

**Relazione delle attività di Clinical Risk Management per il 2025
e Piano delle attività per il 2026
a cura del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico**

Firenze, 27 marzo 2026

Premessa

Questa relazione consuntiva delle attività di Clinical Risk Management relative al Presidio Maria Beatrice Hospital è stata redatta a cura del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico secondo le procedure aziendali vigenti, anche ai fini della pubblicazione nell'Area Trasparenza del sito internet del presidio, ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della legge 24/2017.

In particolare, la presente relazione è costituita dalla integrazione delle relazioni delle singole sedi, depositate in originale negli archivi delle singole sedi. Per Maria Teresa Hospital è stata discussa e condivisa in data 25 marzo 2026, a Firenze, mentre per Santa Rita Hospital in data 26 marzo 2025, a Montecatini Terme. Contestualmente sono stati approvati i relativi Piani delle attività di Gestione del Rischio Clinico per l'anno 2026.

Inoltre, è stato affisso in apposita bacheca l'elenco delle considerazioni in esito alle attività dei GGRC di entrambe le sedi (aggiornato al 31.12.2025) per la condivisione con tutto il personale, con previsione di suo aggiornamento periodico a seguito di segnalazioni e azioni correlate.

Contesto generale

L'azienda Maria Beatrice Hospital srl, opera su tre sedi,

- Santa Rita Hospital ubicata in Piazza Cesare Battisti 9, 51016 Montecatini Terme, Pistoia, 42 P.L. con indirizzo ortopedico;
- Maria Teresa Hospital ubicata in Via della Cernaia 18, 50129 Firenze, 41 P.L. con indirizzo internistico-geriatrico post-DEA e di lungo degenza;
- Maria Beatrice Hospital ubicata in Via Manzoni 9, 50121 Firenze, presidio ambulatoriale e laboratorio analisi.

Essa fa parte della rete di strutture sanitarie distribuite sul territorio nazionale e internazionale di GVM Care & Research, gruppo italiano impegnato in sanità, ricerca, industria biomedicale, cure termale e servizi alle imprese con sede a Lugo (Ravenna). Le strutture esprimono la filosofia del Gruppo, declinata rispetto al contesto regionale e alle attività svolte, puntando alla eccellenza e qualità delle cure, e all'attenzione alla persona.

Il clinical risk management si caratterizza quale processo continuo, integrato e proattivo, volto all'allocazione più efficace del capitale umano e delle risorse all'interno dell'organizzazione, al coltivare le competenze dei professionisti, alla integrazione sociale e alla promozione della salute.

Maria Teresa Hospital

Nella Azienda è operativo il **Gruppo per la Gestione del Rischio Clinico**, costituito da varie figure professionali sanitarie e non sanitarie nel ruolo di facilitatori, recentemente riformati, integrato con le funzioni della Direzione Aziendale e del Sistema di Assicurazione della Qualità, con il coordinamento del Clinical Risk Manager.

Il gruppo si è dotato di un **piano di attività** discusso e definito il 19.02.2025, e di relative priorità di intervento, anche sulla base dei dati delle segnalazioni, delle attività e del contesto. Il GGRC si è riunito per un **aggiornamento semestrale del piano il 23.10.2025**.



N. 858 ricoveri

N. 11017 giornate di degenza

N. 822 prestazioni di radiodiagnostica
(sia per interni che per esterni)

N. 2247 prestazioni di chirurgia
ambulatoriale (Oftalmologia)

Segnalazioni, loro gestione e attività GGRC (vedere tabella sottostante).

