CASA DI CURA
ERETENIA

Prot.08-2026-DS

Vicenza, 26 gennaio 2026

RELAZIONE RISCHIO CLINICO, SICUREZZA DELLE CURE ED INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA ANNO 2025

1. *Introduzione*
2. *Assetto Organizzativo*
3. *Modalità applicative*
4. *Raccomandazioni Ministeriali*
5. *Misurazioni e Monitoraggio dei rischi: segnalazione degli eventi avversi e quasi eventi 2025*
6. *Valutazione Rischio Legionella*
7. *Attività Comitati*
8. *Rilevazione qualità percepita*
9. *URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico*
10. *Obiettivi 2026*

1 – INTRODUZIONE:

Il Risk Management rappresenta l'insieme delle azioni destinate a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza del paziente favorendo lo sviluppo di una cultura sanitaria che ponga particolare attenzione al paziente ed agli operatori sanitari.
La sicurezza dei pazienti è una responsabilità dei professionisti, che nella loro azione quotidiana debbono impiegare tutti gli strumenti opportuni per comprendere le cause degli eventi avversi ed adottare conseguentemente le azioni correttive necessarie per prevenirne la ripetizione.
Per affrontare gli eventi avversi, è necessario adottare strategie che agiscono su vari fattori, quali: la comunicazione, tra operatori e tra operatori e pazienti, il comportamento del paziente, quale scarsa adesione al trattamento terapeutico, l'operato del personale e gli aspetti organizzativi delle unità operative.
I sistemi di reporting degli eventi avversi sono strumenti fondamentali per approfondire le cause ed i fattori scatenanti, basandosi sul principio dell'imparare dall'errore.
E' essenziale, quindi, inserire nei documenti di programmazione aziendale strategie mirate a promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, assicurandosi che siano adeguatamente diffusi.
In ossequio alla Legge 8 marzo 2017 n. 24 la Casa di Cura Eretenia Spa ha tra gli adempimenti operativi anche la predisposizione annuale di una relazione sugli eventi avversi verificatisi nella Struttura Sanitaria, sulle cause che hanno prodotto tali eventi e sulle conseguenti iniziative messe in atto adottando nelle valutazioni e conseguenti decisioni una politica pro attiva e non punitiva.

2 - ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE:

La gestione del Rischio Clinico e del contenzioso derivato da Medical Malpractice, viene affrontata nell'ambito della gestione del rischio clinico con la collaborazione di diversi settori della Struttura Sanitaria quali:
Il Responsabile delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente o Risk Manager, funzione svolta dal Direttore Sanitario Dott. Edoardo Vanzetto.
Il Responsabile dell'Ufficio Legale Avv. Francesco Pasquino.
L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Responsabile Dott.sa Paola Galvan
Il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza.
Il Comitato Valutazione Sinistri.
Gli incidenti rilevati e le eventuali richieste di risarcimento andranno conseguentemente discussi nel suddetto Comitato.

Compito della Direzione Sanitaria, di concerto con gli uffici suddetti, è quello di dare attuazione al processo di miglioramento continuo della qualità mediante:

1. Valutazione Eventi Avversi attraverso lo strumento dell'Incident Reporting atto a segnalare gli eventi avversi propriamente detti nei quali si è verificato un danno ed i Near Miss o eventi evitati nei quali la situazione non è seguita da danno al paziente e/o alla Struttura.
   La segnalazione degli eventi avversi e dei near miss va ricompresa nella cultura della sicurezza e non nella colpevolizzazione dell'operatore sanitario coinvolto. Tale processo è quindi punto importante nella prevenzione dell'errore.
2. Definizione di una mappa dei rischi attraverso la rilevazione statistica nelle varie aree della Struttura Sanitaria anche mediante incontri di audit.
3. Controllo e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza mediante un processo di formazione continua del personale con adozione dei protocolli sull'antibiotico terapia.
4. Sensibilizzazione alle più comuni metodiche di prevenzione anche nei confronti dell'utenza esterna afferente alla struttura.
5. Attento monitoraggio del trattamento e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prodotti all'interno della Struttura Sanitaria.
6. Adozione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza del paziente e monitoraggio della loro effettiva applicazione in tutti i Servizi e le Unità Operative.
7. Raccolta ed analisi delle segnalazioni e reclami degli utenti da parte dell'URP quale strumento di miglioramento continuo mediante una interazione tra operatori, utenza interna ed esterna.

