

# Relazione delle attività di Clinical Risk Management per il 2024 e Piano delle attività per il 2025 Maria Beatrice Hospital a cura del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico

Firenze, 28 marzo 2025

#### 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 procedura aziendale, 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 depositate in originale nelle singole sedi. Per Maria Teresa Hospital è stata condivisa a Firenze in data 19 febbraio 2025, mentre per Santa Rita Hospital a Montecatini Terme, in data 27 marzo 2025, con l'approvazione dei relativi Piani di Gestione del Rischio Clinico per l'anno 2025.

Inoltre, è stato affisso per la condivisione con tutto il personale in apposita bacheca l'elenco delle considerazioni in esito alle attività del GGRC (aggiornato al 31.01.2025) con previsione di suo aggiornamento periodico a seguito di segnalazioni e azioni correlate.



#### Contesto organizzativo

Il presidio 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, anche alla luce del recepimento del DM 19 12 2022, si caratterizza

Il clinical risk management, anche alla luce del recepimento del DM 19.12.2022, si caratterizza in questa prospettiva per essere un 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

È operativo un Gruppo per la Gestione del Rischio Clinico, coordinato dal Clinical Risk Manager, supportato da varie figure professionali con il ruolo di facilitatori, recentemente riformati, integrato con le funzioni strategiche dell'azienda. Il gruppo si è dato un piano di attività discusso e definito il 14.03.2024, e si è riunito per un aggiornamento semestrale il 17.07.2024 con attestazione di recepimento delle Linee guida e buone pratiche. In data 15.05.2024 il presidio è stato sottoposto a verifica di accreditamento in riferimento "Allegato A DM 19.12.2022, DGRT 1150 del 09.10.2023" che prevede numerosi requisiti di area del rischio clinico, con esito positivo.