ambito	descrizione	sottoscrizione	indicatore	come	responsabile	obiettivo	2022	2023 796 ric. 957 gg	2024 831 ric. 1037 gg	aggiornamento periodo semestrale ANNO 2025 858 ric. 11.017 gg	note	obiettivi 2026	
Gruppo gestione rischio clinico e CRM	gestione segnalazioni	Analisi tempestiva degli eventi segnalati	A eventi sentinella; B eventi avversi; C non conformità; D infortuni del lavoro; E aggressioni/violenza contro operatore	presa in carico ed analisi	CRM e GRC	trend temporale decremental e degli eventi	1	4	4	A = 0; B=0; C=1; D= E=3;	C1: SNG non radiopaco E: aggressione fisica (pz patologico) e verbale contro op NESSUNA AZIONE CORRETTIVA/DI MIGLIORAMENTO APERTA	Trend temporale decrementale degli eventi avversi	
		Cadute del paziente in ospedale per 1.000 giornate di degenza		monitoraggio	operatori sanitari	< 1,0/1000	14 - 1,5/1000 gg	10 - 1,4/1000 gg	n.14 - 1,3 /1000 gg	n. 27/11017 gg= 2,5/1000gg. 2 ricadute, ReToss compilata. 56% con danno . Check list sicurezza ambiente 23.06.2025	Lieve incremento. Pazienti più a rischio (decadimento cognitivo, disturbi del comportamento, disturbi dell'equilibrio, etc.) e difficoltà dimissione.	Monitoraggio per verifica di eventuali integrazioni/revisioni procedurali	
		TOTALE segnalazioni incident reporting			CRM e GRC	trend temporale decremental e degli eventi	15	14	18	30		CAUSE DA INCIDENT REPORTING: Umane/organizzative (0%); Ambientali/strutturale (0%); Comunicative/informative (100%); Tecnologiche (0%); Procedurali, Linee guida, Protocolli (0%) 0 AZIONI CORRETTIVE/DI MIGLIORAMENTO	trend temporale decrementale degli eventi avversi
	attività condivise di gestione del rischio clinico e qualità aziendale	formazione teorica e sul campo		formazione facilitatori e su rischio clinico sensibilizzazione segnalazione	CRM e GRC e off. formazione	continua							Incremento utilizzo della piattaforma di segnalazione regionale https://sigrc.sanita.toscana.it/
		audit e patient safety walk around			CRM e GRC	PSWA ≥1 audit con RCA o FMEA 24	1	1	2	4	1 PSWA 17/09/2025 PROVA MAXI-EMERGENZA 05/12/2025	1 DECISIONI PRESE CONCLUSE 0 OB. NON RAGGIUNTO (per assenza segnalazioni meritevoli)	PSWA ≥1 audit con RCA o FMEA ≥4
				.incontri di condivisione e aggiornamento del piano con M&M e analisi di processo con matrice del rischio .aggiornamento periodico procedure e raccomandazioni	CRM e GRC e facilitatori	M&M ≥ 2			1		. Allegato al piano GGRC: Attestazione e recepimento raccomandazioni e buone pratiche con priorità di intervento e compilate agenas 23.07.2025 . 2 M&M: M&M cadute e M&M del R autolesivo 2024-2025; . 16/04/2025 incontro diffusione dati MES clima interna 2024 con discussione dei risultati alla presenza dell'AD . 01/2025 rev PO-29 aggressione, 14/11/2025 revisione PO farmacovigilanza (vedi capitolo), integrata PO-10 con trasferimento pz ricepisce Racec. 11 . DVR Rischio Violenza di genere 27/11/2025 . 23/10/2025 INCONTRO GGRC 1 semestre 2025 . 30/10/2025 compilazione DM 19.12.2022 Agenas	2 OB. RAGGIUNTO	. predisporre delirium sepi. .M&M ≥2
	richieste di risarcimento		analisi	DIR SAN e CRM	trend temporale decremental e	0	1	1	0			trend temporale decrementale	
	documentazione clinica	corretta redazione		controllo a campione	CRM, GRC e DIR SAN		-	-	-	.Controllo Pac 1°, IP°, IP° TRIM 2025 (Giugno, Settembre, Novembre 2025 - esito positivo). .Report Adesione Protocolli e PDTA, VIM 1° semestre 2025 .Controllo Interne cartelle chirurgia Ambulatoriale e cartelle cliniche degenza P° semestre 2025			
	farmaci e STU	Corretta gestione dei farmaci ad alto rischio	PSWA near miss o EA / anno	check in corso di safety walkaround	operatori sanitari	100%	-	100%	100%	PSWA Controllo trimestrale stoccaggio e scadenza farmaci I e IP° Semestre 2025		100%	
	farmacovigilanza	n. segnalazioni/ 1000 giornate			operatori sanitari	0/1000	0	0	0	Nessuna segnalazione (3.2,(M47), ME2.4,(M47), Rev. 2 del 14/11/2025 aggiornamento della "Procedura di gestione del rischio correlato all'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili."		0/1000	
	dispositivo vigilanza	n. segnalazioni/ 1000 giornate			operatori sanitari	0,3/1000	3	3	2	0,3/1000		0,3/1000	
	gestione farmacoterapia	near miss o EA / anno		check in corso di safety walkaround	operatori sanitari		0	1	0			verifica a campione della corretta gestione della farmacoterapia	
	corretta identificazione utente e dell'operatore	near miss o EA / anno		controlli periodici PSWA	operatori sanitari	100%	2	1	1	100 % braccialetto identificativo pz. . 95 % cartellino riconoscimento operatore 0 near miss/EA	Controllo periodico trimestrale: braccialetto identificativo e cartellino di riconoscimento	100%	
	sicurezza sala operatoria	Corretta esecuzione del time-out in sala operatoria	PSWA/audit	monitoraggio tramite controllo a campione di cartella clinica	DIR SAN controllo a campione su cartella	100% 0 NC				Controllo Interno semestrale cartelle chirurgia Ambulatoriale e cartelle cliniche degenza		100% 0 NC	
	gestione emocomponenti - buon uso sangue	n. sacche /anno/intervento			DIR SAN	0 NC	-	0 NC	0 NC	Report Anno 2025: 26 sacche 0 n. di cui 25 restituite; 18 sacche trasfuse su 858 ricoveri pari 2%; 0 non conformità		0 NC	
	SSCL surgical safety checklist	conformità campione SSCL		monitoraggio tramite controllo a campione di cartella clinica	DIR SAN	100% 0 NC						100% 0 NC	
	area infezioni	infezioni	% infezioni/anno	monitoraggio	DIR SAN con CIO	ICA < 7% UTI < 1,5% CL DHF < 6% *	-	-	-	. formazione Infermiera specialista rischio infettivo . 10/07/2025 report Dir. San primo semestre 2025 . Notificato da AUSL 1 caso di Legionellosi polmonare e seguenti campionamenti ambientali. . 25/02/2026 C.I.O. e report Dir. San anno 2025	. Esito negativo dei ricampionamenti Legionella. Archiviato.	ICA < 7% UTI < 1,5% CL DHF < 6% *	
	Consumo di soluzioni detergenti	Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza /minimo OMS		monitoraggio	DIR SAN con CIO	standard OMS 20 L/1000 GDO			41,4/1000 gdo	Degenza 48,88 Lt; Ch. Ambulatoriale 11,65%		standard OMS 20 L/1000 GDO	
	lavaggio mani e mani nude			controlli periodici monitoraggio	DIR SAN con CIO	> 95%			0,99	Degenza lavaggio mani 98%; A mani nude 91%; S. Op. Ch. Ambulatoriale lavaggio mani 90,5%; a mani nude 96%		> 95%	