3 – MODALITÀ APPLICATIVE:

1. Disamina della documentazione sanitaria con attività istruttoria delle pratiche di concerto con gli altri uffici facente parte dei Comitati;
2. Assistenza ai Sanitari per l'eventuale stesura di relazioni su casi clinici oggetto di contestazione;
3. Espressione di parere in merito alla valutazione del percorso assistenziale e all'applicazione di protocolli in essere presso la struttura;
4. Inserimento dei dati degli eventi avversi e nears miss nel portale Regionale GRSC;
5. Programmazione di audit;

4 - RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI:

Il Ministero della Salute ha elaborato e diffuso una serie di "Raccomandazioni" per garantire la sicurezza delle cure, con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari informazioni relative nelle condizioni particolarmente pericolose, che potrebbero causare danni gravi o fatali ai pazienti.
Nel corso degli anni, il Ministero ha emesso 19 raccomandazioni, 15 delle quali adottate in Casa di Cura Eretenia, attraverso la redazione di specifiche istruzioni operative pubblicate nell'intranet aziendale con l'obiettivo di garantire un'applicazione efficace ed omogenea in tutte le Unità Operative.
La loro applicazione viene periodicamente monitorata anche attraverso il questionario annuale AGENAS.
Le 4 raccomandazioni non adottate all'interno della Casa di Cura sono determinate dall'assenza dell'offerta sanitaria contemplata in esse.
Il monitoraggio avviene:

- tramite la metodologia dell'**autovalutazione**, con la compilazione di apposite chek list predisposte dall'AGENAS, con la collaborazione dei componenti Comitato di Risk Management e di tutte le Coordinatrici Infermieristiche. Tale metodica permette di effettuare un'analisi interna del grado di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali identificando i punti di forza e le aree di possibile miglioramento.
- Valutazione annuale relativa all'evento dannoso.

Le Raccomandazioni oggetto di monitoraggio tramite check list durante l'anno 2025 sono state:

- IO-DS-36 Racc. n. 13 Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie.
- IO-DS-24 Racc. n. 1 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Kcl ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio.
- IO-DS-68 Racc. n. 3 Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura.
- Chek list di Sala Operatoria

5 - MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI RISCHI: SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E QUASI EVENTI REPORT 2025:

La segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene comunicata alla Direzione Sanitaria da parte di tutto il personale della Casa di Cura Eretenia, Medici, Infermieri, Operatori Sanitari ed Amministrativi tramite lo strumento dell'Incident Reporting.
La Direzione Sanitaria a sua volta alimenta un sistema di segnalazione regionale GRSC (Gestione Rischio Clinico) ed interna mediante comunicazione ai Comitati.
La gestione delle segnalazioni permette al Risk Manager di identificare i pericoli ed i rischi potenziali identificando le aree che possono presentare punti di debolezza.