N. 831 ricoveri

N. 10372 giornate di degenza

N. 851 prestazioni ambulatoriali (sia per interni che per esterni)

N. 2192 prestazioni di chirurgia ambulatoriale (Oftalmologia)



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

			, (	gestione e aut			_ (, -						
ambito	descrizione	sottodescrizione	indicatore	соше	responsabile	obiettivo	2022	2023	aggior namento periodico semestrale 2024	note	aggior namento periodico semestrale 2024	note	obiettivi 2025
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 confro operatore	presa in carico ed analisi	CRM e GRC	trend temporale decremental e degli eventi	3	3	A = 0; B=0 ; C=; D= E=;		A = 0; B=1; C=; D= E= 3;	audit su segnalazione 2023 relativa a farmacoterapia E 1/2024 aggressione verbale; B 2/2024 errore identificazione > archiavata dopo discussione con operatore e AC servizi informatici E 3/2024 aggressione verbale> audit e debriefing 21/11/12024 E 3/2024 aggressione revalae > audit e debriefing 12/12/2024 E 5/2024 aggressione risica minore > audit e debriefing 12/12/2024; atto non volontario per demenza frontale S AZIONI CORRETTIVE/ DI MIGLIORAMENTO AVVIATE E CHIUSE	Trend temporale decrementale degli eventi avversi
			Cadute del paziente in ospedale per 1.000 giornate di degenza	monitoraggio	operatori sanitari	< 1,0/1000 nel 2023	10 - 1,4/1000 gg	10 - 1,4/1000 gg	n. 8/5112 gg= 1,6 ogni 1000gg.	si ribadisce la compilazione della Retoss dopo la caduta	n.14/10372 giornate = 1,3 ogni 1000gg.	Nessuma ricaduta. Tipo Lesioni: 3 nessuma lesione, 2 TC, 9 lesioni minori, nessuma maggiore. 50% notte. 2 senza Rectoss prima all'ingresso. Si ribadisce la compilazione della Retoss dopo la caduta.	personale infermieristico su cadute e attenzionare scale di
Gruppo gestione rischio clinico e CRM			TOTALE segnalazioni incident reporting		CRM e GRC	trend temporale decremental e degli eventi	13	13	8		18		trend temporale decrementale degli eventi avversi
Gruppo ges	attività condivise di gestione del rischio clinico e qualità aziendale documentazione	formazione teorica e sul campo		formazione facilitatori e su rischio clinico sensibilizzazione segnalazione	CRM e GRC e uff. formazione	continua			in previsione. Preventivato. Inviato elenco personale			Iniziato Corso Facilitatore Venneri 17/12/2024 con formazione incident reporting regionale Corso Sicurezza delle cure GVM Campus Dott. Bolcato	Incremento utilizzo della piattaforma di segnalazione regionale https://sigrc.sanita.to scana.it/
		audit e patient safety walk around			CRM e GRC	PSWA ≥1 audit con RCA o FMEA ≥4	1	1	07/03/2024			pswa 2 E AUDIT 4: OB. 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			. PO 55 prev suicidio. . Allegato al piano GGRC: Attestazione e recepimento raccomandazioni e buone pratiche con priorità di intervento	da predisporre: Riconciliazione e trasferimento; sepsi e delirium, si rammenta l'identificazone del rischio autolesivo suticidario come da proce dura appena approvata con specifico codice colore rosa.		M&M = 0 OB. NON RAGGIUNTO. sepsi prevalutazione LO. Ardu- Bolcato per CIO. Condiviso con consulente infettivologo.	, predisporre: delirium; sepsi. Integrazione trasferimento del paziente. . M&M≥2
		richieste di risarcimento		analisi controllo a campione	DIR SAN e CRM	trend temporale decremental e		1	0		1	richiesta risarcimento per polmonite Sars-Cov-2 acquisita durante il ricovero nel 2021	trend temporale decrementale
	clinica	corretta redazione		controllo a campione	e DIR SAN		-	-					
	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%	PSWA		,		100%
		farmacovigilanza	n. segnalazioni/ 1000 giornate		operatori sanitari	0/1000	0	0	0		0		0/1000
		dispositivo vigilanza	n. segnalazioni/ 1000 giornate		operatori sanitari	0,3/1000	3	3	0		2		0,3/1000
		gestione farmacoterapia		check in corso di safety walkaround	operatori sanitari		0	1	formazione e sensibilizzazione Coord inf dal 12/02. Chiusura azione correttiva di Audit		-		verifica a campione della corretta gestione della farmacoterapia
	corretta identificazione utente e dell'operatore		near miss o EA / anno	PSWA	operatori sanitari	100%	2	1	controllo periodico		controllo periodico		100%
	sicurezza sala operatoria	Corretta esecuzione del time-out in sala operatoria		monitoraggio tramite controllo a campione di cartella clinica	DIR SAN controllo a campione su cartella	100% 0 NC			/		/		100% 0 NC
		gestione emocomponenti SSCL surgical	n. sacche /anno/intervento conformità campione	monitoraggio tramite controllo a	DIR SAN	0 NC	-	0 NC	12 sacche richieste, 8 trasfuse su 437 ricoveri 1,8%, 0 non conformità		,		0 NC
		safety checklist	SSCL	campione di cartella clinica		0 NC					-lk- 222		0 NC
	area infezioni	infezioni	% infezioni/anno	monitoraggio	DIR SAN con CIO	ICA < 7% UTI < 1,5% Cl. Diff < 6%*	-	-	riunito il 02.2024 per competenze 2023		riunito il 23/01/2025 per competenze 2024	trattati: prevalenza infezioni; tamponi rettali germi sentinell; tamponi clostridium difficile; monitoraggi HACCP, Legionella e validazioni sale operatorie.	ICA < 7% UTI < 1,5% Cl. Diff < 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			consumo 46 l degenze + 11 litri sala op.		41,4/1000 gdo	.000	standard OMS 20 L/1000 GDO
		lavaggio mani e mani nude		controlli periodici monitoraggio	DIR SAN con CIO	> 95%			controllo periodico sale op e degenza		controllo periodico	>99%	> 95%
Legend	a objettivi 2025: n		iallo media: verde bassa	a. * Point prevalence survey of healthca		infections an	d antimicrobia	al use in Euro		tals 2022-2023			



In particolare, il *Patient safety walk around* ha previsto la valutazione della diffusione e applicazione delle Buone Pratiche, rilievo a campione e mediante intervista della pratica di igiene delle mani, di gestione e conservazione dei farmaci, identificazione con braccialetto dell'utente e con cartellino del personale, cartellonistica informativa, verifica delle uscite di sicurezza, gestione delle contenzioni, gestione degli stupefacenti.