Legenda obiettivi 2025: rosso priorità alta; giallo media; verde bassa. * Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022-2023

Attività specifica di formazione e aggiornamento

- Corso di formazione per la Figura di Facilitatore di Qualità e sicurezza delle cure, di 40 ore, a cura del Dott. Francesco Venneri (avviato nel 2024 e terminato nel 2025).
- Corso ECM “Sicurezza delle cure“, GVM Campus, a cura del CRM, edizione 2025
- Formazione di una infermiera specialista nel rischio infettivo con il Corso di alta formazione patrocinato da ANIPIO.
 - È stata effettuata una verifica documentale sull’applicazione della PO-55 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” relativamente all’identificazione del rischio di comportamenti autolesivi e alla prevenzione del suicidio in pazienti ricoverati nei reparti di Medicina e Lungodegenza di Maria Teresa Hospital e i risultati sono stati discussi in un M&M del personale medico. È emersa come opportunità di miglioramento la chiara traccia documentale delle azioni eventualmente intraprese e delle consulenze psichiatriche eventualmente richieste.
 - Formazione del personale medico sull’utilizzo del defibrillatore DAE con esercitazioni pratiche.

Attività integrate e multidisciplinari

- Revisione a campione della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate, in tema di completezza, congruenza e appropriatezza da parte del Direttore Sanitario con reso al responsabile dell’Unità Funzionale e al personale sanitario.
- Recepimento delle osservazioni positive in tema di completezza, congruenza e appropriatezza della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate da parte del nucleo di controllo esterno nell’ambito delle attività del PAC a cura del Team Area Vasta dell’Azienda USL Toscana Centro.
- Discussione con RAQ delle segnalazioni di non conformità trattate e risolte. 1 in particolare connessa all’uso di dispositivi (sondino naso gastrico).
- Discussione con RAQ e AD ai fini del riesame di Direzione delle priorità dell’area Clinical Risk Management.
- Presentazione e discussione con il personale dei risultati del clima interno MES rilevazione 2024.
- URP: n.7 segnalazione di reclami utenti trattati dalla Direzione Sanitaria con risposta scritta nei tempi previsti.

Attività del Gruppo di gestione del rischio clinico e del Clinical Risk Manager

- Compilazione del questionario su portale Agenas per il monitoraggio del recepimento delle raccomandazioni ministeriali di prevenzione degli eventi sentinella nel luglio 2025.
- Compilazione del questionario su portale Agenas per la rilevazione dello stato dell’arte relativo al DM 19.12.2022 nell’ottobre 2025.
- Aggiornamento dello stato di recepimento delle Raccomandazioni e buone pratiche al 31.12.2025 e attestazione di recepimento raccomandazioni e buone pratiche con priorità di intervento al 31.12.2025 (Allegato).
- **Dall’analisi delle cause contribuenti agli eventi segnalati dall’*incident reporting* nel 2025**, stante la prevalenza di segnalazioni di violenza/aggressione contro operatori, emerge la causa comunicativa/informativa (100%). Nel 2025 è stata revisionata la PO-29 relativa alle aggressioni contro operatore inserendo le indicazioni per eventuale querela/denuncia all’autorità giudiziaria.
- **Dall’analisi delle segnalazioni di caduta** è emerso un incremento rispetto al trend storico.

Tra le ragioni emerse in apposito M&M senz'altro la presenza di pazienti più a rischio (decadimento cognitivo, disturbi del comportamento, disturbi dell'equilibrio, etc.), che necessariamente richiedono un impegno assistenziale ulteriori come minore spazio per la sensibilizzazione e l'educazione, nonché, per la contestuale presenza di forti questioni di carattere socioassistenziale, la difficoltà di adeguato affidamento al territorio/dimissione.

- In considerazione dell'integrazione con le strutture DEA cittadine, è stata integrata la PO-10 con le indicazioni relative alle modalità per il trasferimento recependo in parte la Raccomandazione n. 11 "Prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)".
- È stato costituito il gruppo di lavoro multidisciplinare entro il GGRC per la definizione della procedura di gestione del delirium.
- Svolti 2 Mortality&Morbidity, 1 PSWA con verifica di conformità dei carrelli di emergenza e della gestione degli stupefacenti e della relativa documentazione, 0 audit.

Stato delle azioni correttive/di miglioramento

Non è stata avviata nessuna azione. Si è proceduto con la verifica di alcune azioni dell'anno precedente (applicazione della procedura di prevenzione del suicidio). È stata conclusa l'integrazione alla PO-29 e, in occasione della riunione del C.I.O. per l'analisi dei dati consuntivi per l'anno 2025, è stata approvata per l'emissione l'istruzione operativa della prevenzione e gestione della sepsi.

Considerazioni e opportunità di miglioramento per l'anno 2025

Oltre a ribadire il valore della segnalazione delle *deviazioni* dall'atteso quali opportunità di conoscenza, approfondimento dei processi di cura, confronto e quindi di complessivo miglioramento, i dati del 2025 offrono spunto per alcune riflessioni propedeutiche alla pianificazione per il 2026.

Infatti, sulla base di un solido processo di formazione e gestione del rischio avviato nell'Azienda già anni orsono, gli operatori hanno saputo dimostrare capacità di crescita e di collaborazione in quest'ambito, riuscendo a costruire, in un sistema organizzativo complesso come quello sanitario, un modo di lavorare che coniugasse all'assistenza e alla cura, il riferimento alle buone pratiche e il monitoraggio dei processi, la prevenzione integrata delle infezioni con verifica periodica dei risultati, la documentazione e la verifica dei compiti.

