



Relazione Annuale Qualità Unità di Raccolta AVIS Provinciale di Modena ODV

Anno 2025

Documento redatto da:

MARIA VITALE

Responsabile Unità di Raccolta AVIS Provinciale di Modena ODV

con la collaborazione dei componenti del Team Qualità dell'Unità di Raccolta

Riesame della Direzione – 1 Aprile 2026

**Assemblea AVIS Provinciale di Modena ODV –
Maranello, 11 Aprile 2026**

Maria Vitale

Sommario

1. II RIESAME DELLA DIREZIONE.....	3
2. IL TEAM QUALITÀ DELL'UDR	4
3. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
3.1. L'UNITÀ DI RACCOLTA DI AVIS PROVINCIALE DI MODENA ODV	5
3.2. INTRODUZIONE DELLA RESPONSABILE DELL'UNITÀ DI RACCOLTA	8
4. RISULTATI OBIETTIVI SPECIFICI 2025.....	11
5. INDICATORI QUALITÀ.....	15
5.1. MISURARE LA QUALITÀ.....	15
5.2. GLI INDICATORI DI PRODOTTO	15
5.3. GLI INDICATORI DI PROCESSO	20
5.4. INDICATORI DI ATTIVITÀ.....	24
5.5. SEGNALAZIONI, ELOGI E RECLAMI	25
6. STATO DEGLI AUDIT DI PARTE SECONDA	26
6.1. AUDIT AZIENDA DI PLASMA LAVORAZIONE GRIFOLS.....	26
6.2. VISITA DI VERIFICA PER IL MANTENIMENTO DELL'ACCREDITAMENTO REGIONALE.....	31
7. PIANO DEGLI OBIETTIVI PER L'ANNO 2026	34
8. DATI STATISTICI AL 31 DICEMBRE 2025 - OMISSIS -	36
9. RELAZIONE DELLA FORMAZIONE AL 31 DICEMBRE 2025	44
9.1. MANTENIMENTO DELLE COMPETENZE.....	44
9.2. FORMAZIONE NUOVO PERSONALE	46
9.3. FORMAZIONE PERSONALE IN ORGANICO	46

1.11 Riesame della Direzione

Il **Riesame del Sistema Qualità (Riesame della Direzione) dell'UdR** si svolge con almeno cadenza annuale. Nel corso dell'anno, a fronte di esigenze particolari (ad es. necessità di approfondire situazioni critiche emerse, necessità di discutere una modifica sostanziale all'organizzazione o agli obiettivi prefissati, indicazioni del SIT, etc.), la Direzione dell'UdR, anche su segnalazione del Responsabile Qualità, può convocare riunioni finalizzate all'esecuzione di un riesame straordinario.

Fase 1: Convocazione Riesame periodico della Direzione

La responsabilità dell'effettuazione del Riesame del Sistema Qualità spetta alla Direzione dell'UdR, con la corresponsabilità del Responsabile Qualità.

Il riesame è organizzato dall'ufficio qualità (Raq e suo vice-sostituto) che, con congruo anticipo sulla data prevista per la riunione e con le modalità concordate, invia la convocazione a firma del Responsabile UdR al personale coinvolto.

In particolare, il Riesame del Sistema Qualità deve essere effettuato sempre con i seguenti soggetti di AVIS Provinciale di Modena ODV:

- Presidente
- Coordinatori
- Responsabile UdR
- Responsabili Formazione (Medici e Infermieri);
- Responsabile Assicurazione Qualità

Di prassi sono presenti anche i referenti apparecchiature, materiali.

Al riesame prendono parte anche il Direttore ed il Responsabile Assicurazione Qualità del SIT dell'AOU di Modena.

Fase 2: Predisposizione Elementi di Input

Il Responsabile Qualità con la collaborazione di tutto il personale, predispone la documentazione necessaria allo svolgimento della riunione di riesame; in particolare supporta il Responsabile Unità di Raccolta nella redazione della Relazione Annuale che contiene l'analisi degli indicatori del Sistema Qualità.

Fase 3: Esecuzione del Riesame

Il Riesame è finalizzato a verificare, a fronte dei dati e delle informazioni disponibili sul Sistema Qualità, i seguenti aspetti:

- efficacia del Sistema Qualità;
- capacità dell'UdR di conseguire gli obiettivi di qualità;
- soddisfacimento delle aspettative degli Utenti dell'UdR
- efficienza del Sistema Qualità;

Gli elementi in ingresso sono riportati nel "Verbale di Riesame di Direzione". La documentazione necessaria per fornire le evidenze sullo stato dell'arte degli argomenti trattati può essere allegata al Verbale del Riesame.

Fase 4: Risultanze del Riesame

Le risultanze del Riesame del Sistema Qualità devono essere registrate nella seconda parte del Verbale del Riesame del Sistema Qualità.

Le attività da svolgere ed i relativi output previsti sono:

- Definizione del "Piano annuale delle attività";
- Eventuale revisione del "Piano Indicatori Qualità UdR";
- Programma annuale degli Audit interni della qualità;
- Sintesi azioni correttive e preventive da avviare;
- Sintesi proposte iniziative formazione per il personale dell'UdR o dei PdR per l'anno a venire, da definire poi nel "Piano annuale formazione";
- Piano interventi strutturali, ove necessario;
- Piano acquisizione apparecchiature, personale, etc., ove necessario;
- Eventuale piano indagini conoscitive sul livello di soddisfazione degli utenti;
- Eventuale piano indagini sul clima interno;
- Sintesi obiettivi gestionali e di miglioramento

2. Il Team Qualità dell'UdR

AVIS Provinciale di Modena ODV - Area Associativa

Milena Storione
Presidente

Giovanni Razzaboni
Vicepresidente vicario e responsabile associativo per l'area sanitaria

Elisa Bonini
Coordinatrice tecnica operativa, vice RAQ (Ufficio Qualità)

AVIS Provinciale di Modena ODV - Area Sanitaria

Maria Vitale
Responsabile Unità di Raccolta, Responsabile formazione medici

Patrizia Quarta
Vice Responsabile Unità di Raccolta, Vice Responsabile formazione medici

Ludovica Scarcella
Responsabile Assicurazione Qualità

Ilaria Tarabini e Ottavia Santunione
*Ufficio coordinamento del personale sanitario,
Responsabile formazione infermieri e vice*

Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena - SIT

Giovanni Battista Ceccherelli
Direttore SIT dell'AOU di Modena

Patrizia Artusi
Responsabile Assicurazione Qualità SIT dell'AOU di Modena

3. Il Contesto Organizzativo

3.1. L'Unità di Raccolta di AVIS Provinciale di Modena ODV

L'UdR AVIS Provinciale di Modena ODV è articolata ad oggi in **48 sedi associative comunali, 48 punti di raccolta** (Unità di Raccolta e 47 Articolazioni Organizzative sul territorio della provincia), accreditati con la Determina n° 19202 del 30 dicembre 2014 e con la Determina n° 15619 del 06/10/2016 che ha confermato l'accREDITamento nei confronti dell'UdR AVIS Provinciale di Modena ed accreditato il punto di raccolta di Polinago. Successivamente, sono state valutate positivamente, in occasione delle visite di sorveglianza del 17 novembre 2021 i punti di raccolta Avis di San Possidonio e Montefiorino e durante la visita dell'8 novembre 2023 il punto di raccolta Avis di Ravarino per i quali non è ad oggi stata ricevuta Determina Regionale. **L'autoemoteca** è stata accreditata per la raccolta in situazioni di emergenza.

Rispetto alle articolazioni organizzative resta sospesa l'attività del punto di raccolta Avis di Samone per scelta organizzativa e, da settembre 2024, l'attività del punto di raccolta dell'Avis di Palagano per ristrutturazione della sede.

A settembre 2025 ha ripreso l'attività il punto di raccolta Avis di Piumazzo., a seguito del completamento del progetto di riqualificazione dei locali effettuata a cura del comune di Castelfranco Emilia; oggetto dell'intervento in particolare la variazione della destinazione d'uso di due ambienti al fine di migliorare il flusso dei donatori.

L'attività svolta è rappresentata dalla selezione dei donatori e dalla raccolta di sangue ed emocomponenti in aferesi; i donatori di sangue e plasma si presentano nei punti di raccolta fissi autorizzati ed accreditati della provincia di Modena, secondo un calendario annuale che Avis Provinciale concorda con il SIT di riferimento e con le sedi comunali per corrispondere agli obiettivi specifici.

La raccolta di piastrine e di multicomponent vengono effettuate presso il Servizio di Medicina Trasfusionale nei locali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena.

Il SIT fornisce le specifiche tecniche per poter operare in modo conforme alla normativa vigente ed agli standard di qualità applicabili in materia trasfusionale.

Elemento fondamentale da sottolineare è il forte rapporto di **collaborazione** che nel corso del tempo ha sempre più strettamente legato l'**Associazione** e il **SIT**.

Ne è prova la programmazione congiunta dell'attività di raccolta e la definizione dei relativi obiettivi, la verifica dei risultati raggiunti presentata dal responsabile del SIT in sede assembleare e tutti i momenti di incontro ed i gruppi di lavoro misti.

La collaborazione tra le parti e la possibilità di far permeare in sede di raccolta la competenza tecnica del SIT garantisce inoltre una maggiore **sicurezza** dell'attività svolta.

Le Articolazioni Organizzative della UdR dipendono per quanto riguarda gli aspetti sanitari dalla Direzione Sanitaria del Responsabile dell'Unità di Raccolta, a partire dal 2 maggio 2022 affidata alla dott.ssa **Maria Vitale**; per quanto riguarda gli aspetti amministrativi ed organizzativi l'Avis provinciale di Modena ha visto la variazione, per scadenza naturale del quadriennio del mandato associativo in ossequio a quanto previsto dallo statuto associativo, della figura del presidente e legale rappresentante assunta dall'Avv. **Milena Storione** che ha sostituito in tale ruolo Cristiano Terenziani. Una variazione che permette di dare un segnale di continuità in quello che è stato il mandato precedente, in quanto l'Avv. Storione ha ricoperto con ottimi risultati il ruolo di vice-presidente.

Si segnala inoltre che all'interno del nuovo Comitato Esecutivo è stata individuato quale vice presidente vicario il dott. **Giovanni Razzaboni** che per la sua competenza in ambito sanitario, essendo Medico di Medicina Generale e Direttore Sanitario dell'Avis Comunale di Medolla, fungerà da interfaccia fra la componente associativa e la componente sanitaria dell'associazione oltre a rapportarsi con la responsabile dell'Unità di Raccolta e con il responsabile del Servizio di Medicina Trasfusionale.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo, a riprova della positività dell'assetto adottato già a partire dal 2022 dall'associazione per stabilizzare le figure chiave, sono confermate:

- le figure della Responsabile dell'Unità di Raccolta nella figura della dott.ssa Maria Vitale e della sua Vice Dott.ssa Patrizia Quarta;
- le figure della Responsabile Assicurazione Qualità Associativa nella persona della dott.ssa Ludovica Scarcella e della sua Vice Elisa Bonini.
- le figure della Responsabile della formazione del personale infermieristico nella persona della dott.ssa Infermiera Ilaria Tarabini e della sua Vice dott.ssa Ottavia Santunione;

È stato altresì formalizzato l'ufficio di coordinamento del personale sanitario dalle dott.ssa Ilaria Tarabini e dalla dott.ssa Ottavia Santunione

A tutela e garanzia della funzionalità delle apparecchiature critiche, della puntuale sorveglianza dei materiali, dei farmaci e dei presidi per le emergenze è stata ribadita l'individuazione formale di Responsabili e di Vice Responsabili a presidio dei vari ambiti.

Variazione organizzativa Avis Provinciale di Modena ODV

Ad aprile 2025 i neo insediati organismi direttivi dell'Avis Provinciale di Modena si sono posti poi l'obiettivo di rivalutare il modello organizzativo da adottare a seguito dell'andata in quiescenza del Direttore Generale Dott. Roberto Mantovani avvenuta il 31 Gennaio 2025. Data la complessità della struttura, dell'attività svolta da Avis provinciale e del modello organizzativo da essa adottato il nuovo Comitato Esecutivo ha intrapreso un percorso di ricerca e di valutazione per soddisfare, in termini di gestione e organizzazione, i requisiti richiesti da una struttura complessa. In particolare è stata posta attenzione alla verifica del contesto operativo e delle peculiarità del ruolo nel suo complesso (attività svolta, compiti, responsabilità, relazioni ed interfacce).

Per dare una risposta di merito l'esecutivo ha definito un nuovo assetto organizzativo caratterizzato non più da una figura centrale avente funzione di Direttore Generale bensì dalla presenza di due figure di coordinamento, distinte per aree di competenza, che rispondono direttamente agli organismi direttivi dell'associazione e funzionalmente collegati con l'esecutivo stesso.

