



Risk Management

Relazione annuale consuntiva su eventi avversi e azioni di miglioramento anno 2025

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

PREMESSA

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha sancito "la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute", ha definito ruoli e aperto nuovi e sfidanti scenari. In questa nuova fase tutti i soggetti istituzionali di riferimento (il Ministero della Salute, Agenas, l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni e il loro coordinamento per il Rischio Clinico nell'ambito della Commissione Salute) sono stati chiamati ad esercitare il proprio ruolo per la diffusione della cultura della sicurezza, l'elaborazione di strategie e architetture organizzative basate sui contesti e i bisogni locali e l'introduzione di metodi e strumenti per la gestione del rischio.

Con la presente relazione, in recepimento di quanto previsto dall'art. 2 comma 5 della legge n. 24 del 8 marzo 2017, sono rappresentati a consuntivo gli eventi avversi registrati nel corso del 2025 presso la Casa di Cura e di Riposo San Luca e vengono brevemente sintetizzate le azioni messe in atto per prevenirne l'accadimento.

La Clinica, a partire dal 2020 con l'insediamento del nuovo Direttore Sanitario, ha implementato un programma di Risk Management in cui la gestione del Rischio Clinico procede in parallelo e in sinergia con il Sistema Qualità Aziendale, con l'intento di conseguire un miglioramento continuo della qualità delle cure, la riduzione dei rischi correlati all'assistenza, l'appropriatezza dei percorsi e la soddisfazione degli Utenti.

In quest'ottica è stato implementato un sistema di Incident Reporting e di sensibilizzazione degli Operatori alla segnalazione volontaria.

La funzione di Risk Management è in capo alla Direzione Sanitaria, che ha adottato una policy di coinvolgimento di tutti gli Operatori della Clinica, ciascuno secondo le proprie competenze e qualifica e ha istituito un team di Referenti interni per la Qualità e la gestione del Rischio Clinico.

STANDARDS DI RIFERIMENTO

Gli items verificati nel processo di assessment e gli obiettivi di miglioramento derivano dai requisiti del "Manuale di Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della Regione Piemonte" 2012; da quanto normato nelle "Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte del dicembre_2023, nella D.D. Codice A1400B n. 2005 del 28 dicembre 2023 "Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025", nonché dagli "Standard Joint Commission International (JCI) per l'Accreditamento degli Ospedali" (Manuale JCI VI, in vigore da 2017 e VII edizione, in vigore da 2021).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E DEFINIZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO

A partire dal mese di maggio 2020, con cadenza biennale, viene predisposto un documento sintetico di assessment, relativo alla gestione della Qualità e del Rischio Clinico, che traccia lo status quo circa l'applicazione di linee guida/buone norme e il rispetto degli standard di sicurezza delle cure, così come il raggiungimento degli obiettivi precedentemente prefissati in tema di Buone Pratiche e gestione del Rischio Clinico. Le tabelle di assessment vengono completate con l'indicazione per ciascun item delle azioni di miglioramento ritenute opportune e della loro priorità; i Piani di



Risk Management

Relazione annuale consuntiva su eventi avversi e azioni di miglioramento anno 2025

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

Miglioramento per il biennio successivo e i relativi cronoprogrammi vengono definiti sulla base di tali indicazioni.

Il reassessment di Clinical Governance, status quo a dicembre 2025, con relative azioni di miglioramento per il biennio 2026-2027 è stato emesso il 30/12/2025 e il cronoprogramma 2026 del conseguente Piano di Miglioramento è in fase di diffusione al momento della presente relazione.

Analogamente, anche il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) a novembre 2023 aveva predisposto un proprio documento di assessment e il “ Piano_Miglioramento_2024-2025_CIO”, i cui aspetti di carattere prioritario vengono recepiti nel Piano di Miglioramento generale. A seguito delle attività svolte nel corso del 2024 e nei primi mesi del 2025 sono mutate le priorità precedentemente stabilite. Il Comitato ha pertanto stabilito di anticipare il re-assessment inizialmente previsto per i mesi di ottobre-novembre e di definire una serie di Indicatori specifici per monitorare l'attività del Comitato . Il documento di assessment e gli Indicatori sono stati validati nella Riunione del CIO del 10 luglio 2025.