Ciò detto, si propongono in ordine di priorità di intervento¹, alcuni ambiti sottoposti a presidio per l'anno 2026, sia in quanto rischi tipici del contesto ospedaliero sia sulla base del trend storico.

PRIORITA' emissione e diffusione della procedura di Prevenzione e gestione della sepsi; definizione e diffusione della procedura di Prevenzione e gestione del delirium/confusione.

PRIORITA' Monitoraggio del rischio caduta per verifica di eventuali integrazioni/revisioni procedurali

PRIORITA' Incremento utilizzo del portale regionale di segnalazione (incident reporting e cadute) a seguito della registrazione dei facilitatori.

¹ Colore rosso, priorità alta; giallo, media; verde, bassa.

PRIORITA' Prevenzione e gestione generale del rischio infettivo.

PRIORITA' Monitoraggio attività di prevenzione del rischio legionellosi.

PRIORITA' Monitoraggio della corretta disinfezione delle mani.

PRIORITA' Mortality&Morbidity meeting e incontri di équipe (utilizzare questi strumenti per il confronto delle pratiche e/o indicatori in uso in Azienda con lo standard di riferimento e la condivisione degli stessi).

PRIORITA' Aggiornamento formativo sul rischio clinico e qualità aziendale.

PRIORITA' Obiettivo sulla gestione delle segnalazioni: Trend decrementale negli anni degli eventi avversi, considerando come la diffusione della consapevolezza sul rischio clinico si possa associare all'incremento delle segnalazioni spontanee. Mantenimento entro gli standard di riferimento.

Santa Rita Hospital

Nella Azienda è operativo il **Gruppo per la Gestione del Rischio Clinico**, costituito da varie figure professionali sanitarie e non sanitarie nel ruolo di facilitatori, recentemente riformati, integrato con le funzioni della Direzione Aziendale e del Sistema di Assicurazione della Qualità, con il coordinamento del Clinical Risk Manager.

Il gruppo si è dotato di un **piano di attività** discusso e definito il 27.03.2025, e di relative priorità di intervento, anche sulla base dei dati delle segnalazioni, delle attività e del contesto. Il GGRC si è riunito per un **aggiornamento semestrale del piano il 23.09.2025**.



N. Ricoveri **1591** di cui 997 per
protesica maggiore

N. giornate di degenza **5490**

N. prestazioni ambulatoriali sia per
interni che per esterni **6872** di cui 209
prestazioni di chirurgia ambulatoriale

Segnalazioni, loro gestione e attività GGRC (vedere tabella sottostante).