Sono quindi stati individuati:

- quale Coordinatore Amministrativo, Marco Ballabeni con competenza sulle aree amministrazione, gestione del personale, magazzino, comunicazione, promozione, segreteria e sicurezza sul lavoro. Fra gli obiettivi assegnatigli vi è l'ottimizzazione dei flussi interni, la semplificazione gestionale e la valorizzare le risorse umane.
- quale Coordinatore Tecnico Operativo, Elisa Bonini, la cui attività è maggiormente caratterizzata dal collegamento con l'attività di raccolta sangue ed emocomponenti svolta dall'Associazione e dal rapporto funzionale con il Responsabile dell'Unità di Raccolta e con le altre figure che compongono l'area sanitaria dell'Unità di Raccolta stessa. In quest'ottica si interfaccia con le sedi Avis Comunali ed Equiparate del territorio e con gli enti esterni. Le sono state altresì affidate le aree connesse al CED ed alla protezione dei dati personali.

Si precisa che nell'ambito della riorganizzazione nell'attività ordinaria, è stata confermata la struttura delle singole aree/uffici ed i preesistenti riferimenti operativi anche nei confronti delle sedi del territorio e del personale. Ogni ufficio ha mantenuto la propria identità ed i vari componenti collaboreranno, in base alle aree di competenza, a stretto contatto con i coordinatori per facilitare il lavoro quotidiano e favorire la fluidità delle informazioni.

La garanzia della continuità nella direzione amministrativa, gestionale e istituzionale della struttura non è mai venuta meno in quanto, durante tutto il percorso, il dott. Roberto Mantovani ha garantito il proprio supporto e la propria presenza, in qualità di volontario, collaborando alla funzionale definizione del processo di riassetto organizzativo.

3.2. Introduzione della Responsabile dell'Unità di Raccolta

Il mio intervento vuole ripercorrere le importanti attività che ci hanno impegnato nel corso del 2025 con uno sguardo al 2026.

Il 2025 è stato un anno di preparazione della **visita di sorveglianza biennale** dell'Agenzia Sanitaria Regionale per il mantenimento dell'accreditamento istituzionale della struttura e degli audit effettuati dall'azienda di plasma lavorazione **GRIFOLS** che ha coinvolto il sistema documentale dell'unità di raccolta, il Polo Logistico e 12 punti di raccolta sangue (Camposanto, Castelfranco, Castelnuovo, Cavezzo, Concordia, Finale, Formigine, Novi, Piumazzo, San Felice, Rovereto, San Possidonio).

Questi momenti di verifica per la struttura, come ricorderete, si sono svolti in Ottobre e in Dicembre.

Alla data della presente relazione sono state auditate da Grifols anche i punti di raccolta di Castelnuovo Rangone e Zocca che hanno trasferito la loro attività ad inizio 2026.

La struttura tutta si è dovuta pertanto organizzare e preparare in modo da poter dare loro le risposte precise e puntuali anche alle criticità che ci erano state segnalate in precedenza.

Tutte le visite si sono svolte con la massima disponibilità del personale coinvolto che ha saputo dare risposte puntuali alle loro richieste, gli stessi hanno apprezzato il lavoro svolto e la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti.

Il lavoro fatto è stato frutto del lavoro di una squadra di figure ormai consolidata che lavora con precisione, serietà, sintonia e in stretta collaborazione con il SIT.

In merito all'attività dei punti di raccolta si segnala la ripresa, con il primo prelievo il 29 settembre 2025, dell'attività nel **punto di raccolta di Piumazzo** dopo periodo di chiusura per riqualificazione dei locali.

Revisioni attuate nel sistema qualità illustrate nel corso di incontri in presenza e da remoto con tutti gli operatori sanitari e con i volontari delle sedi comunali.

- Sono stati aggiornati, come da richieste dei valutatori regionali in precedenti visite, gli apparecchi per la determinazione dell'emoglobina con stampante associata. Connesso a tale innovazione tecnologica sono stati revisionati il modulo di accettazione e consenso alla donazione creando uno spazio dove apporre l'etichetta con il valore dell'emoglobina, il modulo da utilizzare per la taratura del nuovo emoglobinometro e la relativa istruzione operativa per la corretta procedura da utilizzare per la determinazione dell'emoglobina capillare del donatore.
- Revisionata la check list della sala prelievi con apposito spazio dove segnare la temperatura registrata escludendo la tolleranza come richiesto dell'azienda di plasma lavorazione.
- Revisionato poi il modulo riportante le indicazioni dell'uso non clinico del plasma per adeguarlo escludendo la voce relativa al Test di Coombs Indiretto positivo.
- Revisionato il Post Donation Information escludendo la limitazione nel tempo della segnalazione del donatore.
- Revisionata la periodicità degli audit interni del sistema qualità definendo in 2 anni il periodo per i centri plasma ed in 4 anni quella per i punti di raccolta sangue.

Si sono poi tenuti gli **audit interni con il SIT** nei centri plasma dell'UDR e nei centri sangue di Bomporto, Camposanto, Castelnuovo, Castelvetro, Cavezzo, Concordia, Formigine, Marano, Novi di Modena, Piumazzo, Rovereto, San Felice.

Si è poi concluso a dicembre 2025 il progetto che ha portato all'importazione su tutta la provincia degli **esami segnalati su donazione** da parte del Servizio Trasfusionale. Tale implementazione renderà più efficiente la trasmissione di tali alterazioni escludendo quasi completamente le comunicazioni cartacee e rendendo più efficiente sia la messa a disposizione dei referti ai medici addetti alla valutazione sia la comunicazione degli esiti ai donatori.

In merito alla **formazione del personale** si sono svolti i corsi programmati (BLSD, Corso Sierologia NAT e Corso sulle GPGs) presenti all'interno della Relazione sulla Formazione in allegato.

Eventi avversi:

Nel corso del 2025 si sono registrate un totale di 219 reazioni avverse (con una diminuzione complessiva di 31 reazioni avverse rispetto al 2024):

- Su un totale di 105 reazioni avverse relative a donazioni di sangue intero (- 10 rispetto al 2024) 81 sono state lievi, 23 medie e 1 grave.
- Su un totale di 114 reazioni avverse relative a donazioni di plasma (- 21 rispetto al 2024) 102 sono state lievi, 12 medie e nessuna grave.

In alcuni casi è stato necessario allertare i soccorsi per la ripresa lenta del ripristino delle condizioni generali. Non è stato necessario il ricovero né tantomeno sono stati richiesti approfondimenti successivi alla dimissione. Tutti questi casi sono stati tenuti monitorati dalla direzione che ha provveduto (oltre ad aprire eventuale sinistro per coprire spese ad esempio per l'acquisto di farmaci) a contattare i donatori per accertarsi della buona ripresa dopo l'evento.

Iniziative che hanno coinvolto la direzione sanitaria dell'Unità di Raccolta:

Nel giugno scorso ho partecipato a un incontro con il Presidente dell'ordine dei Medici di Modena dott. Curatola e il dott. Reggiani nostro cardiologo di riferimento presso la sede dell'ordine. L'incontro è stato organizzato con l'intento di far conoscere meglio l'impegno che la nostra associazione assolve nella tutela della salute dei donatori e quindi della comunità anche nell'ottica della prevenzione delle malattie cardiovascolari e dell'educazione sanitaria promuovendo sani stili di vita nonché adesione al piano vaccinale antiinfluenzale annuale. Auspichiamo pertanto una sempre maggiore collaborazione con i medici del territorio in previsione anche del passaggio dei referti degli esami sul FSE. In tal modo i colleghi potranno avere a disposizione maggiori informazioni sullo stato di salute dei loro assistiti.

Continua la collaborazione con l'**area sanitaria Regionale** su temi di interesse rilevante per l'Associazione, da ultimo nel 2025 un incontro per discutere delle prospettive della telemedicina in ambito trasfusionale.

Prosegue inoltre la partecipazione a corsi, anche accreditati ECM, organizzati da vari enti di riferimento e di rilievo per la materia trasfusionale in particolare il Centro Nazionale Sangue, Centro Regionale Sangue, Avis Nazionale, Avis Regionali Emilia Romagna e Lombardia.

Nel corso del 2026, facendo seguito ai primi contatti nel 2025, si è avviato un progetto di raccolta dati, in alcune Avis della Provincia, a supporto di un **progetto di ricerca sul tema del benessere mentale dei donatori**. Tale progetto è condotto dall'Università di Bologna con la collaborazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia ed ha assunto un rilievo nazionale tanto da essere promosso da Avis Nazionale stessa.

Quali saranno i prossimi programmi ed obiettivi che la direzione vorrebbe attuare?

- Cercheremo di raccogliere l'invito di Avis nazionale per questo nuovo anno affinché l'associazione si faccia promotrice per intraprendere iniziative di prevenzione della salute sul territorio (su tema si è tenuto un webinar il 30 marzo scorso);
- Cercheremo di promuovere momenti di educazione alimentare per i donatori. Per la prima volta Avis è stata invitata infatti come parte interessata alla presentazione del corso di laurea di Dietistica dell'Università Di Modena e Reggio Emilia il cui presidente e docente è il Dr Marwan El Ghoch che in passato ha ricoperto il ruolo di DS nonché medico selezionatore per lungo periodo presso Avis. Con il supporto e la collaborazione di questi professionisti potremmo avere un prezioso contributo per la correzione, con una giusta alimentazione, degli eventuali deficit marziali ai quali i donatori possono andare incontro come anche per le dislipidemie tutti motivi che rappresentano a volte delle sospensioni anche prolungate dalle donazioni.
- Intenzione di programmare incontri sul territorio ai fini di agevolare l'aggiornamento e la comprensione di tutte le novità che saranno messe in atto (in particolare il passaggio al gestionale Eliot lato raccolta)
- Intenzione di agevolare e rendere uniforme, per quanto più possibile, l'operatività dei DS e dei medici selezionatori anche attraverso la preparazione del vademecum per il personale sanitario e relative FAQ alle norme che disciplinano i criteri di idoneità ed esclusione dalle donazioni (anche in previsione della guida tradotta in italiano dell'EDQM).
- Dopo l'estate verrà programmato il corso sull'emergenze e gestioni delle reazioni avverse con il supporto del dott. Barchetti, medico che da anni collabora con Avis.
- Previsto per l'autunno momento formativo avente come tema centrale il nuovo Regolamento europeo sulle SoHO (Substances of Human Origin – SoHO).

Concludo dicendo che l'obiettivo da perseguire è l'autosufficienza e in questo diventa fondamentale il ruolo dell'associazione affinché i donatori percepiscano che ogni tipologia di donazione è importante per i pazienti. È nelle intenzioni di tutti noi, con la preziosa collaborazione con il nostro SIT e con il Dr. Ceccherelli che in tutti questi anni ha supportato la nostra attività dando fiducia al lavoro svolto, per quanto possibile contribuire affinché venga sempre mantenuto il numero adeguato di unità utili per il fabbisogno delle nostre strutture sanitarie e delle esigenze sovra provinciali.

Obiettivo del 2026 sarà quello di recuperare parte del decremento delle donazioni del 2025 monitorando l'andamento della raccolta, individuando e correggendo eventuali deviazioni o eccessivi scarti rispetto agli obiettivi.

Mi congedo ringraziando per la fiducia che fino ad ora mi è stata accordata nel ricoprire questo ruolo e passo la parola ai referenti delle altre aree.