All'inizio di ogni anno viene predisposto e condiviso con gli Operatori della Clinica il cronoprogramma per la realizzazione delle attività di miglioramento relative all'anno in corso.

Il Piano di Miglioramento 2024-2025 prevedeva eminentemente attività di verifica, quale naturale evoluzione del precedente lavoro di definizione/revisione di norme e standard procedurali.

Particolare rilevanza viene riservata al controllo del rispetto degli IPSG (International Patient Safety Goals)

SELF-ASSESSMENT DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: NOTIFICA

La Clinica San Luca implementa la piattaforma nazionale per la rilevazione dei dati aziendali relativi al DM 19/12/2022 – Sicurezza delle cure di cui all'Allegato A del citato DM (Piattaforma implementata ed invio in Regione 16 ottobre 2025)

Sempre nell'ambito della Sicurezza delle Cure, viene implementata la Piattaforma delle Check Lists Agenas Aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza delle Cure e la prevenzione degli Eventi Sentinella (Invio validato dal Validatore Regionale il 22 settembre 2025)

Dal dicembre 2024 inoltre, nell'ambito del Programma Regionale di rischio clinico- Regione Piemonte - ASL TO5 - Survey 2024, viene implementata la piattaforma europea EUSurvey.

La Clinica implementa le piattaforme nazionali di segnalazione degli Eventi Sentinella, Dispositivo-Vigilanza e Farmaco-Vigilanza.

FONTE DEI DATI - MONITORAGGIO

Le situazioni di Rischio di maggior rilevanza sono oggetto di Audit Clinici pianificati nel Piano di Audit annuale, che prevede di norma anche l'esecuzione di Re-Audit per la verifica dell'attuazione delle azioni correttive o del rinforzo dei punti di forza riscontrati.

Come da Piano di Miglioramento e a seguito degli Audit Clinici è stata definita una serie di Indicatori di processo e/o di esito da monitorare nel tempo con cadenza trimestrale /semestrale e/o annuale.

Informazioni sulle fonti di rischio e segnalazioni derivano anche dall'analisi dei questionari di Customer Satisfaction e in particolare dai campi liberi dedicati in essi presenti. Tali questionari rappresentano una rilevante fonte di dati; nel 2025, ad esempio, nelle Degenze, il questionario dedicato è stato restituito compilato dal 23,03 % dei pazienti.

La revisione del documento aziendale di riferimento, la IQSL_0926 “Gestione del Rischio Clinico” è stata emessa il 22-agosto-2025. L'aggiornamento recepisce quanto normato nel “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” emesso dal Ministero della Salute nel luglio 2024 e



Risk Management

Relazione annuale consuntiva su eventi avversi e azioni di miglioramento anno 2025

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

contestualizza le azioni di miglioramento nel processo di Clinical Governance implementate a partire dall'emissione della Istruzione Qualità. Nel documento sono normate le modalità di segnalazione all'interno della Clinica e sono parimenti esplicitate le modalità utilizzo del modello di segnalazione aziendale "Mod_Dir_San_0049 – Segnalazione Near-Miss / ES -2022". Vengono accettate e analizzate anche le segnalazioni pervenute con altra modalità scritta.

REPORT SEGNALAZIONI 2022-2025

Nella tabella seguente vengono riportati in sintesi i dati relativi alle segnalazioni pervenute nel corso del 2025 e nel triennio precedente.

Tabella – Incident Reporting Aziendale 2022-2025

	Tipologie di eventi segnalati								TOTALE
	NEAR MISS	EVENTO AVVERSO	SEGNALATI SU Mod_Dir_San_0049	CADUTA ACCIDENTALE	CADUTA RIPETUTA	AGGRESSIONE AD OPERATORE SANITARIO	EVENTO SENTINELLA	ICA	
2022	0	1	0	20	1	0	0	0	22
2023 (al 20 dicembre)	0	2	0	24	2	0	0	0	28
2024	3	4	0	10	0	0	0	0	17
2025	12	1	3	8	0	0	0	0	21
Totale	15	8	3	62	3	0	0	0	88

"RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO" - Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4, c. 3

Nella tabella sono indicati, in forma aggregata, suddivisi per anno, il numero dei sinistri esitati in risarcimento danni, con i relativi importi complessivi e la quota a carico della Clinica San Luca (CSL).