ambito	descrizione	controlli/indicatori	indicatori	come	responsabile	obiettivo	2022	2023	2024 OMS/IC-SSA/EGE	aggiornamento procedure 10/03/2025 10/01/2025 10/01/2025	note	obiettivo/2024	
Gruppo gestione rischio clinico e CRM	gestione segnalazioni	Analisi tempestiva degli eventi segnalati	A eventi sentinella; B eventi avversi; C non conformità; D infortuni del lavoro; E aggressioni/insolenza contro operatore	presa in carico ed analisi	CRM e GRC	trend temporale decrementale degli eventi	2	2	7	A=0; B=5; C=0; D=; E=;	B1: 08/01 retainment frammento > M&M 13/03/2025 B2: 23/01 retainment frammento > M&M 13/03/2025 B3: 19/02 retainment frammento > M&M 13/03/2025 B4: 28/04 retainment frammento > vedi indicazioni M&M 13/03/2025 B5: 18/09 retainment frammento > vedi indicazioni M&M 13/03/2025	trend temporale decrementale degli eventi avversi	
		Cadute del paziente in ospedale per 1.000 giornate di degenza		monitoraggio	operatori sanitari	< 1,0/1000	20	9 - 1,8/1000 gg	19 - 3,3/1000 gg	e: 14 - 2,5/1000 gg. Lesioni minori n. 2, nessuna lesione n. 12, orario pomeridiano prevalente, 100% scala di Conley pre e post.		monitorare applicazioni scale di previsione del rischio e informare i pazienti sulle precauzioni da adottare	
		TOTALE segnalazioni incident reporting			CRM e GRC	trend temporale decrementale degli eventi	22	11	26 6 AC/AM	19		CAUSE DA INCIDENT REPORTING: Umanic/organizzative (100%); Ambientali/strutturali (0%); Comunicative/informative (0%); Tecnologiche (0%); Procedurali, Linee guida, Protocolli (0%) 1 di 2 AZIONI CORRETTIVE/DI MIGLIORAMENTO CHIRURG.	trend temporale decrementale degli eventi avversi
	attività condotte di gestione del rischio clinico e qualità aziendale	formazione teorica e sul campo		formazione facilitatori e su rischio clinico sensibilizzazione segnalazione	CRM e GRC e aff. formazione	continua							Incremento utilizzo della piattaforma di segnalazione regionale https://sig.resanita.toscana.it/
		audit e patient safety walk around			CRM e GRC	PSWA ≥1 audit con RCA o FMEA ≥4	1	1	2	5	12/201.2025 audit funzionamento blocco operatorio 1 PSWA 20.03.2025 risonanza 2° PSWA blocco operatorio PROVA MAXI EMERGENZA 24.11.2025	2 DECISIONI PRESE CONCLUSE 1 AUDIT OB. NON RAGGIUNTO	PSWA ≥1 audit con RCA o FMEA ≥4
				incontri di condivisione e aggiornamento del piano con M&M e analisi di processo con matrice del rischio .aggiornamento periodico procedure e raccomandazioni	CRM e GRC e facilitatori	M&M ≥2			1		08/05/2025 incontro diffusione dati MES c/ma interno 2024 2 M&M: 1° M&M cadute 2024 20/03/2025; 2° M&M medicazioni e retainment 13/03/2025 . Predisposta Raccomandazione Riconoscimento e riconciliazione . emissione PISA-SB Riconciliazione e Riconoscimento terapeutica 11/2025 . 08/05/2025 incontro diffusione dati MES c/ma interno 2024 . Predisposto e inviato ai Resp. U/OO aggiornamento PO-29 rev 3 Prevenzione infezioni e profilassi preoperatoria .revisione PO-59 farmacovigilanza . 23/09/2025 INCONTRO GGRC 1 semestre 2025 . 30/10/2025 compilazione DM 19.12.2022 Agenas	2 M&M - OB. RAGGIUNTO	aggiornamento procedure datate 2018, M&M ≥2