#### Attività specifica di formazione e aggiornamento

- Corso ECM "Sicurezza delle cure", GVM Campus, a cura del Dott. Bolcato
- Avvio del Corso Facilitatore programmato per il 2024, a cura del Dott. Francesco Venneri, con formazione anche all'utilizzo del portale regionale di segnalazione (incident reporting e cadute).
- È stata attuata con specifico corso di formazione al personale sanitario la Raccomandazione Ministeriale n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale" con specifica procedura PO-55 di identificazione del rischio di comportamenti autolesivi e prevenzione del suicidio in pazienti ricoverati nei reparti di Medicina e Lungodegenza di Maria Teresa Hospital. Da verifica a campione su cartelle cliniche risulta correttamente applicata.

# 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.
- Recepimento delle rilevazioni svolte dalla Direzione Operativa sui tempi medi di chiusura e consegna in copia conforme della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate (vedasi Documento di Riesame semestrale alla Direzione e Carta dei Servizi).
- Discussione con RAQ delle segnalazioni di non conformità trattate e risolte.
- URP: nessuna 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 di eventi sentinella nel marzo 2024.
- Compilazione del questionario su portale Agenas per la rilevazione dello state dell'arte relativo al DM 19.12.2022 nel novembre 2024.
- Aggiornamento della procedura per recepimento delle nuove indicazioni sugli eventi sentinella luglio 2024.
- Aggiornamento al 31.12.2024 dello stato di recepimento delle Raccomandazioni e buone pratiche.

#### Stato delle azioni correttive/di miglioramento

Avviate 5 azioni, di cui 5 completate:



- 1. Re-training sulla corretta gestione della farmacoterapia a cura del Coord. Infermieristico, chiusa
- 2. Predisposizione del registro delle segnalazioni, chiusa
- 3. Predisposizione del registro AC/AM, chiusa
- 4. Alert omonimia anche tra reparti differenti (Degenza da DEA e Lungodegenza) chiusa
- 5. Integrazione normativa PO-29 aggressione, chiusa nel gennaio 2025.

#### Considerazioni e opportunità di miglioramento per l'anno 2025

Oltre a ribadire il valore della segnalazione delle *deviazioni* che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente, quale opportunità di conoscenza, approfondimento, confronto e quindi di complessivo miglioramento, i dati del 2024 pongono l'accento su alcuni ambiti. Sono riportati di seguito in ordine di priorità rispetto alla tabella soprariportata.

PRIORITA Procedure e raccomandazioni: definizione e diffusione della procedura di Prevenzione e gestione della sepsi e di Prevenzione e gestione del delirium/confusione. Integrazione della procedura delle emergenze sanitarie aziendale con indicazione delle modalità di gestione del trasferimento/trasporto.

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

**PRIORITA** Prevenzione e gestione del rischio infettivo.

PRIORITA' Verifica a campione della corretta gestione della farmacoterapia.

**PRIORITA** Mortality Morbility meeting: anche a seguito del corso per Facilitatori, utilizzare questo strumento per il confronto delle pratiche/indicatori in uso in azienda con lo standard di riferimento.

PRIORITA<sup>\*</sup> Monitoraggio della Pratica Sicurezza Paziente sulla corretta disinfezione delle mani.

PRIORITA' Corso di formazione sull'uso del defibrillatore non automatico.

