diagnostiche, i decessi, i trasferimenti verso le UTIN e gli altri eventi a maggiore gravità potenziale richiedono sempre, anche in presenza di bassa numerosità, una particolare attenzione organizzativa e clinica. Tali eventi sono oggetto di approfondimenti specifici, in conformità alle procedure

aziendali, mediante audit, analisi strutturate delle cause, confronto multidisciplinare e definizione di eventuali azioni correttive e preventive.

Nell'area materno-neonatale, nella quale sono stati ricondotti 10 eventi, concentrati prevalentemente nel 2023. Le segnalazioni riguardano difficoltà o criticità durante il parto, assistenza neonatale, crisi e sofferenza del neonato, nonché rientri in Neonatologia. Sebbene il numero di eventi diminuisca negli anni successivi, la rilevanza clinica dell'ambito rende necessario il mantenimento di sistemi strutturati di sorveglianza, revisione dei casi e audit multidisciplinare.

8. Cause e fattori contribuenti emersi dall'analisi

L'analisi aggregata delle segnalazioni, degli audit e degli approfondimenti effettuati ha evidenziato fattori contribuenti riconducibili, con differente peso nelle diverse aree di rischio, alle seguenti dimensioni:

- caratteristiche cliniche e assistenziali della popolazione presa in carico, quali fragilità, pluripatologia, ridotta autonomia, alterazioni cognitive o comportamentali;
- complessità dei percorsi assistenziali e delle interfacce tra unità operative, professionisti e servizi;
- criticità nella comunicazione, nei passaggi di consegna, nei trasferimenti e nella tracciabilità delle informazioni;
- fattori umani e organizzativi, inclusi carichi di lavoro, priorità concorrenti, distribuzione delle risorse e necessità di rafforzare la supervisione;
- fattori ambientali, strutturali, logistici e tecnologici;
- non omogenea adesione alle procedure e alle buone pratiche;
- necessità di aggiornamento, addestramento e formazione continua;
- necessità di migliorare la completezza, l'omogeneità e la qualità delle informazioni registrate nei sistemi di segnalazione.

Le cause e i fattori contribuenti sono riportati in forma aggregata. Non vengono pubblicate informazioni idonee a consentire l'identificazione diretta o indiretta dei soggetti coinvolti o la ricostruzione di singoli casi clinici.

9. Iniziative di miglioramento adottate e programmate

In relazione alle principali aree di rischio emerse dall'analisi delle segnalazioni e dagli approfondimenti condotti, l'Azienda ha proseguito e rafforzato le attività di prevenzione, monitoraggio e miglioramento della sicurezza delle cure.

9.1 Prevenzione delle cadute

Le principali iniziative comprendono:

- valutazione tempestiva e rivalutazione periodica del rischio di caduta;
- definizione di misure preventive individualizzate;
- attenzione alla mobilitazione, ai trasferimenti e all'accesso ai servizi igienici;
- verifica sistematica delle condizioni ambientali e dei percorsi di transito;
- monitoraggio dell'appropriatezza nell'utilizzo di letti, barelle, spondine e ausili;



- audit e restituzione dei risultati alle strutture maggiormente interessate;
- formazione e sensibilizzazione del personale;
- sviluppo di indicatori rapportati ai volumi di attività;
- verifica dell'uniformità delle modalità di registrazione e classificazione.

9.2 Sicurezza della terapia e dei processi assistenziali

Sono previste o proseguono le seguenti azioni:

- aggiornamento e diffusione delle procedure aziendali;
- verifica dell'adesione alle buone pratiche;
- formazione mirata sulla sicurezza della terapia farmacologica;
- analisi delle criticità relative a dispositivi, presidi e tecnologie sanitarie;
- rafforzamento della tracciabilità dei campioni biologici;
- miglioramento della comunicazione nei passaggi di consegna e nei trasferimenti;
- audit clinici e analisi strutturata degli eventi significativi.

9.3 Prevenzione della violenza a danno degli operatori

L'Azienda realizza e programma interventi di prevenzione attraverso:

- attività formative su comunicazione, prevenzione, gestione della crisi e tecniche di de-escalation;
- analisi delle segnalazioni e feedback alle strutture maggiormente esposte;
- verifica dell'applicazione delle procedure aziendali;
- valutazione di misure organizzative, logistiche e tecnologiche di prevenzione e allerta;
- coinvolgimento dei professionisti e dei servizi a maggiore rischio;
- raccordo con le attività aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

9.4 Cultura della sicurezza e formazione

Prosegue l'attività di promozione della cultura della sicurezza mediante:

- formazione sui principi e sulle metodologie del risk management;
- diffusione della cultura della segnalazione volontaria e non punitiva;
- analisi degli eventi avversi e dei near miss;
- monitoraggio dei piani di miglioramento;
- condivisione di feedback, buone pratiche e lezioni apprese;
- collaborazione multidisciplinare tra strutture cliniche, servizi territoriali e funzioni di supporto.

9.5 Piano di azione 2026

Le evidenze emerse dalla presente relazione concorrono all'individuazione delle priorità aziendali in materia di sicurezza delle cure e alimentano, per quanto di competenza, la programmazione prevista dal Piano Annuale di Risk Management e dagli ulteriori strumenti aziendali di pianificazione e monitoraggio.

10. Conclusioni

L'analisi delle segnalazioni relative all'anno 2025 consente di confermare le principali aree di attenzione per la sicurezza delle cure e di orientare le iniziative aziendali di miglioramento.

Le cadute di pazienti, utenti e visitatori, la sicurezza della terapia farmacologica, la gestione dei dispositivi e dei campioni biologici, la comunicazione nei passaggi di consegna, la continuità assistenziale e la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori rappresentano ambiti nei quali proseguiranno le attività di monitoraggio, audit, formazione, revisione organizzativa e verifica dell'efficacia delle misure adottate.

L'Azienda riconosce nella segnalazione volontaria, nell'analisi sistemica dei fattori contribuenti e nella condivisione delle esperienze strumenti essenziali per prevenire il ripetersi degli eventi, ridurre la probabilità di danno e migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

I contenuti della presente relazione saranno utilizzati per l'aggiornamento delle priorità aziendali in materia di rischio sanitario, per la programmazione delle attività formative e per la definizione, il monitoraggio e la verifica dei piani di miglioramento.