	richieste di risarcimento e elenco sinistri		analisi		trend temporale decrementale	/	8 sinistri: 3 PTG; 1 PTA; 1 artrodesi di alluce; 1 artrodesi vertebrale; 2 infezioni	9 sinistri: 3 PTG, 3 PTA; 1 caviglia; 1 gonito di cui 3 infezioni	9 sinistri: 2 ICA su PTG, 3 recidiva/inefficacia chirurgia su PTG, mds di frattura AA, II e metatarsi; 4 lesioni nervose di cui 3 SPE su PTA e 1 radiale su mano		trend temporale decrementale		
documentazione clinica	documentazione clinica	corretta redazione		FAD controllo a campione	CRM, GRC e DIR SAN		-	-	-				
	farmaci e STU	Corretta gestione dei farmaci ad alto rischio	PSWA near miss o EA / anno	check in corso di PSWA controllo cartelle	operatori sanitari	100%	-	100%	100%	100%	Controllo trimestrale stoccaggio e scadenza farmaci I e II Semestre 2025	100%	
		farmacovigilanza	n. segnalazioni/ 1000 giornate		operatori sanitari	0/1000	0	0	0	0	PO-59 Rev. 3 del 14/11/2025 aggiornamento della "Procedura di gestione del rischio correlato all'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili."	0/1000	
		dispositivo vigilanza	n. segnalazioni/ 1000 giornate		operatori sanitari	0/1000	3	0	0	1		0/1000	
		gestione farmacoterapia	near miss o EA / anno	check in corso di PSWA	operatori sanitari	trend temporale decrementale	0	1	4	4	incontro coordinatore infermieristico con equipe data dal 30/01 al 07/02 1 evento avverso per errore terapia	incontri periodici e verifica in PSWA	
		corretta identificazione utente e dell'operatore	near miss o EA / anno	controlli periodici PSWA	operatori sanitari	100%	-	1	2	2	Controllo periodico: braccialeto identificativo e cartellino di riconoscimento	100%	
		sicurezza sala operatoria	Corretta esecuzione del time-out in sala operatoria	PSWA/audit	monitoraggio tramite controllo a campione di cartella clinica	DIR SAN controllo a campione su cartelle	100% 0 NC					100% 0 NC	
		gestione emocomponenti	n. sacche /anno/intervento	n. sacche /anno/intervento		DIR SAN	0 NC	0 NC	0 NC	0 NC	Report anno 2025: 87 sacche; 34 pr trasfusi su 1951 ricoveri (2,13%); 76 sacche restituite e 0 non conformità	0 NC	
		SSCL surgical safety checklist	conformità campione SSCL	conformità campione SSCL	monitoraggio tramite controllo a campione di cartella clinica	DIR SAN	100% 0 NC				.Controllo ISRI a campione su profilassi antibiotica; Controlli a campione esecuzione SSCL	0 NC	100% 0 NC
	area infezioni	infezioni	% infezioni/anno	% infezioni/anno	monitoraggio	DIR SAN con CIO	ICA in area ortopedica < 6%, infezioni perioperatorie < 2%*	-	-	-	.IO/29-03 checklist sorveglianza infezioni . notificato da AUSL. 1 caso di Legionellosi polmonare correlato e seguenti campionamenti ambientali. Revisione DVR Legionellosi . 26.02.2026 C.I.A. e report microbiologia anno 2025 . Controllo ISRI a campione su procedure preoperatorie e postoperatorie di prevenzione delle infezioni secondo checklist IO/29-03. 0 NC	< 6%	
	Consumo di soluzioni detergenti	Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza /minimo OMS		monitoraggio	DIR SAN con CIO	standard OMS 20 L/1000 GDD			37,4/1000 gdo	Monitoraggio svolto anno 2025: 43,6914	standard OMS 20 L/1000 GDD		
	lavaggio mani			controlli periodici monitoraggio	DIR SAN con CIO	> 95%			92,50%	report lavaggio mani compliance 95,6% (2020-2025 94,3%) e campagne mani multiple compliance 91% (2022-2025 89%). Vedi verbale con andamento 2020-2025.	> 95%		