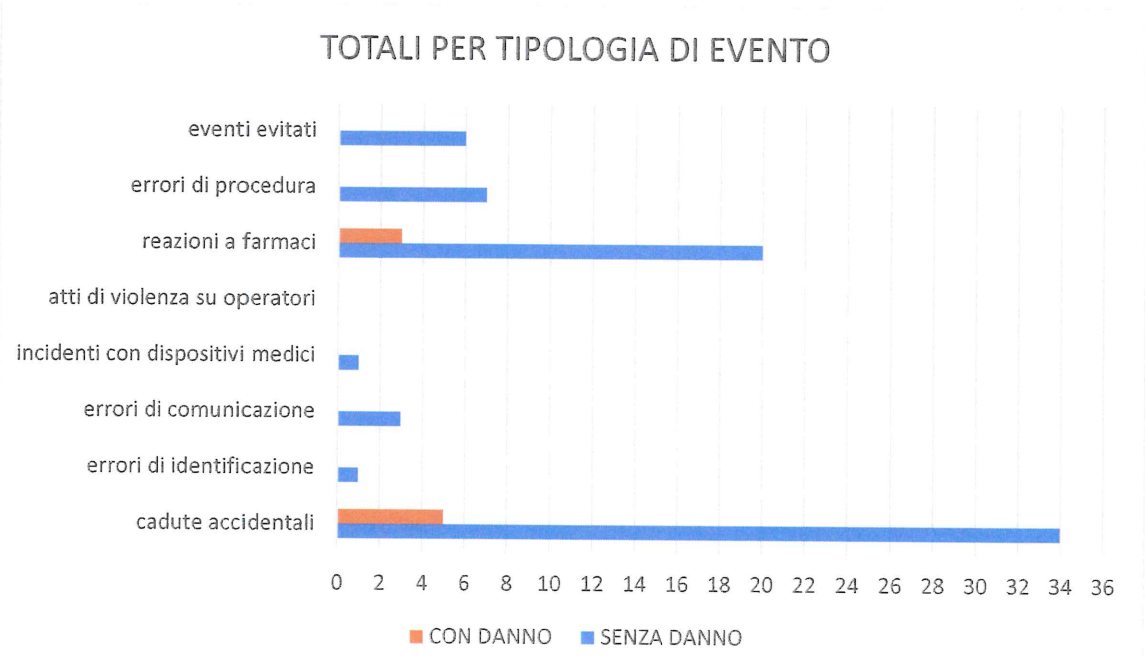
Le segnalazioni pervenute tramite l'Incident Reporting nell'anno **2025** sono state le seguenti:

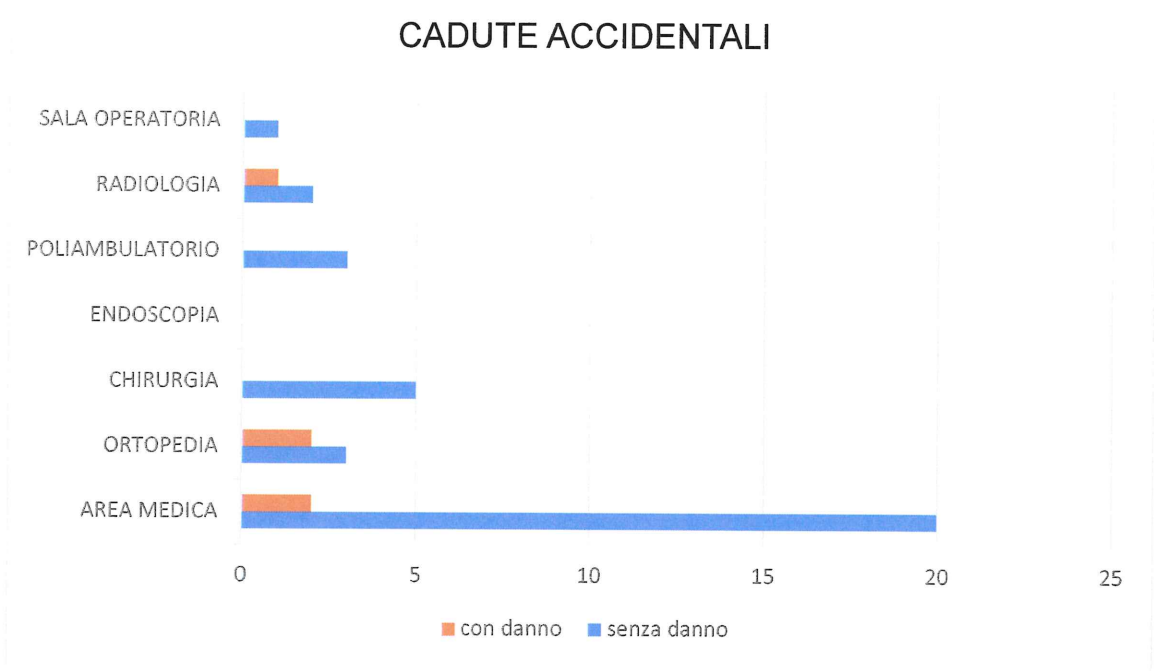
TOTALI SEGNALAZIONI N.: 79

Eventi sentinella:0
Eventi con danno: 8
Eventi senza danno:71

Di cui:

- 39 cadute
- 0 errore di identificazione
- 3 errore di comunicazione
- 1 incidenti con dispositivi medici
- 0 atto di violenza su operatore
- 23 reazione a farmaci
- 7 errore di trattamento/procedura
- 6 eventi evitati





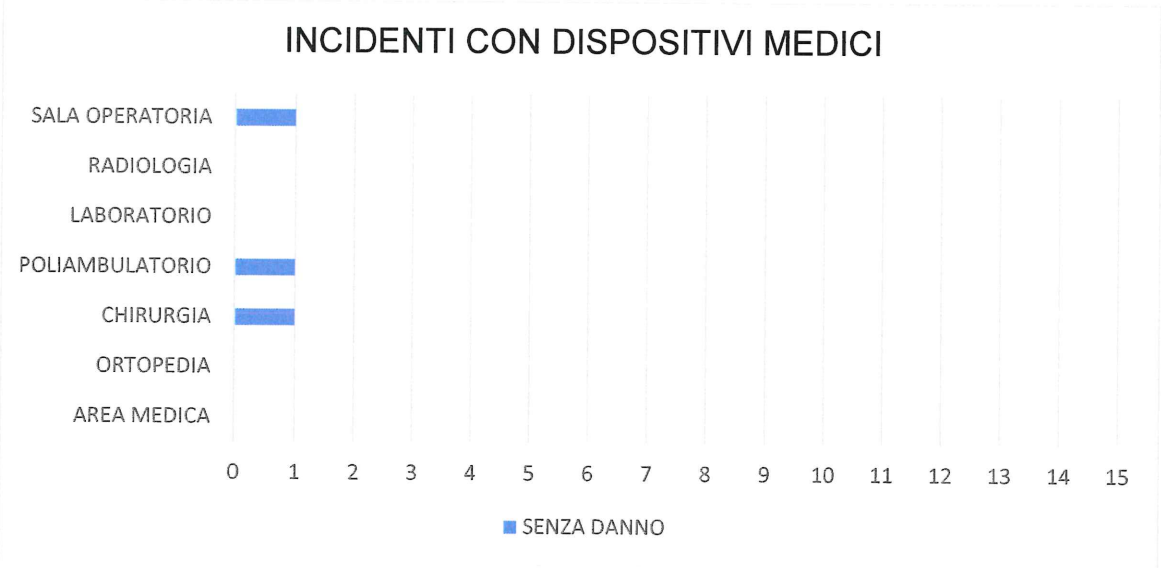
Tot. eventi 2024: 26 (23 senza danno e 3 con danno)
Tot. eventi 2025: 39 (34 senza danno e 5 con danno):
L'analisi delle cadute nelle aree di degenza, in particolare nell'area medica, sono state determinate dall'età avanzata del paziente che rende talvolta difficile la collaborazione dello stesso in assenza del caregiver e da movimentazione spontanea dell'ammalato anche in presenza di dispositivi atti al contenimento.
I danni riportati a seguito di cadute accidentali sono sempre stati considerati lievi.



Tot. eventi 2024: 1
Tot. eventi 2025: 0
Nell'anno 2025 non ci sono stati eventi.