Dott.ssa Maria Vitale
Responsabile Unità di Raccolta Avis Provinciale di Modena

4. Risultati Obiettivi Specifici 2025

Di seguito i risultati degli obiettivi programmati nel Piano Annuale delle attività per il 2025:

OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2025	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA	%
1. Riorganizzazione dell'area sanitaria dell'associazione con particolare riferimento alla proposta di accentrare a livello provinciale la refertazione degli esami di tutti i donatori con la costituzione di un gruppo di medici dedicato.	Direzione Associativa Direzione UdR con il coinvolgimento del personale medico e delle segreterie	Nel 2025 a seguito della conferma da parte del SIT dei parametri di valutazione degli esami alterati, concluso il progetto per l'importazione delle alterazioni sulle unità con la messa a disposizione dei referti per la valutazione dei medici AVIS. Il progetto a dicembre 2025 è stato esteso a tutta la provincia. Nel 2025 avvio del coinvolgimento delle prime direzioni sanitarie (per la valutazione digitale "centralizzata" su di un professionista individuato) e delle segreterie associative. 70 % al 31.12.2025 Il progetto proseguirà nel 2026	
2. Organizzazione e supporto delle segreterie associative a seguito dell'implementazione della modalità di refertazione centralizzata provinciale			
3. Valutazione, unitamente al SIT, della possibilità di effettuare donazioni di plasmaferesi presso punti di raccolta accreditati oltre a quelli attualmente attivi. Verranno valutate le strutture da coinvolgere analizzando le caratteristiche strutturali e la collocazione geografica delle stesse.	Direzione UdR Direzione Associativa Direzione del SIT	Per problemi strutturali e di collocazione in spazi idonei è stato impossibile anche per il 2025 attivare nuovi PdR per la raccolta di plasmaferesi. L'OBIETTIVO SI RIPROPONE PER IL 2026	

OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2025	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA	%
4. Piena adozione del software di gestione del magazzino (WMS) per la gestione del materiale critico dell'UdR e la sua movimentazione presso i punti di raccolta dotati di magazzino e l'invio del materiale itinerante (kit) presso le articolazioni che non effettuano stoccaggio continuativo di materiali.	Direzione Associativa Direzione UdR Area Qualità	La piena adozione del software di gestione del magazzino (WMS) per garantire la tracciabilità informatica dei movimenti del materiale critico non è stata possibile a causa di valutazioni sul software e sul fornitore anche legate alla parte di gestione amministrativa e contabile. L'OBIETTIVO SI RIPROPONE PER IL 2026	
5. Avvio delle misurazioni e del monitoraggio delle temperature di trasporto delle unità di sangue intero da tutti i punti di raccolta. Applicazione delle "Linee Guida per il trasporto delle unità di sangue ed emocomponenti e dei relativi campioni biologici" del CNS del 21.02.2020.	Direzione Tecnica SIT Area Qualità Direzione UdR Direzione Associativa	A seguito dell'aggiornamento del sistema SCWEB ed all'adeguamento della rete delle sedi Avis nel corso del 2025, presso i punti di raccolta sangue si è avviata l'implementazione del monitoraggio dei trasporti delle unità di sangue intero che ha consentito di Convalidare il processo di trasporto a dicembre 2025. Attesa di nuovi Data Logger per consentire di disporre di numero adeguato di strumenti per la rilevazione delle temperature di tutti i trasporti delle unità dai PdR sangue. 50 % al 31.12.2025 L'OBIETTIVO SI RIPROPONE PER IL 2026	
6. Convalida della conservazione temporanea del sangue e degli emocomponenti: misurazione e monitoraggio di temperatura e umidità presso le sale prelievo ove vengono conservate temporaneamente le unità di sangue e plasma prelevate.	Direzione Tecnica SIT Area Qualità Direzione UdR Direzione Associativa	I dispositivi di rilevazione certificativi da parte dell'Azienda Infratec ricevuti in data 20/09/2025 sono stati consegnati presso tutti i punti di raccolta (ultimo PdR attivato in data 14/12/2025). RAGGIUNTO	

OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2025	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA	%
7. Aggiornamento degli apparecchi per la determinazione dell'emoglobina capillare prima della donazione. I nuovi emoglobinometri saranno dotati di stampante termica e lettore barcode per garantire la tracciabilità dell'operatore, del donatore, del lotto delle cuvette e del valore rilevato escludendo la trasposizione a mano del dato sul modulo di accettazione e consenso.	Referente Apparecchiature Udr Avis Area Sanitaria Area Qualità Avis e SIT	RAGGIUNTO	
8. Aggiornamento tecnologico dei separatori Heamonetics modello PCS2 in service con nuovi separatori Haemonetics modello NexSys presso i centri di plasma della provincia. Primi centri coinvolti Mirandola e Sassuolo.	Referente Apparecchiature Udr Avis Area Qualità Avis e SIT Area Sanitaria	OBIETTIVO SOSPESO <i>non per volere diretto di Avis o del SIT</i> Si attende il rinnovo della gara pubblica a cui parteciperà l'AOU di Modena per l'aggiornamento dei separatori	
9. Programmazione dei tamponi cutanei per tutti gli operatori infermieristici al fine di monitorare la corretta effettuazione della disinfezione cutanea.	Responsabile del personale infermieristico	RAGGIUNTO	
10. Corso formativo teorico pratico sul gestionale AVISNet, con particolare riferimento agli aspetti legati al suo utilizzo durante le sedute di raccolta.	CED Avis Area Sanitaria Operatori di supporto alla raccolta	L'OBIETTIVO VERRÀ RIFORMULATO PER IL 2026 Anche a seguito di quello che sarà il percorso di introduzione del software Eliot.	
11. Revisione delle linee guida per la selezione del donatore elaborate dal SIT congiuntamente alla direzione sanitaria dell'UdR. Revisione delle FAQ al DM 2 novembre 2025 e condivisione delle buone prassi legate alla selezione del donatore periodico e dell'aspirante.	Direzione Tecnica SIT Direzione UdR	L'OBIETTIVO SI RIPROPONE PER IL 2026	

OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2025	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA	%
12. Aggiornamento dell'infrastruttura di rete dei PdR Sanguie per consentire di aumentare la sicurezza informatica delle sedi e dei collegamenti con la sede centrale dell'UdR. Attività propedeutica all'avviamento del progetto di monitoraggio delle temperature di conservazione temporanea della unità dalla sala prelievo all'arrivo al SIT.	CED Avis Per i progetti collegati: Area Qualità Avis Direzione UdR	RAGGIUNTO	
13. Aggiornamento incarichi a seguito del rinnovo delle cariche associative (incarichi relativi al monitoraggio degli impianti, delle pulizie, della modulistica, delle manutenzioni delle apparecchiature)	Area Qualità Direzione Associativa Direzione UdR	RAGGIUNTO	

5.Indicatori Qualità¹

5.1. Misurare la Qualità

Le misure effettuate in ambito qualità aiutano un'organizzazione ad essere oggettiva nell'esaminare i dati raccolti, per poter poi prendere decisioni basate su dati di fatto e non su supposizioni.

Gli obiettivi ai quali puntare misurando la qualità sono:

1. migliorare la soddisfazione dei nostri utenti,
2. ridurre i costi ed ottimizzare le risorse,
3. rendere le performance dell'organizzazione visibili e riconoscibili a livello oggettivo da tutti (collaboratori, utenti, ecc.)
4. confrontare le prestazioni nel tempo.

Gli indicatori ci aiutano a capire se durante lo svolgimento dell'attività sanitaria di raccolta del sangue ed emocomponenti si stia operando in modo corretto.

Sulla base di quanto condiviso e concordato nel corso del Riesame Della Direzione dell'11 aprile 2024 è stato revisionato il Piano degli Indicatori Qualità dell'UdR (DOC05 rev. 4).

Di seguito l'analisi dei risultati al 31 dicembre 2025

5.2. Gli indicatori di Prodotto

Nel 2025 a livello provinciale sono state raccolte e validate dal SIT:

- n. **29.489** unità di sangue intero;
- n. **26.505** unità di plasma da aferesi;
- n. **1.583** piastrine prelevate presso il SIT;

per un totale di **57.577 unità raccolte** con un decremento di 1.783 unità di sangue intero (- 5,7%), un aumento di 578 plasma da aferesi (+ 2,2%) e un decremento di 167 piastrine (- 9,5%) rispetto al 2024.

Al 31.12.2025 l'AVIS Provinciale di Modena ODV conta n. **30.166 soci donatori effettivi** con un decremento di 445 soci donatori effettivi rispetto all'anno precedente, pari a - 1,45%.

¹ Documento di riferimento Piano Indicatori UdR (Doc5 rev. 4 del 11/04/2024)

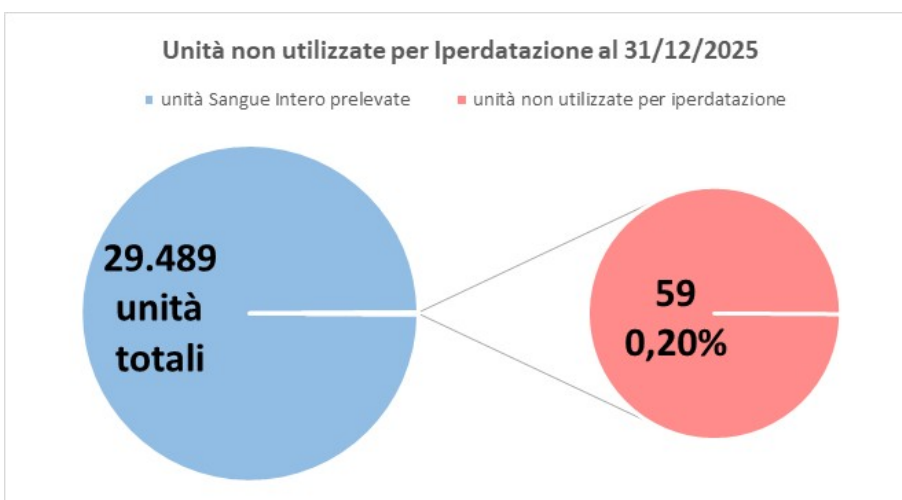
Di seguito le tabelle degli **indicatori** relative al 2025:

1. INDICATORI DI PRODOTTO – ESITO 2025

N.	Caratteristica monitorata	Indicatore	Standard di riferimento	Dato rilevato al 31.12.2025	Dato in % rilevato al 31.12.2025
1.1	Conformità unità di sangue/plasma raccolte a standard definiti	% unità sangue/plasma non conformi su totale unità raccolte ²	<3%	742 unità su 56.736 unità raccolte totali SI e PL	1,31 %
				383 unità di sangue intero su 29.872 unità raccolte	1,28 % Sangue Intero
				359 sacche di plasmaferesi su 26.864 unità raccolte	1,34 % Plasmaferesi
1.2	Conformità unità di sangue/plasma raccolte a standard definiti	% unità riscontrate positive al controllo di sterilità su totale unità inviate	<=0,1 %	0 unità rilevate	0 %
1.3	Controllo iperdatazione unità globuli rossi (CRS) (RER piano sangue)	% unità globuli rossi eliminati per iperdatazione	<=1,0%	59 unità di globuli rossi su 29.489 unità validate di sangue intero	0,20 %

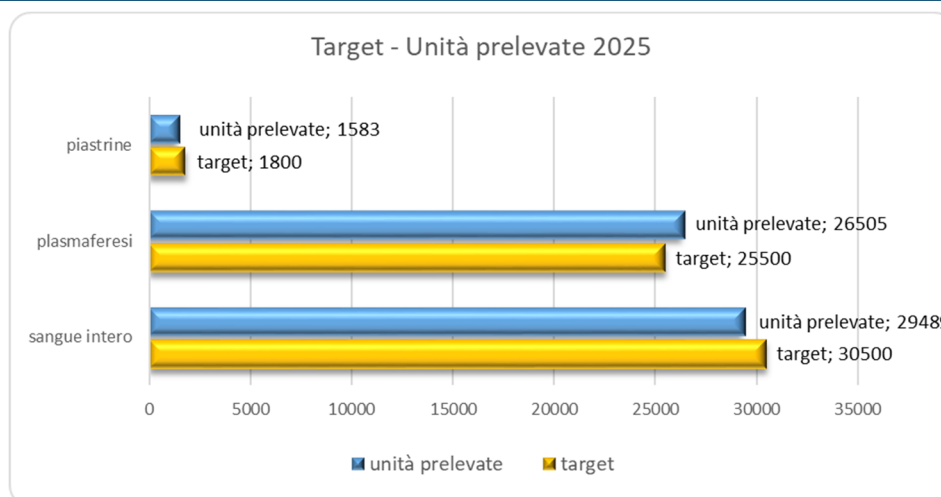
Nota al punto 1.3: Gli eritrociti non utilizzati per iperdatazione al 31/12/2025 sono stati 59 contri i 542 del 2024 (- 483 unità) ed i 401 del 2023;

Dato in netta diminuzione rispetto agli anni precedenti. Obiettivo rientrato pienamente nel target non solo a seguito della diminuzione della raccolta di unità di sangue intero ma anche grazie agli effetti dell'azione correttiva avviata già nel 2024 volta ad ottimizzare la raccolta di sangue intero con particolare attenzione ai gruppi sanguigni. L'indicatore resta comunque sempre in costante monitoraggio unitamente all'andamento della raccolta e dei consumi.



² Il totale delle unità raccolte corrisponde alle unità valide sommate le unità annullate dal SIT

N.	Caratteristica monitorata	Indicatore	Standard di riferimento	Dato rilevato al 31.12.2025	Dato in % rilevato al 31.12.2025
1.4	Conformità unità di sangue/plasma trasportate al SIMT	% unità eliminate per trasporto non idoneo su totale unità trasportate	$\leq 0,1\%$	0 unità rilevate	0 %
1.5	Corretta identificazione donatore in fase di selezione/raccolta	% incongruenze gruppi rispetto all'archivio storico per errata identificazione donatore su totale gruppi eseguiti su unità raccolte ³	$\leq 0\%$	0 unità rilevate	0 %
1.6	Raggiungimento obiettivi specifici sulla raccolta di SI / PL / PLT-MC fissati dal SIMT	% unità SI / PL / PLT-MC raccolte su obiettivo programmato dal SIMT	100 % dell'obiettivo fissato dalla programmazione target:	Unità raccolte validate: % Unità raccolte riferite al target	
			30.500 sangue intero	29.489 sangue intero	-3,31% sangue intero
			25.500 plasmaferesi	26.505 plasmaferesi	+ 3,94 % plasmaferesi
			1.800 piastrine	1.583 piastrine	-12,06 % piastrine



Nota al punto 1.6: Gli obiettivi fissati dal SIMT per la raccolta dell'anno 2025 sono delineati nel documento di programmazione congiunto e confermati dal Direttore del SIT nel mese di gennaio.