**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

E' operativo un Gruppo per la Gestione del Rischio Clinico, coordinato dal Clinical Risk Manager, supportato da varie figure professionali con il ruolo di facilitatori, recentemente ri-formati, integrato con le funzioni strategiche dell'azienda. Il gruppo si è dato un piano di attività discusso e definito il 14.03.2024, e si è riunito per un aggiornamento semestrale il 17.07.2024 con attestazione di recepimento delle Linee guida e buone pratiche. In data 15.05.2024 il presidio è stato sottoposto a verifica di accreditamento in riferimento "Allegato A DM 19.12.2022, DGRT 1150 del 09.10.2023" che prevede numerosi requisiti di area del rischio clinico, con esito positivo. Nel luglio 2024 implementazione della cartella clinica elettronica con relativa formazione agli operatori sanitari.



N. Ricoveri **1503**N. giornate di degenza **5803**N. prestazioni ambulatoriali sia per interni che per esterni **7857**(di cui n. **225** prestazioni di

chirurgia ambulatoriale)



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

		Degii	aiazioiii,	ioro gestion	сса	COTAT	ia G	GILL	(veuere	tabella sottost	ante).		
ambito	descrizione	sottodescrizione	indicatore	ошио	responsabile	obiettivo	2022	2023	aggiornamento periodico semestrale 2024	note	aggiornamento periodico semestrale 2024-anno	note	obietívi 2025
e CRM	gestione segnalazioni	Analisi tempestiva degli eventi segnalati	A eventi sentinella; B eventi avversi; C non conformità; D infortuni del lavoro; E aggressionilviolenza contro operatore	presa in carico ed analisi	CRM e GRC	trend temporale decremental e degli eventi	2	2	A = 0; B=af; C=; D= E=;	identificazione 12/03 > audit; rottura mezzo di sintesi 13/05 > M&M	A = 0; B=6; C =; D= E= 1;	B: 1 rottura divaricator 1402> audit 12024; 2 erratis somministrazione e identificazione 1203 > audit 22024; 3 rottura mezzo di sintesi 1305 > M&N 12024 4 erratis somministrazione e identificazione 5605 > audit 32024; 5 allontamento accidentale paziente 10/10 > audit 4/2004 6 mancata somministrazione > audit 5/2024 7/2024 rottura di contro operatore 6 AZIONI: 46 CHIUSE	decrementale degli event avversi Verifiche periodiche gestione farmaci
			Cadute del paziente in ospedale per 1.000 giornate di degenza	monitoraggio	operatori sanitari	< 1,0/1000	20 -	9 - 1,8/1000 gg	3 ricadute = 3,6 x 1000 giornate		n.19/5803 gg di cui 3 ricadute = 3,3/1000 gg. Lesioni minori n. 2, nessuna lesione n. 17. 42% orario 20 7; 37% orario 7-13 (incremento orario notturno rispetto 2023). 10% no scala di Conley per problemi al passaggio della cartella informatizzata.		svolgere M&M tra personale infermieristico su cadute e attenzionare scale di prevalutazione del rischio
rischio clinico e CRM			TOTALE segnalazioni incident reporting		CRM e GRC	trend temporale decremental e degli	22	11	17		26		trend temporale decrementale degli event avversi
Gruppo gestione risc	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 uff. formazione	continua			in previsione. Preventivato. Inviato elenco		. Iniziato Corso Facilitatore Venneri 17/12/2024 con formazione incident reporting regionale . Corso Sicurezza delle cure GVM Campus, Bolcato	Iniziato Corso Facilitatore Venneri 17/12/2024 con formazione incident reporting regionale Corso Sicurezza delle cure GVM Campus Dott. Bolcato	Incremento utilizzo della piattaforma di segnalazione regionale https://sigre.sanita.toscar a.it/