Legenda: rosso priorità alta; giallo media; verde bassa. PTA protesi totale di anca, PTG protesi totale di ginocchio, SPE Scatolo Popliteo Esterno; * Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022-2023; Zhou, Haotian, et al. 2024 doi.org/10.2147/IDR.S457644

Attività specifica di formazione e aggiornamento

- Corso di formazione per la Figura di Facilitatore di Qualità e sicurezza delle cure, di 40 ore, a cura del Dott. Francesco Venneri (avviato nel 2024 e terminato nel 2025).
- Corso ECM “Sicurezza delle cure“, GVM Campus, a cura del CRM, edizione 2025
- Emissione della Procedura “Riconoscimento e riconciliazione farmacologica” (PO-58) che recepisce la Raccomandazione n. 17 e revisione della Procedura di gestione del rischio correlato all'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili, comprensiva delle modalità per la farmacovigilanza (PO-59).
 - Formazione di una infermiera specialista nel rischio infettivo con il Corso di alta formazione patrocinato da ANIPIO.
 - Emissione della checklist IO/029-03 per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.

Attività integrate e multidisciplinari

- Revisione a campione della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate, in tema di completezza, congruenza e appropriatezza da parte del Direttore Sanitario con reso al responsabile dell'Unità Funzionale e al personale sanitario.
- Recepimento delle osservazioni positive in tema di completezza, congruenza e appropriatezza della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate da parte del nucleo di controllo esterno nell'ambito delle attività del PAC a cura del Team Area Vasta dell'Azienda USL Toscana Centro.
- Discussione con RAQ delle segnalazioni di non conformità trattate e risolte (4 segnalazioni).
- Presentazione e discussione con il personale dei risultati del clima interno MES rilevazione 2024.
- URP: n. 1 segnalazione di reclamo utente trattato dalla Direzione Sanitaria con risposta scritta nei tempi previsti.