Gli obiettivi per la raccolta dell'anno 2025, ulteriore calo delle unità di sangue intero con proporzionale aumento di plasma soprattutto in riferimento ai gruppi AB, A e B positivi non sono stati pienamente raggiunti per effetto di un aumento delle donazioni di plasma non proporzionale al decremento del sangue intero.

Critico il dato della raccolta sulle piastrine che registra un significativo calo delle unità. Tale dato deve portare ad azioni mirate quali la formazione del personale medico, infermieristico e di supporto al fine di individuare donatori a cui proporre tale tipologia di donazione per la quale è fondamentale mantenere il target di raccolta del SIT posto a 1.800 unità annuali per rispondere alle esigenze dei reparti di oncologia ed ematologia.



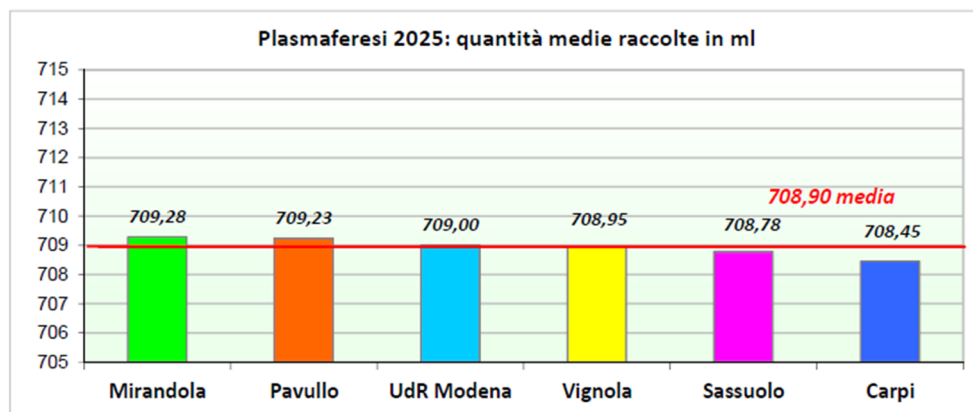
³ Il totale delle unità raccolte corrisponde alle unità valide sommate le unità annullate dal SIT

N.	Caratteristica monitorata	Indicatore	Standard di riferimento	Dato rilevato al 31.12.2025	Dato in % rilevato al 31.12.2025
1.7	Unità di globuli rossi rese disponibili per compensazione regionale in base a obiettivo fissato (CRS)	% unità di globuli rossi rese disponibili per compensazione su unità richieste	per il 2025 3.952 programmate media 76 unità a settimana	3.864 unità cedute al CRS	- 88 pari a - 2,22 % rispetto al programmato

Nota al punto 1.7: Le unità inviate al CRS sono state in linea con la programmazione delle 76 unità a settimana con una leggera flessione di 88 unità nell'anno che ha consentito di rispondere puntualmente alle richieste del CRS.

1.8	Andamento volumi di plasmateresi in conformità al DM 2.11.2015 (volume minimo 600 ml - volume massimo 700 ml al netto dell'ACD)	% unità di plasmateresi conformi al DM su unità validate (Volume compreso tra 700 ml e 720 ml al lordo dell'ACD)	>= 95 %	26.076 PL volume ≥ 700 ml ≤ 720 ml (lordo dell'ACD) su un totale di 26.505 procedure validate prelevate presso centri AVIS	98,38% (volume medio 708,90 ml al lordo dell'ACD)
-----	--	---	---------	--	--

Nota al punto 1.8:



Plasma: volume medio negli ultimi anni														
Anni Sedi	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Carpi	563,6	560,6	579,9	592	662,5	710,1	711,3	711,7	711,56	711,64	711,8	709,2	708,38	708,5
Mirandola	550,4	566,4	589,2	593,2	658,7	711,5	711,8	712,1	712,19	712,59	712,7	709,2	708,99	709,3
Modena	565,4	573,3	585,9	589,5	657,1	710,3	706,9	707,4	707,69	707,41	707,1	708,8	708,95	709,0
Pavullo	554,5	566,5	579	583,4	657,3	712	712,2	712,6	711,50	712,80	713,2	710,1	708,31	709,2
Sassuolo	572,2	579,1	596,9	600,6	677,7	712,8	713,3	712,8	714,07	713,07	713,2	709,6	709,06	708,8
Vignola	565,7	576,2	588,5	586,8	657,7	711,9	712,3	712,6	712,59	712,15	712,1	709,6	709,11	709,0

		Totali 219 su 57.315 procedure di raccolta ⁴		0,52 % totale
1.9	Monitoraggio delle reazioni indesiderate durante o a seguito di donazioni di sangue/plasma	% reazioni avverse lievi/medie/gravi su totale delle procedure di sangue / plasma	< 1,0 %	Sangue:
				105 su 30.373
				di cui:
				81 lievi
				23 medie
				1 grave
				Plasmaferesi:
				114 su 26.942
				di cui:
				102 lievi
				12 medie
				0 gravi
				0,42 % plasmaferesi

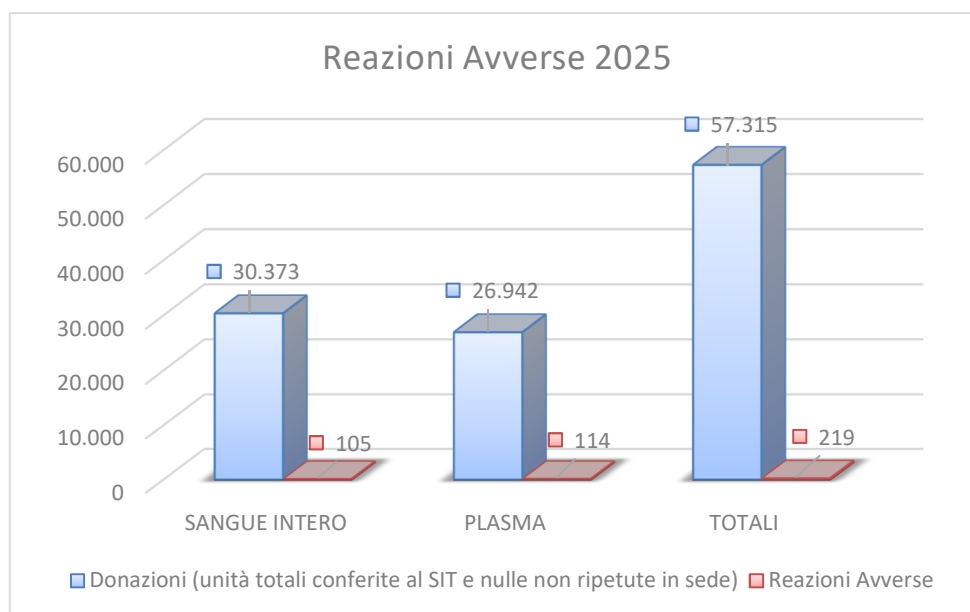
Nota al punto 1.9: nel corso del 2025 si sono registrate un totale di 219 reazioni avverse (con una diminuzione complessiva di 31 reazioni avverse rispetto al 2024):

- Su un totale di 105 reazioni avverse relative a donazioni di sangue intero (- 10 rispetto al 2024) 81 sono state lievi, 23 medie e 1 grave.
- Su un totale di 114 reazioni avverse relative a donazioni di plasma (- 21 rispetto al 2024) 102 sono state lievi, 12 medie e nessuna grave.

In alcuni casi è stato necessario allertare i soccorsi per la ripresa lenta del ripristino delle condizioni generali. Non è stato necessario il ricovero né tantomeno sono stati richiesti approfondimenti successivi alla dimissione. Tutti questi casi sono stati tenuti monitorati dalla direzione che ha provveduto (oltre ad aprire eventuale sinistro per coprire spese ad esempio per l'acquisto di farmaci) a contattare i donatori per accertarsi della buona ripresa dopo l'evento.

Copia di tutte le reazioni avverse registrate vengono trasmessa al Servizio Trasfusionale per l'inserimento dei dati in SISTRA.

Il dato non rappresenta particolare criticità pur rimanendo attentamente monitorato.



⁴ Ai fini di questo indicatore si considera il numero totale di procedure di raccolta avviate (unità validate, unità annullate dal SIT e annullate e non ripetute in sede di raccolta).

5.3. Gli indicatori di Processo

2. INDICATORI DI PROCESSO 2025

N.	Caratteristica monitorata	Indicatore	Standard di riferimento	Dato rilevato (N. e %) al 31.12.2025	Interventi, risoluzioni, note
2.1	Adeguatezza delle strutture e controlli di sicurezza effettuati in apertura della seduta di raccolta	N° di NC rilevate in sede di controllo in apertura della seduta di raccolta	NA	9 (Strutturali – Pulizia dei locali) 0 (Tecnologici - dotazione adeguate)	NC gestite all'interno del Sistema Gestione Qualità relative a malfunzionamenti relativi agli impianti di condizionamento ed un caso per il gruppo di continuità. Nessuna Non Conformità ha comportato il reinvio o la sospensione delle sedute di raccolta. Le misure correttive agite dal personale sono state idonee a consentire al regolare svolgimento dell'attività.
2.2	Adeguatezza della struttura	N. di sedute di raccolta annullate a causa di emergenze organizzative, tecnologiche, naturali.	NA	1	Annullata una seduta di raccolta dell'Avis di Rovereto di Modena
2.3	Adeguatezza gestione dei materiali	n. rinvii sedute di raccolta per problemi legati all'approvvigionamento o da magazzino	<1%	0	//
2.4	Adeguatezza dei materiali	N° di NC rilevate in fase di ricevimento del materiale dal fornitore	<5%	1 su 143 ricevimenti 0,70 %	Nessun ritiro di materiali NC da fornitori di Avis (lotto emocromo NC)
2.5	Adeguatezza gestione dei materiali	Materiale eliminato per iperdatazione	< 5%	1 caso rilevato 0,46 %	1 caso nel 2025 (79 unità di sacche plasma eliminate)
2.6	Adeguatezza gestione dei materiali	Frequenza del ritiro di materiali da magazzino esposto a T° e/o U% fuori range di tolleranza	< 4 per stagionalità	Periodo estivo: 1 caso Sede di Pavullo	Materiale movimentato da e verso Polo Logistico.

2.7	Adeguatezza del Sistema Informativo	N° blocchi del sistema informatico	NA	10 (Tecnologici - Malfunzionamento software e middleware e problemi informatici o di comunicazione)	NC gestite all'interno del SGQ
					Nessuna ha compromesso le sedute di raccolta. 5 casi hanno richiesto la procedura di emergenza, che hanno garantito il regolare e sicuro svolgimento dell'attività ed il mantenimento della tracciabilità dei dati.
2.8	Adeguatezza e conformità delle apparecchiature critiche	N° interventi di manutenzione correttiva	NA	Separatori cellulari PCS2 30 interventi su 37 app. in uso	Nessuna apparecchiatura ha dovuto essere qualificata a seguito di manutenzione correttiva in quanto negli interventi NON sono state eseguite azioni correttive o tarature tali da rendere necessaria l'effettuazione di ulteriori controlli di qualità sul prodotto finale raccolto.
				Separatori cellulari NexSys 11 interventi su 8 app. in uso	
				Bilance Fresenius 9 interventi su 140 app. in uso	
				Bilance Vasini 0 interventi su 79 app. in uso	
2.9	Adeguatezza delle apparecchiature critiche	N° interventi di manutenzione preventiva eseguite entro la data programmata	100 %	Emoglobinometri 3 interventi per sostituzione di batteria su 65 app. (35 con stampante in uso ordinario e 30 senza stampante di backup)	Al 30.10.2025 sono stati ritirati 52 apparecchi in comodato d'uso senza stampante per sostituirli in parte con apparecchi con stampante. Continua la gestione itinerante degli apparecchi, e del materiale per effettuare emoglobina, presso i PdR privi di magazzino.
					Tutte le apparecchiature sono state correttamente mantenute come da Piano di Manutenzione e nel rispetto delle periodicità indicate dai produttori. - Rif. Manuali Uso -