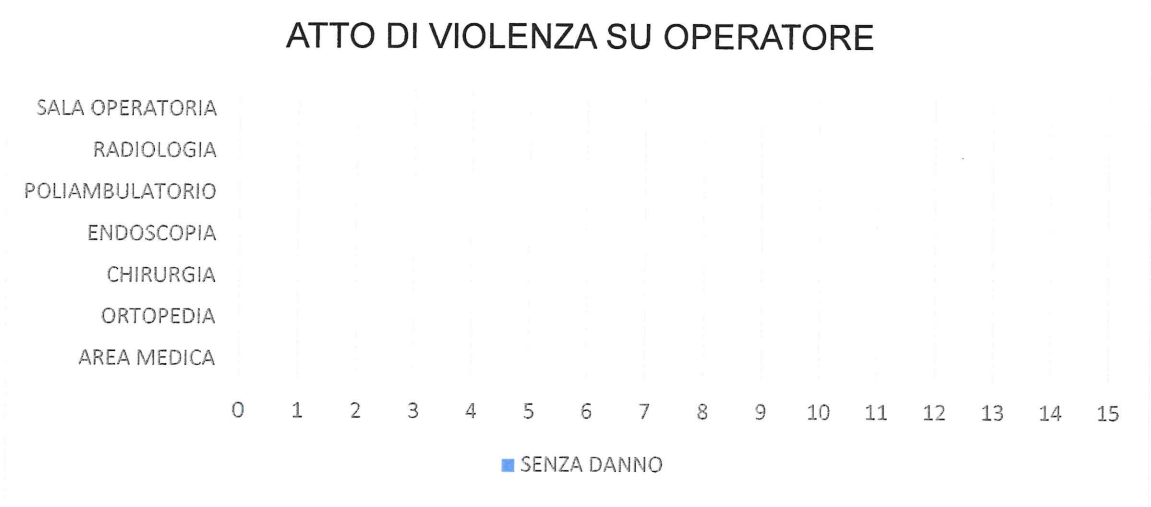


Tot. eventi 2024: 1
Tot. Eventi 2025: 3
Tali errori si sono con concretizzati in errate informazioni su documentazione cartacea. Tali errori sono stati sempre identificati interrogando il paziente.

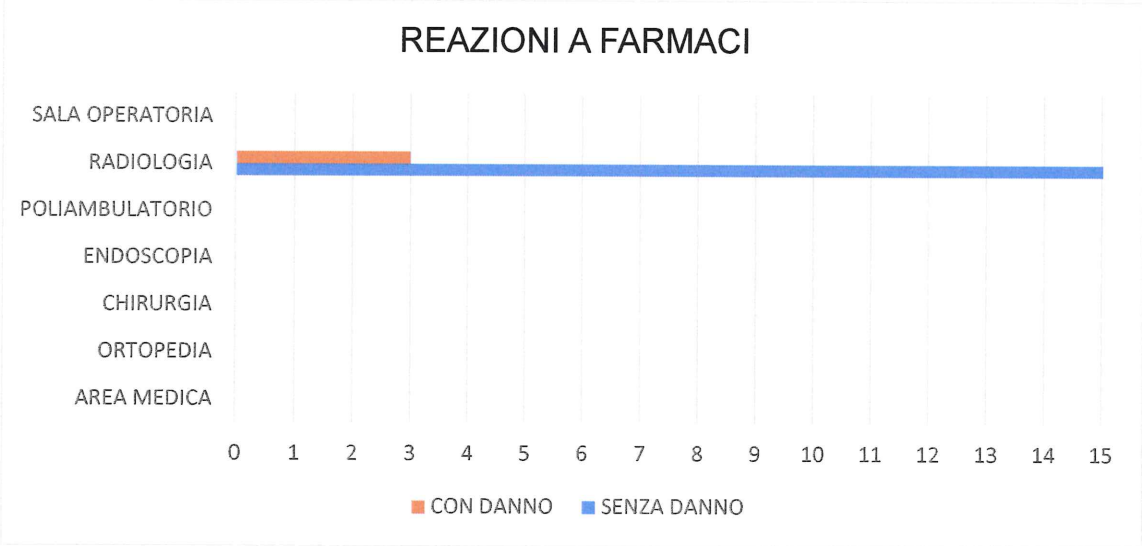


Tot. eventi 2024: 5
Tot. Eventi 2025: 1:

L'incidente è stato determinato dal mal funzionamento del reggi gamba del letto operatorio prontamente riparato.