Attività del Gruppo di gestione del rischio clinico e del Clinical Risk Manager

- Compilazione del questionario su portale Agenas per il monitoraggio del recepimento delle raccomandazioni ministeriali di prevenzione degli eventi sentinella nel luglio 2025.
- Compilazione del questionario su portale Agenas per la rilevazione dello stato dell'arte relativo al DM 19.12.2022 nell'ottobre 2025.
- Aggiornamento dello stato di recepimento delle Raccomandazioni e buone pratiche al 31.12.2025 e attestazione di recepimento raccomandazioni e buone pratiche con priorità di intervento al 31.12.2025 (Allegato).
- **Dall'analisi delle cause contribuenti agli eventi segnalati dall'incident reporting nel 2025**, stante la prevalenza di segnalazioni di *retainments* di frammento di strumentario chirurgico², emerge la causa umana/organizzativa (100%) connessa alla forza e alla leva esercitata, in distretti anatomici talora critici poiché pluritrattati. Come è emerso dalla discussione documentata in specifico M&M, va documentata in cartella clinica la comunicazione/informazione al paziente della presenza di frammento intra-articolare.
- Svolti 2 Mortality&Morbidity, 2 PSWA, 1 audit.

Stato delle azioni correttive/di miglioramento

² Non si tratta di involontario abbandono di strumenti o materiale all'interno del sito chirurgico, ma di micro-frammenti derivati dalla coartazione chirurgica, rilevati e non rimovibili pena eccessiva coartazione dei tessuti.

Avviate 2 azioni, di cui 1 completata:

1. SWA blocco operatorio. **Completato.**
2. Revisione programmata della procedura della profilassi pre-operatoria: **in avanzamento dopo discussione in sede di Comitato per la lotta delle Infezioni Ospedaliere.**

Considerazioni e opportunità di miglioramento per l'anno 2026

Oltre a ribadire il valore della segnalazione delle *deviazioni* dall'atteso quali opportunità di conoscenza, approfondimento dei processi di cura, confronto e quindi di complessivo miglioramento, i dati del 2025 offrono spunto per alcune riflessioni propedeutiche alla pianificazione per il 2026.

Infatti, sulla base di un solido processo di formazione e gestione del rischio avviato nell'Azienda già anni orsono, gli operatori hanno saputo dimostrare capacità di crescita e di collaborazione in quest'ambito, riuscendo a costruire, in un sistema organizzativo complesso come quello sanitario, un modo di lavorare che coniugasse all'assistenza e alla cura, il riferimento alle buone pratiche e il monitoraggio dei processi, la prevenzione integrata delle infezioni con verifica periodica dei risultati, la documentazione e la verifica dei compiti.

Ciò detto, si propongono in ordine di priorità di intervento³, alcuni ambiti sottoposti a presidio per l'anno 2026, sia in quanto rischi tipici del contesto ospedaliero sia sulla base del trend storico.

PRIORITA' Procedure e raccomandazioni: definizione e diffusione della procedura di Prevenzione e gestione della sepsi.

PRIORITA' Avanzamento dell'informatizzazione della documentazione sanitaria e della individuazione/rendicontazione di alert di rischio specifico.

PRIORITA' Incremento utilizzo del portale regionale di segnalazione (incident reporting e cadute) a seguito della registrazione dei facilitatori.

PRIORITA' Prevenzione e gestione generale del rischio infettivo.

PRIORITA' Monitoraggio della pratica per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

PRIORITA' Monitoraggio attività di prevenzione del rischio legionellosi.

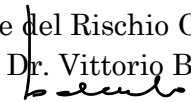
PRIORITA' Monitoraggio della corretta disinfezione delle mani.

PRIORITA' Mortality&Morbidity meeting e incontri di équipe (utilizzare questi strumenti per il confronto delle pratiche e/o indicatori in uso in Azienda con lo standard di riferimento e la condivisione degli stessi).

PRIORITA' Aggiornamento formativo sul rischio clinico e qualità aziendale.

PRIORITA' Verifica a campione della corretta esecuzione della check list di sala operatoria (SSCL).

PRIORITA' Obiettivo sulla gestione delle segnalazioni: Trend decrementale negli anni degli eventi avversi, considerando come la diffusione della consapevolezza sul rischio clinico si possa associare all'incremento delle segnalazioni spontanee. Mantenimento entro gli standard di riferimento.

Il Clinical Risk Manager
per il Gruppo di Gestione del Rischio Clinico
Dr. Vittorio Bolcato


³ Colore rosso, priorità alta; giallo, media; verde, bassa.