2.10	Adeguate gestione delle apparecchiature critiche	N. apparecchiature dismesse	NA	8 centrifughe 1 poltrona da prelievo	Non necessario ripristino per garantire continuità della regolare attività
2.11	Adeguate gestione delle apparecchiature critiche	N. apparecchiature introdotte	NA	45 termoigrometri 35 emoglobinometri con stampante 1 poltrona elettrica (ripristinata)	//
2.12	Performance Cliniche – Formazione obbligatoria del personale medico / infermieristico (Conferenza Stato Regioni 25 Luglio 2012)	N. Attestati Corso formazione (presenza o in FAD) su personale in organico (medici / infermieri)	100 %	58/ 58 medici 100 % 52 / 52 infermieri 100 %	Acquistati codici di iscrizione per la partecipazione al corso FAD “La raccolta del sangue e degli emocomponenti” disponibile sulla piattaforma FAD di SIMTIPRO
2.13	Performance Cliniche – Formazione obbligatoria del personale medico / infermieristico (Conferenza Stato Regioni 25 Luglio 2012)	N° qualificazioni BLSD su personale in organico (medici / infermieri)	100 %	55 / 58 medici 95% 50 / 52 infermieri 96%	Attivo il percorso con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena al fine di organizzare corsi BLSD per gli operatori AVIS. Nel corso del 2025 si sono svolte due edizioni del corso per 24 operatori sanitari AVIS.
2.14	Performance cliniche- Mantenimento delle competenze tecnico-professionali (Conferenza Stato Regioni 25 Luglio 2012)	Raggiungimento delle 200 procedure annue di sangue intero su personale in organico (medici / infermieri)	100 %	45 / 58 medici 78% 42 / 52 infermieri 81%	Vedi Relazione Annuale della Formazione al 31.12.2025 allegata
2.15	Performance cliniche - Mantenimento delle competenze tecnico-professionali (Conferenza Stato Regioni 25 Luglio 2012)	Raggiungimento delle 50 procedure annue di plasmateresi su personale in organico (medici / infermieri)	100 %	42 / 50 medici 84% 32 / 32 infermieri 100%	Vedi Relazione Annuale della Formazione al 31.12.2025 allegata

2.16	Performance cliniche – Corretta esecuzione della disinfezione cutanea	N° tamponi cutanei positivi su totale tamponi eseguiti	0,5 %	9 tamponi positivi su 207 eseguiti 4,34 % V 0,00 %	Effettuati tamponi da parte di tutti gli operatori infermieristici e medici che operano quali medici prelevatori per verificare il mantenimento della competenza in materia di disinfezione cutanea. I 7 operatori con tamponi risultati positivi ai controlli della microbiologia hanno alla data attuale ripetuto i tamponi che hanno registrato esito negativo.
2.17	Performance Clinica - Venipuntura	% procedure di sangue/plasma sospese per problemi di venipuntura sul totale delle unità raccolte	<= 2,0%	Totali 294 su 57.135 procedure di raccolta ⁵ 0,51% Sangue intero: 275 su 30.373 0,91% Plasmaferesi: 19 su 26.942 0,07%	Rispetto al 2024 il dato è sostanzialmente invariato per l'aferesi (-1) nonostante il numero superiore di unità prelevate (+ 598) Sul sangue intero si registra un – 65 a fronte di una diminuzione di unità di sangue intero complessive raccolte (-1.696) Il dato è da ritenere, come negli anni precedenti, sostanzialmente fisiologico.
2.18	Adeguatezza della selezione del donatore	Numero ammissioni non compatibili con la donazione	= 0	0	Non pervenute segnalazioni da parte di operatori o SIT.
2.19	Idoneità delle strutture	N° interventi di monitoraggio Pest Control non eseguiti nei tempi	< 5	0	Pianificazione rispettata Sono stati effettuati tutti gli interventi di monitoraggio come da contratto rinnovato anche per il 2026 con il fornitore Sireb.

⁵ Ai fini di questo indicatore si considera il numero totale di procedure di raccolta avviate (unità validate, unità annullate dal SIT e annullate non ripetute in sede di raccolta).

5.4. Indicatori di Attività

3. INDICATORI DI ATTIVITÀ 2025

N.	Caratteristica monitorata	Indicatore	Standard di riferimento	Dato rilevato (N. e %) al 31.12.2025	Interventi, risoluzioni, note
3.1	Reclutamento di nuovi soci da parte della struttura associativa	N° nuovi soci anno in corso su N° di nuovi soci dell'anno precedente	Incremento > 9 %	3.078 nuovi soci su 31.473 soci dell'anno precedente. +9,78 %	2.261 donatori hanno effettuato la loro prima donazione nel corso del 2025 (rispetto ai 2.815 nel 2024 e 2.264 nel 2023) Indicatore in linea con l'andamento degli anni precedenti ma occorre porre attenzione a garantire il ricambio generazionale dei donatori ed al numero di nuove donazioni
3.2	Entità donatori sospesi dalle donazioni	% donatori sospesi (motivo: esami periodici / sierologici da ripetere) su totale donatori	NA	2.607 donatori sospesi su 30.166 donatori effettivi 8,64 %	Aumento di 432 donatori sospesi rispetto al 2024 (indicatore al 31.12.2024 pari a 2.175 donatori – 7,11%) Indicatore in aumento che continua a rimanere attentamente monitorato dalla direzione sanitaria provinciale.
3.3.	Raggiungimento degli obiettivi annuali proposti nel corso del Riesame della Direzione	N° obiettivi raggiunti su totale obiettivi proposti	70 %	5 obiettivi (38%) pienamente raggiunti 1 obiettivo sospeso (non conseguito non per cause imputabili alla struttura) 7 obiettivi/attività avviati ma proseguono nel 2026 dei 13 obiettivi fissati per il 2025	Si veda il punto n. 4 della presente relazione
3.4	Adeguatezza delle verifiche ispettive interne e gestione delle azioni correttive a seguito di audit.	N° azioni correttive completate su totale delle azioni correttive avviate	NA	Nessuna azione correttiva avviata a seguito di audit interni al 31.12.2025	Rispettata la programmazione degli audit al 31/12/2025

3.5	Adeguatezza attività di convalida, qualificazione e Change Control	Azioni di convalida, qualificazione e change control non eseguiti / pianificati con il SIT	< 10%	0	Sono in corso le attività di convalida, qualifica e CC in linea con i tempi di programmazione definiti con il SIT
3.6	Efficienza della struttura / sistema qualità	NC non risolte / tot. NC maggiori prese in carico	< 10%	0	Nessuna NC maggiore non risolta al 31.12.2025
3.7	Efficienza del sistema documentale dell'UdR	N. di NC documentali da verifica ispettiva o da autovalutazione	NA	0	Non si rilevano NC documentali al 31.12.2025

5.5. Segnalazioni, elogi e reclami

4. SEGNALAZIONI RILIEVO – RECLAMO, SUGGERIMENTO, ELOGIO 2025

N.	Caratteristica monitorata	Indicatore	Standard di riferimento	Dato rilevato (N. e %) al 31.12.2024	Interventi, risoluzioni, note
4.1	Andamento del livello di gradimento / soddisfazione degli utenti. Gestione dei rilievi / reclami	N° Rilievi - Reclami, Suggerimenti, Elogi	NA	11 reclami 16 elogi 16 suggerimenti	I reclami sono stati gestiti nei tempi corretti ed hanno consentito di rispondere adeguatamente alle segnalazioni. Vi sono suggerimenti riferiti all'implementazione di esami di controllo per i donatori (PSA e TSH)
4.2	Andamento del livello di gradimento / soddisfazione degli utenti – indagini conoscitive	% giudizi positivi rilevati in un dato periodo su un campione significativo di utenti / donatori	> 85% di giudizi positivi	NA	Nel corso del 2025 non sono state effettuate indagini conoscitive. Programmate per il 2026: - Clima organizzativo - Indagine soddisfazione donatori - Indagine conoscitiva sulle sedute di prelievo della provincia

6.Stato degli Audit di parte seconda

6.1. Audit azienda di plasma lavorazione Grifols

Nel corso del 2025 l'azienda di plasma lavorazione Grifols ha auditato nel mese di dicembre l'**UdR** Avis Provinciale di Modena (sistema documentale dell'Unità di Raccolta), il **Polo Logistico** e **12 punti di raccolta sangue** (Camposanto, Castelfranco, Castelnuovo, Cavezzo, Concordia, Finale, Formigine, Novi, Piumazzo, San Felice, Rovereto, San Possidonio).

A seguito di questi audit sulla base della valutazione delle non conformità riscontrate, e considerando il Sistema di Qualità nella sua interezza, l'azienda farmaceutica Grifols ha espresso parere positivo dichiarando che l'AVIS Provinciale Modena lavora ampiamente in accordo alle Linee guida applicabili e alle specifiche di Grifols per il plasma.

Conservazione temporanea unità e trasporto:

Osservazione
Categoria:
Maggiore, Ripetuta

Trasporti
Convalida qualifica

- Il trasporto delle unità di sangue intero non è ancora convalidato. Sono stati ottenuti dati relativamente alle rotte da ogni punto di raccolta al SIT, ma questo è stato fatto in autunno (non nella stagione peggiore) e secondo una specifica di riferimento non idonea (+18/+30°C), con veicoli che non hanno sistemi di raffreddamento né attivi, né passivi.
- La temperatura della sala donazione è settata su valori non in linea (+18/+27°C).
- Le unità dopo raccolta sono stoccate in scatole isolanti chiuse che non permettono alla temperatura di scendere.

Root Cause

Le rilevazioni della convalida, al momento dell'audit erano in fase di ultimazione e sono terminate in data 07/12/2025. Le rilevazioni sono state effettuate con una T° esterna che ha ricoperto i range più vari, passando dai 32° ai 3° C. Come riportato nella convalida, le curve estive sono state visionate in quanto il sistema per i centri capoluogo d'area era già in essere il monitoraggio e la convalida. Sarà comunque possibile prevedere l'integrazione delle misurazioni nel periodo estivo o quando la T° esterna dovesse superare il range già sottoposto ad analisi.

CAPA
Inviata da Avis

Secondo le indicazioni ricevute in occasione del precedente audit, la struttura ha recepito e valutato l'incertezza associata al range in materia di confort termico presente presso la sala prelievo e visibile sul modulo M10 Check-list raccolta Rev. 4 2025, compilato dagli operatori sanitari in occasione dell'avvio e della chiusura della seduta di raccolta (in precedenza riportava un max di 30°, poi 27 ±2 e attualmente 27°C come riportato nella check-list di sala prelievo Rev.4 del 2025 presente al momento della visita) . L'eliminazione della tolleranza del range è stata possibile in quanto, tra le altre, non andava a contrapporsi al Censimento delle temperature/ umidità magazzino (S21 Rev. 0), che al momento della revisione della check-list di sala prelievo, era all'aggiornamento n.2 /2025 e permetteva di salvaguardare il confort termico del donatore che nella stagione estiva, non è sottoposto ad uno sbalzo termico eccessivo.

CAPA

Come riportato nella convalida, le curve estive sono state visionate, in quanto il sistema di monitoraggio nei centri capoluogo d'area era già in essere. Sarà comunque possibile prevedere l'integrazione delle misurazioni nel periodo estivo o quando la T° esterna dovesse superare il range già sottoposto ad analisi..

Data implementazione: 30/09/2025**COMMENTI:**
Change Controls

Confermare, con relativa tempistica, che le attività proposte in ogni change control siano state effettivamente svolte come da programma.

1. CAPA
Inviata da Avis

È prevista la revisione del modulo M68 Rev. 0 recepito dal CNS e si prevede introduzione, come da bozza allegata nella sez. 3 par. 3.1, dell'ESITO.

Data auspicabile: 30/04/2026**COMMENTI:**
Internal Audits

Manca la formalizzazione delle visite svolte dal trasfusionale ai punti di raccolta come audit interni di prima parte.

A tal riguardo, sarebbe necessario provvedere ad una formazione specifica per gli auditor interni definiti da AVIS Provinciale.

1. CAPA
Inviata da Avis

Gli audit effettuati dal Servizio Trasfusionale, sono formalizzati con apposita Procedura generale (UDR_PG10_AUD Gestione audit Rev.1) ed effettuati seguendo la check-list predisposta (M27 rapporto audit rev3) concordando gli elementi utili alla verifica del punto di raccolta. La struttura prevede l'inserimento della RAQ UdR nel percorso di valutatore regionale, a seguito del quale sarà possibile formalizzare le visite interne effettuate dal RAQ presso i PdR come audit interni.

Data auspicabile: 31/12/2026**COMMENTI:**
emoglobinometri

Deve essere sempre prestata molta attenzione da parte del medico nell'inserimento dei valori di emoglobina nel gestionale in quanto i nuovi emoglobinometri, seppur dotati di stampante, non sono ancora interfacciati con il gestionale stesso.

Inoltre, si suggerisce di richiamare la OQ nella qualifica delle nuove attrezzature, in modo che tutto sia collegato e di facile reperibilità.

1. CAPA
Inviata da Avis

Non è prevista implementazione con l'attuale gestionale in quanto vi sarà il passaggio nell'anno solare corrente al gestionale regionale (Eliot). Ad oggi è possibile rinnovare la sensibilità del professionista sanitario che effettua l'attività in oggetto.