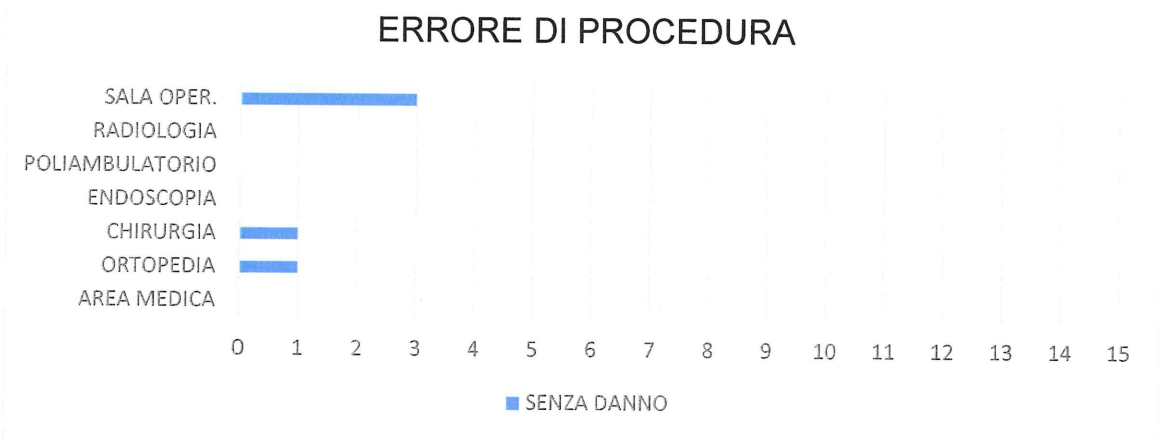


Tot. eventi 2024: 1
Tot. eventi 2025: 0
Nell'anno 2025 non ci sono stati eventi.



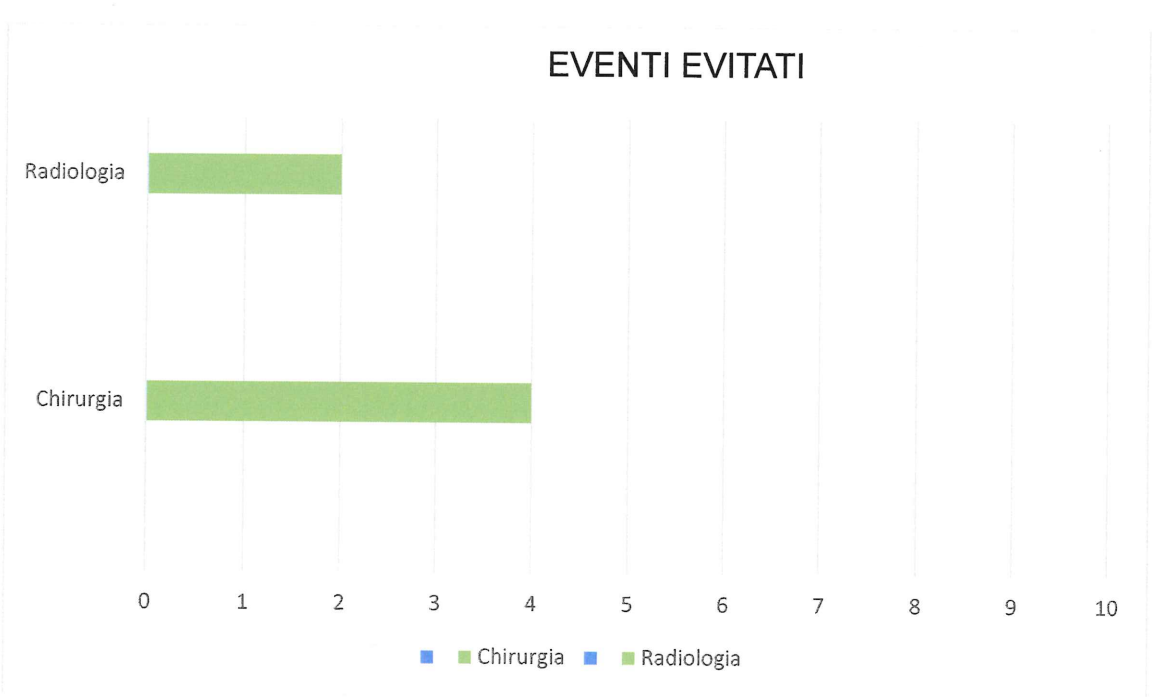
Tot. eventi 2024: 10
Tot. eventi 2025: 23