		audit e patient safety walk around			CRM e GRC	PSWA ≥1 audit con RCA o FMEA ≥4	1	1	14/03/2024		12/11/2024	pswa 2 E AUDIT 5: OB. 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			. PO S5 prev suicidio emessa e formazione in data 29.05.2024 . Allegato al piano GGRC: Attestazione e recepimento raccomandazioni	da predisporre: Riconcillazione; sepsi	. Aggiornata PO Gestione del rischio (recepito aggiornamento eventi sentinella) e emessa PO 56 ricognizione riconciliazione della terapia . Allegato al piano GGRC: Attestazione e recepimento raccomandazioni	M&M = 1 OB, NON RAGGIUNTO sepi prevaltatione C.I.O; continuo C	.aggiornamento procedure datate 2018. predisporre: Riconciliazione; sepsi. .M&M ≥2
		richieste di risarcimento e elenco sinistri		analisi		trend temporale decremental e	/	8 sinistri: 3 PTG; 1 PTA; 1 artrodesi di alluce; 1 artrodesi vertebrale; 2 infezioni	. 1 sinistro protesi		9	4 PTG, 3 PTA; 1 caviglia; 1 gomito di cui 3 infezioni	trend temporale decrementale
	documentazione clinica	corretta redazione		FAD controllo a campione	CRM, GRC e DIR		-	-			luglio 2024 introduzione cartella informatizzata e		
-	farmaci e STU	Corretta gestione dei farmaci ad alto rischio	PSWA near miss o EA / anno	check in corso di PSWA controllo cartelle	SAN operatori sanitari	100%	-	100%	presentati risultati delle interviste tra pari (Claudia Romani, tesi master) tema gestione	Invio tramite indirizzo di posta elettronica della PO-53 Protocollo di gestione delle soluzioni concentrate di potassio a tutto il personale	relativa formazione /		100%
		farmacovigilanz	n. segnalazioni/ 1000		operatori	0/1000	0	0	della terapia	infermieristico.	0		0/1000
		a dispositivo	giornate n. segnalazioni/ 1000		sanitari operatori sanitari	0/1000	3	0	0		0		0/1000
		vigilanza gestione farmacoterapia	giornate near miss o EA / anno	check in corso di PSWA	sanitari operatori sanitari	trend temporale decremental e	0	1	. incontro coord. infermieristico e personale 07/06/2024 Presentati risultati delle interviste tra pari (Claudia Romani, tesi master) tema gestione della terapia farmacologica . 2 near miss/EA		4 near miss/EA		incontri training coord. infermieristico
	corretta identificazione utente e dell'operatore		near miss o EA / anno	controlli periodici PSWA	operatori sanitari	100%	-	1	controllo periodico		2 near-miss/ EA: controllo periodico		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		DIR SAN	0 NC	0 NC	0 NC	150 sacche richieste, 85 trasfuse su 1020 ricoveri e su 37 pazienti 8,3%, 65 rese, 16 zero neg richieste e rese, 0 non conformità		,		0 NC
		SSCL surgical safety checklist	conformità campione SSCL	monitoraggio tramite controllo a campione di cartella clinica		100% 0 NC			J		/		100% 0 NC
	area infezioni	infezioni	% infezioni/anno	monitoraggio	con CIO	ICA in area ortopedica < 6%, infezioni periprotesic he < 2%*	-	-	riunito il 02.2024 per competenze 2023		riunito il 22/01/2025 per competenze 2024	. rammentate indicazioni emesse dalla Dir San sull'uso di DPI e precauzioni prevenzione infezione . monitoraggio legionella e validazioni sale operatorie	< 6%
		Consumo di soluzioni detergenti	Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza	monitoraggio	DIR SAN con CIO	oms 20 L/1000			consumo 31,281		consumo 37,4/1000 gdo		standard OMS 20 L/1000 GDO
		lavaggio mani	/minimo OMS	controlli periodici monitoraggio	DIR SAN con CIO	GDO > 95%			controllo periodico adesione lavaggio mani 90% sala operatoria 92,5% degenze 97% ambulatorio; Report mani nude	Mani nude: criticità unghie e monili	controllo periodico adesione lavaggio mani. 92,5%		> 95%, incremento monitoraggio nel primo semestre 2025



In particolare, i *Patient safety walk around* ha previsto la valutazione della diffusione e applicazione delle Buone Pratiche, rilievo a campione e mediante intervista della pratica di igiene delle mani, di gestione e conservazione dei farmaci, identificazione con braccialetto dell'utente e con cartellino del personale, cartellonistica informativa, verifica delle uscite di sicurezza, gestione delle contenzioni, gestione degli stupefacenti.