È stata allegata alla qualifica l'OQ, ad oggi disponibile come Qualifica Emoglobinometri 2025_Rev.1.

L'allegato alla qualifica nello specifico è stato codificato con il n. 21.

Si allega inoltre CC 4/2025 agg. 29/12/2025.

Data auspicabile: 31/12/2025

COMMENTI:
Locali

Prestare sempre attenzione nel chiudere tutte le finestre dei locali.

1. CAPA
Inviata da Avis

E' stata richiamata l'attenzione degli operatori in occasione dell'incontro del 06/02/2026 affinché le finestre dei locali siano mantenute chiuse durante tutta l'attività di raccolta e conservazione delle unità.

Data auspicabile: 06/02/2026

COMMENTI:
Procedura

Si suggerisce di codificare come parte di una procedura la scheda di monitoraggio apparecchiature, specificando che deve essere compilata in caso di nuova qualifica, riqualifica per cambiamenti sostanziali o dopo manutenzione straordinaria.

1. CAPA
Inviata da Avis

La scheda verrà codificata e richiamata all'interno della procedura UDR_PG06_CQC "GESTIONE CONVALIDA, QUALIFICA E CHANGE CONTROL" che verrà revisionata nel corso del 2026.

Data auspicabile: 31/12/2026

COMMENTI:
Documentazione

Annullare sempre i campi non compilati di ogni form/checklist, in accordo alle linee guida di buona documentazione.

1. CAPA
Inviata da Avis

È stata richiamata l'attenzione degli operatori in occasione dell'incontro del 06/02/2026.

Data auspicabile: 06/02/2026

COMMENTI:
Convalida trasporti

Si suggerisce di tagliare la prima parte del grafico, o apporre una relativa giustificazione, in quanto relativa alla fase di necessario temperamento dei DLs.

1. CAPA
Inviata da Avis

Come da indicazioni concordate con lo specialist dell'azienda fornitrice (SCWeb), non è stato definito un taglio a tempo prestabilito e fisso, bensì per determinare la temperatura iniziale utile per la valutazione della conformità della temperatura di trasporto:

- preso come riferimento è il primo punto più alto/stabile della curva (considerando in tal modo di eliminare la parte iniziale ascendente della stessa che corrisponde al tempo che impiega il data logger, preso dalla temperatura ambiente e collocato a contatto con le unità nel cubo plausibilmente più calde, a stabilizzarsi).
- tolleranza da aggiungere alla temperatura iniziale come sopra definita determinata dall'incertezza di calibrazione dello strumento: +0,5 ° C
- Numeri di punti curva dal termine della stessa da confrontare con la temperatura iniziale: ultimi 4 punti (considerando come tempo intercorrente fra i punti 3 minuti).

Data auspicabile: //

COMMENTI: Pest control	Si suggerisce di chiedere alla ditta esterna incaricata di svolgere attività di pest control per tutti i punti di raccolta di Avis Provinciale Modena (ovvero, SIREB), di inviare i report completi di ogni visita, e non soltanto il riassunto di queste.
1. CAPA Inviare da Avis	In fase di rinnovo contrattuale per l'anno 2026 è stato richiesto di implementare l'invio dei singoli report rilasciati anche nei punti di raccolta monitorati come previsto al punto 4 del contratto – DOCUMENTAZIONE E VERIFICHE : - Ad ogni intervento seguirà una documentazione scritta specifica, denominata scheda di intervento, che registra i risultati e le note rilevanti della specifica struttura. - La Scheda di Intervento originale in forma cartacea, stilata e firmata verrà rilasciata presso le singole Sedi, valido come documento da esibire in caso di ispezioni. Una copia di tali schede di intervento verrà, in maniera digitale (tramite mail o tramite WhatsApp), trasmessa anche alla sede di Modena al termine del programma giornaliero svolto accompagnato dal Report amministrativo. Data auspicabile: Implementato già per l'anno 2026 nel contratto sottoscritto in data 14/01/2026
COMMENTI: KPIs	Si suggerisce di valutare l'inserimento del numero di donazioni superiori ai 12 minuti come KPI.
1. CAPA Inviare da Avis	Attualmente valutato dai sanitari in sede di raccolta il superamento dei 12 minuti. Sul gestionale registrato puntualmente, anche con il supporto della tracciabilità trasmessa dai miscelatori, il superamento del tempo limite dei 12 minuti. Verrà valutata congiuntamente al SIT l'integrazione tra gli indicatori in occasione del primo RDD utile del 2026. Data auspicabile: RDD 2026
COMMENTI: Smoke detector	Considerando che le cartelle dei donatori (con relativi questionari e risultati esami) sono stoccati a livello dei singoli punti di raccolta, si suggerisce di confermare la sicurezza dei relativi ambienti da un punto di vista di garanzia di tracciabilità in caso di ogni incidente.
1. CAPA Inviare da Avis	Ogni PdR è sottoposto a verifica impiantistica tra questi anche l'impianto elettrico secondo quanto previsto da normativa vigente, presso tutti i punti di raccolta sono presenti estintori ed è normato il divieto di fumo come luogo pubblico. Si precisa inoltre che ad oggi la struttura, essendo un'associazione di volontariato, non ha la disponibilità economica di effettuare una tale implementazione che risulta peraltro non obbligatoria dalla normativa sulla sicurezza sul lavoro. Data auspicabile: non implementabile
COMMENTI: Esami aggiuntivi sul questionario	Si suggerisce al medico di inserire eventuali esami necessari in un campo preciso.
1. CAPA Inviare da Avis	Nella revisione prevista del modulo di accettazione e consenso, sarà modificata la sezione ANNOTAZIONI, la quale sarà rinominata con ANNOTAZIONI/ESAMI AGGIUNTIVI Data auspicabile: 30.09.2026

COMMENTI: Pallet di plastica	Si suggerisce di richiedere ai fornitori la possibilità di utilizzare soltanto pallet di plastica e non di legno.
1. CAPA Inviata da Avis	La variazione della specifica richiesta non è in capo all'UdR. I prodotti riforniti su pallet sono frutto di fornitori del SIT, con criteri / contratti di gare regionale.
Data auspicabile: non implementabile	
COMMENTI: Testo Saveris	Si suggerisce di richiedere al fornitore la possibilità che ogni modifica sia tracciata (es: cambiamento nei parametri si temperatura settati).
1. CAPA Inviata da Avis	La piattaforma web TESTO SAVERIS utilizzata per il monitoraggio delle condizioni ambientali dei centri di raccolta non risulta essere customizzabile da parte del cliente. È prevista nella primavera del 2026 un aggiornamento complessivo della piattaforma dichiarato dallo sviluppatore TESTO. A seguito dell'aggiornamento dichiarato dell'infrastruttura verranno indagate le nuove potenzialità e se impostabile inserita la tracciabilità della variazione dei parametri settati.
Data auspicabile: Valutazione a seguito di aggiornamento della piattaforma nel corso del 2026 – entro 31.12.2026	
<u>COMMENTI SPECIFICI PER PUNTO DI RACCOLTA:</u>	
COMMENTI: Novi di Modena	Aggiornare mappa con nuova area ristoro
1. CAPA Inviata da Avis	Lo spazio individuato in planimetria risulta attualmente adeguato, anche valutato il flusso ed il numero di utenti, per essere ripristinato anche nell'ordinario dei prelievi. In tale area garantito il monitoraggio del pest control.
COMMENTI: Cavezzo	1. Aggiornare la versione della checklist di inizio donazione (settembre 2025) 2. Inserire l'indicazione sulla parete per tutte le trappole relative al pest control.
1. CAPA Inviata da Avis	1. A seguito del rilievo effettuato in sede di audit dell'11 dicembre la checklist è stata nell'immediato aggiornata e resa disponibile per gli operatori a partire dal prelievo successivo a quello della visita. 2. L'Azienda Sireb è stata avvisata in data 12 dicembre 2025 della necessità di ripristinare l'adesivo di segnalazione dell'esca n. 3 nell'area ristoro della sede Avis di Cavezzo in quanto non più presente. L'azienda provvederà nel corso del prossimo controllo programmato a ripristinare la corretta indicazione (12.02.2026).

A tutti gli audit dell'azienda di plasma lavorazione che hanno interessato i punti di raccolta Avis hanno partecipato il Direttore del SIT, dott. Giovanni B. Ceccherelli, e la RAQ del SIT, dott.ssa Patrizia Artusi.

Alla data della relazione è stata ricevuta la chiusura dell'Audit e sulla base del CAPA plan ricevuto, l'Auditor di Grifols ha ritenuto che tutte le osservazioni e commenti segnalati siano stati efficacemente affrontati e gestiti e che il risultato finale dell'audit sia stato quindi altamente positivo.

6.2. Visita di verifica per il mantenimento dell'accreditamento regionale

Il 2 ottobre 2025 si è svolta la visita di verifica per il **mantenimento dell'accreditamento istituzionale** (sorveglianza biennale) da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

La visita si è svolta in presenza e ha coinvolto la Direzione dell'UdR Avis Provinciale, le sedi AVIS di Vignola, Mirandola e Carpi.

Alla visita hanno partecipato anche il dott. Giovanni B. Ceccherelli e la dott.ssa Patrizia Artusi, rispettivamente Direttore e RAQ del Servizio di Medicina Trasfusionale dell'AOU di Modena.

Molto positivo il giudizio sul Sistema Qualità e la struttura e sulle sedi pur rimanendo critico il punto relativo al trasporto delle unità di sangue e plasma dai PdR verso il SIT (in termini di tracciabilità delle temperature).

Alla data della presente relazione l'iter di valutazione risulta essere concluso a seguito della trasmissione delle risposte alle note di controdeduzione dell'UdR al verbale ricevuto.

Di seguito lo stato di quanto rilevato, controdedotto e valutato:

VALUTAZIONE DEL REQUISITO a seguito della visita sul campo	19348 "no" <i>motivazione:</i> Non sono evidenti le azioni messe in atto per la convalida della conservazione temporanea delle sedi di raccolta del sangue intero.
CONTRODEDUZIONI INVIATE DA AVIS	Al momento della visita, l'UdR era in fase di riconvalida del processo "Convalida trasporti e conservazione temporanea di sangue, plasma ed emocomponenti" (IMTRACONV6 – BOZZA), in quanto: - Processo di trasporto: i PdR sono stati monitorati secondo calendario delle donazioni, si allega Convalida in bozza in quanto le ultime misurazione sono state effettuate in data 07/12/2025 (come da cronoprogramma). Le curve sono in fase di valutazione e il report di convalida si concluderà in data 15/12/2025. Sarà inviato il report di convalida e la convalida definitiva con le controdeduzioni al verbale del SIMT AOU Policlinico di Modena. - Conservazione temporanea: i dispositivi di rilevazione certificativi da parte dell'Az. Infratec ricevuti in data 20/09/2025 sono a tutt'oggi in fase di consegna secondo calendario delle donazioni ai vari PdR e la distribuzione terminerà in data 14/12/2025 (all.1d) All. 1A - Convalida IMTRACONV6 – BOZZA All. 1 B – Cronoprogramma rilevazioni Rev.0 All. 1 C – Stato rilevazioni All. 1 D – Stato attivazioni termoisolamenti presso PdR sangue
RISPOSTA ALLE CONTRODEDUZIONI	19348: Si prende atto dell'avvenuta fornitura dei dispositivi di rilevazione della temperatura certificati e della loro distribuzione in corso presso i vari PDR. Tuttavia, fino alla conclusione della distribuzione e alla piena operatività dei dispositivi in tutte le sedi interessate, il requisito non può ritenersi soddisfatto.

VALUTAZIONE DEL REQUISITO a seguito della visita sul campo	19349 "no" <i>motivazione:</i> Non è stata fornita evidenza della convalida del processo di trasporto del sangue intero.
CONTRODEDUZIONI INVIATE DA AVIS	Vd. risposta requisito 19348
RISPOSTA ALLE CONTRODEDUZIONI	19349: Poiché la convalida è attualmente disponibile solo in bozza e non è stato ancora redatto un report finale del processo di trasporto del sangue intero, l'evidenza fornita non consente al momento di considerare superata la criticità riscontrata. Si conferma la valutazione negativa espressa nel verbale.