Reazione a Mezzo di Contrasto in radiologia. La sintomatologia è consistita in una transitoria situazione di prurito tale da necessitare l'impiego di un antistaminico o cortisone.



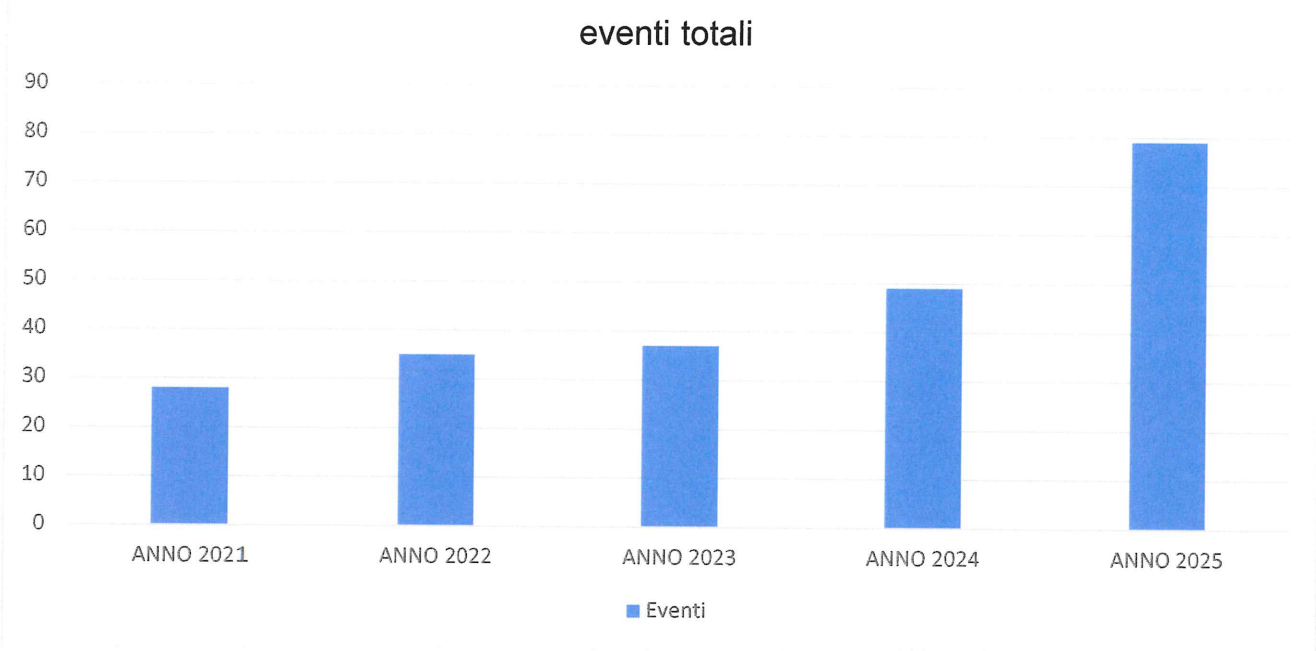
Tot. eventi 2024: 1
Tot. Eventi 2025: 7

Gli errori di procedura si sono verificate per mancata osservanza della procedura sul corretto smaltimento di dispositivi taglienti e/o pungenti e nelle medicazioni per i vari interventi chirurgici.