#### Attività specifica di formazione e aggiornamento

- o Corso ECM "Sicurezza delle cure", GVM Campus, a cura del Dott. Bolcato
- O Avvio del Corso Facilitatore programmato per il 2024, a cura del Dott. Venneri, con formazione anche all'utilizzo del portale regionale di segnalazione (incident reporting e cadute).
- o È stata attuata con specifico corso di formazione al personale sanitario la Raccomandazione Ministeriale n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale" con specifica procedura PO-55 di identificazione del rischio di comportamenti autolesivi e prevenzione del suicidio in pazienti ricoverati.

#### Attività integrate e multidisciplinari

- o 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.
- o 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.
- o Recepimento delle rilevazioni svolte dalla Direzione Operativa sui tempi medi di chiusura e consegna in copia conforme della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate (vedasi Documento di Riesame semestrale alla Direzione e Carta dei Servizi).
  - o Discussione con RAQ delle segnalazioni di non conformità trattate e risolte.
- o URP: una 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

- o Compilazione del questionario su portale Agenas per il monitoraggio del recepimento delle raccomandazioni ministeriali di prevenzione di eventi sentinella nel marzo 2024.
- o Compilazione del questionario su portale Agenas per la rilevazione dello state dell'arte relativo al DM 19.12.2022 nel novembre 2024.
- o Aggiornamento della procedura per recepimento delle nuove indicazioni sugli eventi sentinella luglio 2024.
- o Aggiornamento al 31.12.2024 dello stato di recepimento delle Raccomandazioni e buone pratiche.

#### Stato delle azioni correttive/di miglioramento

Avviate 6 azioni, di cui 4 completate:

6. Re-training sulla corretta gestione della farmacoterapia a cura del Coord.



Infermieristico, chiusa relativamente al primo semestre

- 7. Predisposizione del registro delle segnalazioni, chiusa
- 8. Predisposizione del registro AC/AM, chiusa
- 9. Definizione di Istruzione operativa sulla gestione degli allarmi, chiusa nel gennaio 2025.
- 10. Re-training sulla corretta gestione della farmacoterapia, procedura prevenzione delle cadute e gestione paziente confuso, a cura del Coord. Infermieristico: in avanzamento secondo semestre.
- 11. Revisione programmata della procedura della profilassi pre-operatoria: in avanzamento dopo discussione in sede di Comitato Infezioni Ospedaliere.

## Considerazioni e opportunità di miglioramento per l'anno 2025

Oltre a ribadire il valore della segnalazione delle *deviazioni* che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente, quale opportunità di conoscenza, approfondimento, confronto e quindi di complessivo miglioramento, i dati del 2024 pongono l'accento su alcuni ambiti. Sono riportati di seguito in ordine di priorità rispetto alla tabella soprariportata.

**PRIORITA** Procedure e raccomandazioni: definizione e diffusione della procedura di Prevenzione e gestione della sepsi e riconciliazione terapia.

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

**PRIORITA'** Training continuo periodico: definizione e documentazione da parte del Coord. Infermieristico di incontri in piccoli gruppi per retraining sulle procedure aziendali e buone pratiche relative alla farmacoterapia.

**PRIORITA** Prevenzione e gestione del rischio infettivo.

**PRIORITA** Verifica a campione della corretta gestione della farmacoterapia.

**PRIORITA** Mortality&Morbility meeting: anche a seguito del corso per Facilitatori, utilizzare questo strumento per il confronto delle pratiche/indicatori in uso in azienda con lo standard di riferimento.

**PRIORITA** Monitoraggio della Pratica Sicurezza Paziente sulla corretta disinfezione delle mani.

PRIORITA<sup>c</sup> Monitoraggio del consumo di gel idroalcolico per la corretta disinfezione delle mani.

**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