VALUTAZIONE DEL REQUISITO a seguito della visita sul campo	19350 "no" <i>motivazione:</i> Non è garantita la tracciabilità dei dati di trasporto delle unità di sangue intero.
CONTRODEDUZIONI INVIATE DA AVIS	Il CED sta predisponendo presso tutti i PdR che prelevano solo sangue intero, l'adeguamento della rete di trasmissione dati per poter effettuare la registrazione del box di trasporto, in occasione della seduta di raccolta. Pur terminando entro il 31.12.2025 l'adeguamento dell'infrastruttura, non sarà possibile procedere con l'estensione di tale processo su tutta la Provincia, fin quando non riceveremo i n. 40 data logger integrativi dei quali attendiamo la consegna dall'autunno 2025.
RISPOSTA ALLE CONTRODEDUZIONI	19350: Si prende atto dell'attività del CED per l'adeguamento della rete di trasmissione dati presso tutti i PDR per poter effettuare la registrazione del box di trasporto in occasione della seduta di raccolta sangue; tuttavia, fino al completamento dell'implementazione, il requisito non può essere considerato soddisfatto. Si conferma la valutazione negativa, rinviando la verifica del superamento della criticità alla prossima valutazione.

VALUTAZIONE DEL REQUISITO a seguito della visita sul campo	19196 "no" <i>motivazione:</i> Non c'è evidenza del monitoraggio delle temperature durante il trasporto delle unità di sangue intero raccolte presso i PdR.
CONTRODEDUZIONI INVIATE DA AVIS	Le temperature di trasporto non sono ad oggi monitorate in quanto come visibile nella controdeduzione al Req. 19348, l'UdR sta ultimando la convalida della conservazione e dei trasporti da parte dei PdR sangue verso il SIMT dell'AOU Policlinico di Modena ed è in attesa dei dispositivi di monitoraggio delle temperature di trasporto integrativi.
RISPOSTA ALLE CONTRODEDUZIONI	19196: In assenza della piena implementazione del sistema di monitoraggio delle temperature di trasporto del sangue e della conclusione della convalida del processo di conservazione e trasporto dai PDR verso il SIMT dell'AOU Policlinico di Modena, il requisito non può essere considerato soddisfatto. Si conferma pertanto la valutazione negativa riportata nel verbale di audit.

VALUTAZIONE DEL REQUISITO a seguito della visita sul campo	19214 "no" <i>motivazione:</i> Non c'è evidenza del rapporto di convalida per il sistema di interfacciamento dei software.
CONTRODEDUZIONI INVIATE DA AVIS	A seguito di quanto rilevato in sede di visita di sorveglianza e quanto indicato nel verbale trasmesso è stata esaminata dal Direttore del Servizio Trasfusionale la documentazione prodotta e le prove eseguite relativamente all'introduzione di nuove versioni del software (fase di interfacciamento con Eliot e rilasci successivi con particolare riferimento al rilascio effettuato a maggio 2025). La check list elaborata in particolare in occasione dell'ultimo rilascio del gestionale, come da comunicazione del Direttore del SIT (all. 1E), è stata ritenuta conforme a documentare e valutare l'adeguatezza delle modifiche apportate al software ed utile per consentirne l'autorizzazione all'uso. Il Direttore del SIT ha dato altresì indicazione di formalizzare per gli usi futuri nella check list di validazione del software una sezione dedicata alla presa visione ed approvazione al rilascio a seguito di modifiche rilevanti con apposizione di firma da parte del Responsabile UdR e propria. In tal modo si formalizzerà un report finale di convalida che determinerà il formale utilizzo all'uso del gestionale.
RISPOSTA ALLE CONTRODEDUZIONI	19214; Non essendo disponibile l'evidenza documentata del rapporto di convalida relativo al sistema di interfacciamento tra il software AVISNET ed ELIOT, si conferma la valutazione negativa riportata nel verbale di audit.

7. Piano degli obiettivi per l'anno 2026

Nell'ambito della presente relazione si evidenziano di seguito le principali proposte organizzative utili ai fini della pianificazione delle attività del 2026:

OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2026	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA
1. Riorganizzazione dell'area sanitaria dell'associazione con particolare riferimento alla proposta di accentrare a livello provinciale la refertazione degli esami di tutti i donatori con la costituzione di un gruppo di medici dedicato.	Direzione Associativa Direzione UdR con il coinvolgimento	Prosegue il percorso che potrà essere rimodulato anche alla luce dell'impatto che il software Eliot avrà quando verrà introdotto nell'ambito della raccolta.
2. Organizzazione e supporto delle segreterie associative a seguito dell'implementazione della modalità di refertazione centralizzata provinciale	del personale medico e delle segreterie	Nel corso di tutto il 2026
3. Valutazione, unitamente al SIT, della possibilità di effettuare donazioni di plasmaferesi presso punti di raccolta accreditati oltre a quelli attualmente attivi. Verranno valutate le strutture da coinvolgere analizzando le caratteristiche strutturali e la collocazione geografica delle stesse.	Direzione UdR Direzione Associativa Direzione del SIT	Prosegue l'attività di valutazione della possibilità di individuare spazi adeguati in aree della provincia idonee e strategiche dove attivare punti di raccolta che prelevino plasmaferesi. Nel corso del 2026 e del 2027
4. Piena adozione del software di gestione del magazzino (WMS) per la gestione del materiale critico dell'UdR e la sua movimentazione presso i punti di raccolta dotati di magazzino e l'invio del materiale itinerante (kit) presso le articolazioni che non effettuano stoccaggio continuativo di materiali.	Direzione Associativa Direzione UdR Coordinatore tecnico-operativo Ufficio Ced Ufficio Qualità Avis	A seguito delle valutazioni compiute sul software e sul fornitore legate alla parte di gestione amministrativa e contabile degli stessi si è intrapresa una via autonoma per la gestione del materiale sanitario. Nel 2026 si lavorerà per adottare un software di gestione del magazzino per garantire la tracciabilità informatica dei movimenti del materiale critico Entro giugno 2026

OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2026	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA
5. Avvio delle misurazioni e del monitoraggio delle temperature di trasporto delle unità di sangue intero da tutti i punti di raccolta. Applicazione delle "Linee Guida per il trasporto delle unità di sangue ed emocomponenti e dei relativi campioni biologici" del CNS del 21.02.2020.	Direzione Tecnica SIT Ufficio Qualità Avis Direzione UdR Direzione Associativa supporto Ufficio CED	Entro giugno 2026
6. Programmazione dei tamponi cutanei per tutti gli operatori infermieristici al fine di monitorare la corretta effettuazione della disinfezione cutanea.	Responsabile del personale infermieristico	Nel corso del 2026
7. Corso formativo teorico pratico sul gestionale ELIOT, con particolare riferimento agli aspetti legati al suo utilizzo durante le sedute di raccolta.	Coordinatrice tecnica operativa CED Avis Area Sanitaria Operatori di supporto alla raccolta	Previsto periodo formativo a Maggio 2026 se verrà mantenuto il cronoprogramma dettato dal progetto regionale
8. Revisione delle linee guida per la selezione del donatore elaborate dal SIT congiuntamente alla direzione sanitaria dell'UdR. Revisione delle FAQ al DM 2 novembre 2025 e condivisione delle buone prassi legate alla selezione del donatore periodico e dell'aspirante.	Direzione Tecnica SIT Direzione UdR	Ottobre 2026
9. Indagine sul clima organizzativo interno rivolto a tutto il personale operante presso l'UdR (medici, infermieri, tecnici, OSS, personale di supporto alla raccolta, addetti alla logistica e personale amministrativo).	Direzione Associativa Direzione UdR Area Qualità Avis	Aprile 2026
10. Indagine interna volta a sondare il livello di gradimento dei donatori rispetto alla loro esperienza in Avis.	Direzione Associativa Direzione UdR Ufficio Qualità Avis	Settembre 2026

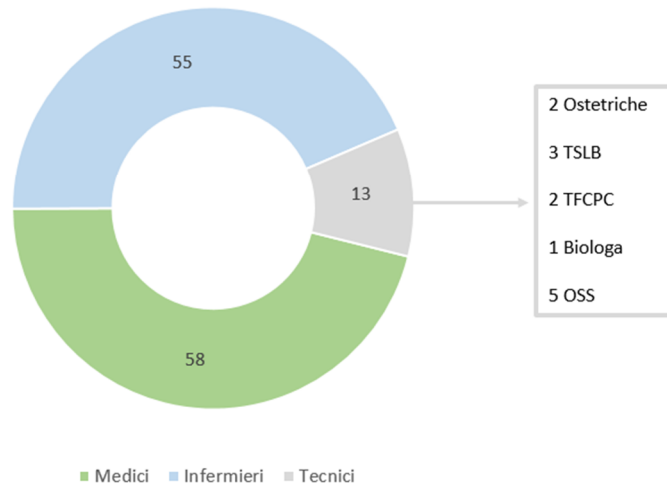
OBIETTIVO - ATTIVITÀ 2026	SETTORE DI ATTIVITÀ / Responsabilità	TEMPOGRAMMA
11. Indagine conoscitiva sulle sedute di prelievo della provincia condotto dal dott. Razzaboni e rivolto ad indagare il livello di soddisfazione percepita della componente associativa nel corso delle sedute di raccolta.	Direzione Associativa Direzione UdR Ufficio Qualità Avis	Aprile 2026
12. Realizzazione del progetto formativo: "Volontari si diventa, non si nasce" . Il corso supera la didattica tradizionale grazie a un modello misto che ottimizza tempi e apprendimento con moduli video realizzati con il supporto dell'Intelligenza artificiale. Il corso affronterà i seguenti temi: Statuto, Etica e organizzazione AVIS, Privacy e Sicurezza sul lavoro, Team Building e alla Comunicazione Efficace (banchetti informativi e il front-desk).	Area Formazione Avis provinciale Direzione Associativa Ufficio Qualità Avis	Entro giugno 2026

8. Dati statistici al 31 dicembre 2025

Per i dati al 31.12.2025 si vedano le statistiche riportate in calce al fascicolo assembleare

9. Relazione della Formazione al 31 dicembre 2025

Personale SANITARIO UDR AVIS PROV.LE DI MODENA ODV_2025

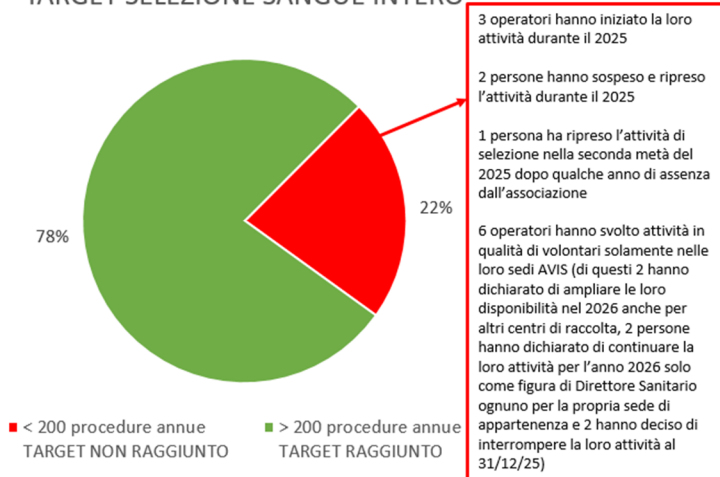


9.1. Mantenimento delle competenze

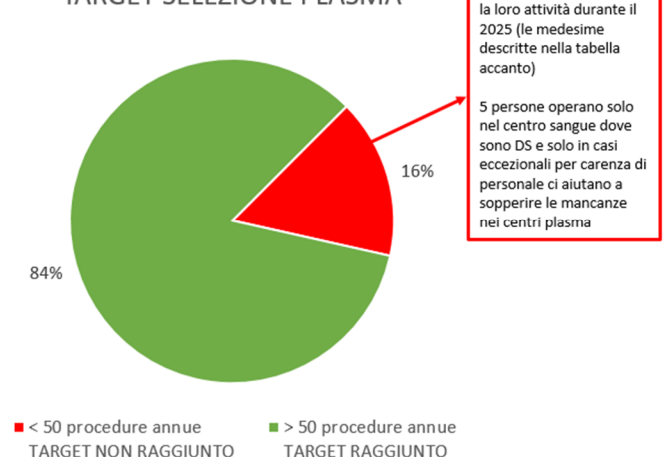
PERSONALE MEDICO: di 58 medici in servizio al 31/12/2025 presso le sedi AVIS:

- 45 medici hanno raggiunto il target delle 200 procedure su 58 operatori idonei alla selezione per la raccolta del sangue intero
- 42 medici hanno raggiunto il target delle 50 procedure su 50 operatori idonei alla selezione per la raccolta di sangue intero ed aferesi

TARGET SELEZIONE SANGUE INTERO



TARGET SELEZIONE PLASMA

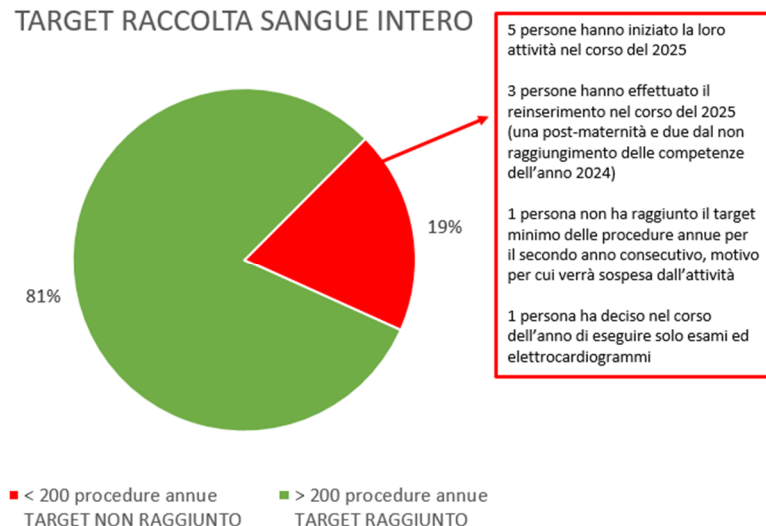


Si segnala come nel corso dell'anno 6 medici abbiano terminato la loro attività per vari motivi (tra cui trasferimenti in altre regioni, sovraccarico lavorativo, motivi di salute ecc..) e n. 7 medici abbiano sospeso temporaneamente la loro attività di selezione (di cui 2 per maternità).