ANNO	N. SINISTRI LIQUIDATI	TOTALE IMPORTI LIQUIDATI	QUOTA A CARICO CSL
2021	0	€ na	€ na
2022	2	€ 39.230,52	€ 0
2023	0	€ na	€ na
2024	1	€ 160.632	€ 16.621
2025	2	€ 7.500	€ 5.000



Risk Management

Relazione annuale consuntiva su eventi avversi e azioni di miglioramento anno 2025

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

PRINCIPALI AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI 2025

Nel corso del 2025 sono state effettuate le azioni di previste nel cronoprogramma del Piano di Miglioramento 2024-2025 per l'anno in esame. In particolare, è proseguita l'opera di emissione/aggiornamento dei documenti aziendali di riferimento, sono stati effettuati gli Audit Clinici programmati e sono stati calcolati gli Indicatori definiti. A seguito del riscontro di scores inferiori alla soglia stabilita per gli Indicatori di Igiene ambientale è stato effettuato un Audit straordinario dedicato; parimenti un Audit straordinario è stato condotto a seguito di segnalazioni negative ripetute nei campi liberi dei questionari di customer satisfaction per quanto riguarda la ristorazione ospedaliera.

E' stato raggiunto un rilevante stato di avanzamento del processo di revisione della modulistica componente la Cartella Clinica quale strumento di Handover per la trasmissione sicura di informazioni cliniche fra operatori sanitari all'interno del Reparto e nel cambio del setting assistenziale. E' proseguita la sperimentazione di nuovi modelli per la gestione e tracciabilità della terapia farmacologica. E' giunta a regime l'implementazione della scheda di rilevazione dei parametri per l'intercettazione precoce dei segnali di deterioramento clinico ai fini della tempestiva attivazione dell'emergenza clinica. Il corretto utilizzo degli strumenti di handover è stato oggetto di valutazione sistematica.

Sono state utilizzate le schede revisionate per la segnalazione delle cadute per l'ambito di ricovero e ambulatoriale e sono state messe in atto le misure strutturali per la prevenzione delle cadute definite negli Audit relativi.

La Clinica ha partecipato alle riunioni del CoBUS (Comitato Buon Uso del Sangue) sovraziendale.

Particolare attenzione è stata dedicata alla Restituzione del dato, che si ritiene mandatoria per la sensibilizzazione e il coinvolgimento degli Operatori. Al proposito, nel mese di settembre è stato somministrato un questionario conoscitivo mirato a valutare la fruibilità della Cartella Informatizzata condivisa Qualità, in cui vengono rese accessibili le norme aziendali di riferimento, le relazioni sintetiche sull'andamento della gestione dell'IPSG_5, i report sintetici relativi al calcolo degli Indicatori, i rapporti di Audit di interesse collettivo, le relazioni sull'analisi della qualità percepita e ogni altro documento di interesse generale. Gli aggiornamenti della cartella informatizzata vengono segnalati agli Operatori tramite e-mail. La presenza della cartella informatizzata in sostituzione della precedente diffusione cartacea, consente una maggior capillarità nella diffusione dei documenti e rappresenta a sua volta uno strumento di contenimento del rischio, limitando l'evenienza che vengano utilizzate revisioni non più in vigore.

Nella Cartella condivisa è stato reso disponibile un breve documento informativo per contestualizzare le azioni di contenimento del rischio clinico e la gestione dell'Incident Reporting all'interno della Clinica.

Con cadenza semestrale viene condivisa con gli Operatori una sintesi dell'andamento del piano di Miglioramento.

I report derivanti dall'analisi dei questionari di Customer Satisfaction vengono attualmente condivisi semestralmente con gli Operatori della Clinica e con gli Stakeholders ed utilizzati ai fini del rafforzamento dei punti di forza e messa in atto di opportuni correttivi.

L'andamento delle azioni di controllo del Rischio Infettivo viene periodicamente discusso in sede di CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e una sintesi viene condivisa con gli Operatori della Clinica con cadenza trimestrale.



Casa di Cura
e di Riposo
SAN LUCA

Risk Management
**Relazione annuale consuntiva su eventi avversi e azioni di
miglioramento anno 2025**

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

Eremo di Pecetto, 12 febbraio 2026

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale – AQ