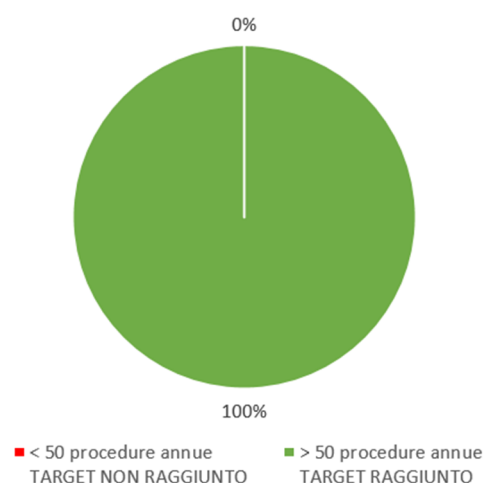
PERSONALE INFERMIERISTICO: di 55 infermieri in servizio al 31/12/2025 nelle sale prelievo:

- 42 infermieri hanno raggiunto il target delle 200 procedure su 52 operatori idonei alla raccolta del sangue intero
- 32 infermieri hanno raggiunto il target delle 50 procedure su 32 operatori idonei alla raccolta di sangue intero ed aferesi

TARGET RACCOLTA SANGUE INTERO



TARGET RACCOLTA PLASMA



Si segnala come nel corso dell'anno 9 operatori infermieristici abbiamo terminato la loro attività per vari motivi (tra cui trasferimenti in altre regioni, sovraccarico lavorativo, motivi di salute, cambio impiego lavorativo ecc..) e n.8 infermieri (2 idonei alla raccolta di sangue intero, 4 idonei alla raccolta di sangue e plasma e 2 per l'esecuzione di soli ecg) hanno sospeso la loro attività nel corso del 2025 (di cui 3 per maternità).

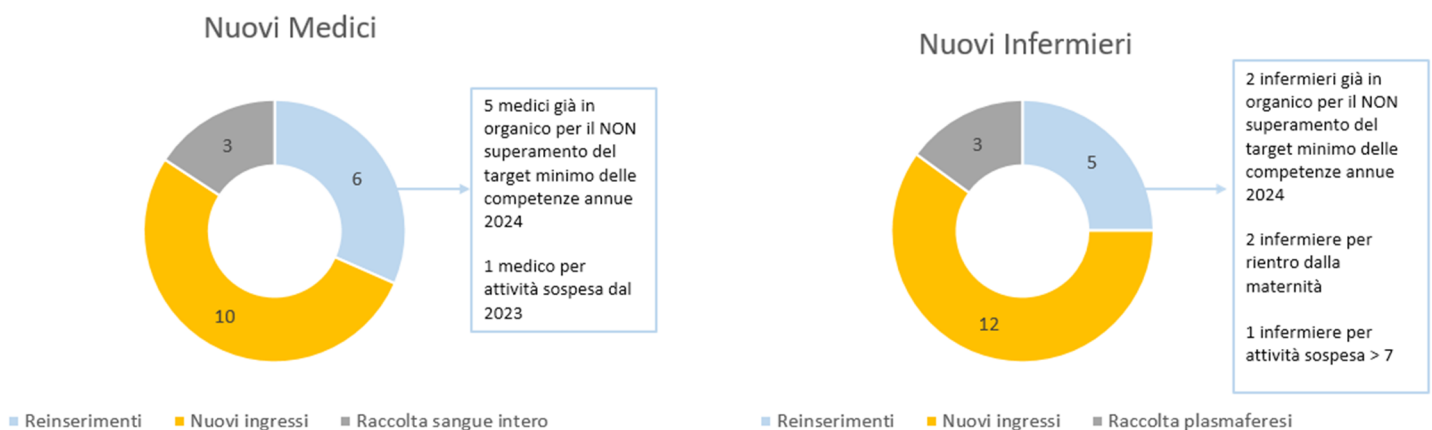
Si segnala inoltre che dei 55 infermieri totali al 31/12/2025 n. 2 infermieri effettuano solo esami ematici ed elettrocardiogrammi e n. 1 infermiere effettua solo elettrocardiogrammi.

In organico 1 infermiere che collabora allo svolgimento delle conferenze nelle scuole.

9.2. Formazione nuovo personale

Prosegue la puntuale attuazione di un piano formativo finalizzato all'inserimento di nuovi medici ed infermieri per far fronte al continuo turn-over di figure di carattere sanitario indispensabili per il puntuale svolgimento dell'attività di raccolta e per la tutela della salute dei donatori. Esso, come richiesto, ha fatto seguito al conseguimento, da parte degli interessati, del corso FAD di SIMTI denominato "La raccolta del sangue e degli emocomponenti" ed.2025 di cui dall'inizio dell'anno sono stati consegnati in totale 24 codici di accesso. Di questi, 11 sono stati assegnati a figure mediche (*tutti completati con esito positivo*) e altri 13 sono stati assegnati a nuovi infermieri (*di cui 12 terminati con esito positivo, 1 non completato*).

Inoltre dall'inizio dell'anno sono stati completati:



A supporto dell'attività di inserimento del nuovo personale sono stati utilizzati i piani formativi revisionati a ottobre 2023 unitamente alla procedura sulla formazione.

9.3. Formazione personale in organico

È stata rinnovata l'attività di formazione con la collaborazione dell'ufficio formazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena in qualità di provider ECM e dall'inizio dell'anno sono stati organizzati i seguenti corsi formativi accreditati rivolti a tutto il personale sanitario dell'UdR:

- 2 corsi BLSD per operatori sanitari (per un totale di 12 persone tra medici e infermieri per corso) tenutosi in data 16/05/2025 e 13/11/2025;
- 1 corso di formazione per operatori sanitari (medici, infermieri, TSLB, TCFP) in collaborazione con il Servizio Trasfusionale dell'AOU di Modena dal titolo "Sierologia e NAT nella validazione delle unità e nella definizione dell'idoneità del donatore", svoltosi il 17/09/2025;
- 1 corso di formazione dal titolo "Overview sulle GPGs: dalla teoria alla pratica" tenuto dalla dott.ssa Federica Pizzolini dell'azienda di plasma lavorazione Grifols e svoltosi il 11 dicembre 2025; a seguire nella medesima data è stato effettuato un momento formativo dalla Dott.ssa Bensi e dalla Dott.ssa Vecchi sull'introduzione della preanalitica presso il SIT del Policlinico di Modena.

Inoltre, solo per alcuni infermieri dipendenti (per limite numerico imposto da SIdEM) è stata data la possibilità di partecipare al corso di formazione teorico-pratico, organizzato da SIdEM stessa, intitolato "Dalla raccolta del plasma alla produzione e utilizzo dei farmaci plasmaderivati. Strategie per l'autosufficienza" diviso in tre incontri, avvenuti i primi due nel 2024 in data 11/11/2024 e 20/11/2024 e il terzo tenutosi in data 01/04/2025.

Sono poi stati programmati e svolti incontri interni per l'aggiornamento del personale che a vario titolo opera in Associazione, per promuovere l'impegno finalizzato all'adozione di comportamenti in linea con politiche per la qualità e di buone pratiche nell'attività di raccolta di sangue ed emocomponenti:

- Due incontri informativi, riguardanti l'attivazione delle nuove modalità gestionali relative ai controlli sanitari sui donatori, in data 09/04/2025 e 10/04/2025 rispettivamente per i medici e per il personale infermieristico, di supporto e volontario. Gli incontri sono stati condotti dal Dott. Mirco Bevin e dalla Responsabile dell'Unità di Raccolta, Dott.ssa Maria Vitale, i quali hanno condiviso il Doc08 "Indicazioni sulla valutazione degli esami ematici" redatto da un gruppo di lavoro congiunto SIT-AVIS.
- Incontro formativo sull'utilizzo dei nuovi emoglobinometri dotati di stampante dall'azienda Infratec tenutosi in più sessioni in data 28 agosto 2025 (emoglobinometri non ancora in uso perché in fase di qualifica con il supporto del Servizio Trasfusionale dell'AOU di Modena);
- Incontro formativo sulla gestione del confezionamento delle unità di sangue intero mediante il sistema di tracciabilità di SCWeb, tenutosi in più sessioni in data 05 Novembre 2025 e 06 Novembre 2025

Anche gli addetti dell'ufficio qualità continuano il loro impegno in direzione del proprio aggiornamento. L'associazione è stata infatti inserita tra i soci della UNI per l'anno 2025. La RAQ Dott.ssa Ludovica Scarcella in qualità di referente del rapporto con tale organismo, ha partecipato ai corsi di formazione:

- "Anteprima ISO DIS9001:2025. Anticipazioni sul draft international standard della futura ISO9001", tenutosi in data 23/07/2025 dal docente dott. Nicola Gigante;
- "La Revisione della UNI/PdR 132:2025. Uno strumento per certificare la tracciabilità dei rifiuti urbani"
- Webinar norma UNI EN ISO 45001:2023

La RAQ Dott.ssa Ludovica Scarcella ha partecipato al corso di formazione organizzato dalla CNA con il patrocinio della regione Emilia Romagna, sul tema "Gestione della qualità nei sistemi di produzione" dall'1/04/2025 al 16/05/2025;

La RAQ, dott.ssa Ludovica Scarcella, insieme alla Responsabile dell'Unità di Raccolta, dott.ssa Maria Vitale, hanno partecipato al webinar organizzato dal CNS dal titolo "La sorveglianza epidemiologica dei donatori di sangue" in data 22/09/2025, un webinar rivolto al personale coinvolto nell'attività di emovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Inoltre, insieme alla Dott.ssa Patrizia Quarta hanno partecipato a due convegni internazionali organizzati dal CNS dai titoli "ONE WORLD ONE BLOOD. International Cooperation in Transfusion Medicine" il 15 Ottobre 2025 e "I farmaci plasmaderivati in Italia, risultati e sfide di un sistema di valori" il 16 Ottobre 2025

Unitamente al SIT, l'ufficio qualità AVIS ha partecipato al corso proposto dall'Area di Coordinamento OTA della Regione E-R nel febbraio 2025 relativo a "Le verifiche per l'accreditamento delle strutture del sistema sangue: aspetti normativi e di processo, requisiti e loro interpretazione".

Inoltre la RAQ, la vice responsabile della formazione del personale infermieristico Dott.ssa Inf. Ottavia Santunione e la vice RAQ Elisa Bonini, hanno partecipato al corso proposto dalla CNA con il patrocinio della Regione Emilia Romagna, dal titolo "Empowerment personale: gli strumenti per lo sviluppo e la valorizzazione" che si è svolto in 5 incontri dal 10 giugno al 23 giugno 2025.

L'AVIS provinciale ha poi garantito una puntuale presenza della Dott.ssa Maria Vitale e della Dott.ssa Ludovica Scarcella, ai momenti di approfondimento organizzati dall'Area sanitaria AVIS Regionale Emilia Romagna, dove - con il supporto di esperti in materia - sono stati affrontati differenti temi di carattere sanitario, utili alla raccolta quali:

- in data 17/07/2025: disposizione della circolare INPS n. 96 e direttiva del CNS del 20/06/2025 e modalità organizzativa dell'area sanitaria e analisi e individuazione dei bisogni territoriali;
- in data 24/11/2025: progetti di telemedicina;

Rivolto al personale associativo addetto al ristoro donatori è stato organizzato tra la primavera e l'estate 2025 una prima edizione del corso per alimentaristi in collaborazione del Servizio di Igiene dell'Azienda USL che ha dato la sua disponibilità a svolgere specifici corsi di formazione esclusivamente per i nostri volontari in presenza presso la sede Avis Provinciale di Modena.

31 Dicembre 2025

Dott.ssa Ilaria Tarabini
Responsabile Formazione Infermieri

Dott.ssa Maria Vitale
Responsabile Formazione Medici