Nell'anno 2025 c'è stata una buona segnalazione anche degli eventi evitati.
Si sono intercettati tali eventi mediante un'adeguata ed attenta valutazione anamnestica che ha permesso di identificare allergie e/o idiosincrasie a materiali normalmente impiegati.

ANDAMENTO INCIDENT REPORTING DALL'ANNO 2021 AL 2025



L'aumento delle segnalazioni evidenziate nel corso degli anni 2024 e 2025 è secondario ad aumentata consapevolezza nella prevenzione del rischio clinico ottenuta anche mediante corsi di aggiornamento appositi.

Tale fatto dimostra l'applicazione di una politica partecipativa ed uno spirito pro-attivo diffuso tra il personale dipendente e libero professionista.

6 - VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA:

Nell'anno 2025 si è proceduto all'aggiornamento del Documento di valutazione del rischio Legionella nei vari punti di approvvigionamento idrico.

Tale valutazione ha evidenziato alcune criticità con cariche batteriche elevate in alcune fonti ove l'utilizzo risulta minore o assente (bagni di stanze non utilizzate frequentemente).

La carica microbica è stata ricondotta anche in tali sedi nella norma a seguito di applicazione di procedure igienico sanitarie.

Il monitoraggio è in costante applicazione

7 - ATTIVITÀ DEI COMITATI:
Risultano operativi i seguenti Comitati:

Comitato Prevenzione Infezioni Ospedaliere;
Comitato Risk Management;
Comitato Buon Uso del Sangue COBUS.

Durante l'anno 2025 sono stati convocati due volte i Comitati con la presenza di tutti i componenti trattando nelle singole riunioni le seguenti tematiche:

Comitato Prevenzione Infezioni Ospedaliere – CIO:

- Protocollo Legionella: monitoraggio parametri
- Sorveglianza di Laboratorio sui Germi Sentinella e monitoraggio resistenze batteriche
- Monitoraggio consumo antibiotici- Nuovi Protocolli Regionale per la terapia antibiotica delle infezioni urinarie adulti e bambini e delle polmoniti acquisite in comunità
- Valutazione incidenza infezione sito chirurgico
- Infezioni protesiche: interventi correttivi post -chirurgici
- Valutazione controlli processo di sterilizzazione: verifica processo

Comitato Risk Management:

- Valutazione eventi avversi ed individuazione della necessità di eventuali nuovi protocolli
- Aggiornamento Protocolli relativi alle Raccomandazioni Ministeriali
- Organismo di verifica e controllo liste d'attesa DPCM 25-06-25; applicazione delle priorità e delle liste d'attesa con rispetto dell'ordine cronologico, salvo motivazioni sanitarie
- Dispositivi e presidi antincendio
- Determinazioni tematiche corsi di aggiornamento

COBUS:

- Monitoraggio consumo sacche componenti ematiche
- Aggiornamento Protocollo Albumina: parametri per l'utilizzo dell'albumina
- Modifica esami del sangue pre-operatori
- Trasporto emoderivati: contenitore idoneo

8 - RILEVAZIONE QUALITÀ PERCEPITA:

La Direzione Sanitaria in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico al fine di valutare la qualità percepita dall'utenza, elabora, a seguito della somministrazione di questionari, un report sulla base del quale propone e condivide nuove modalità operative e comportamentali.

Dati 2025:
Nel corso dell'anno 2025 sono stati somministrati dei questionari nelle Unità Operative con i seguenti Items:

1. tempo di attesa agli sportelli per la prenotazione e l'accettazione;
2. orari di apertura degli sportelli al pubblico;
3. comportamento degli operatori agli sportelli
4. comportamento degli operatori nei reparti
5. modalità di informazione fornite agli sportelli e dal personale di reparto;
6. valutazione delle zone di attesa;
7. valutazione della pulizia dei servizi igienici;
8. valutazione della pulizia delle camere;
9. valutazione dell'assistenza medica ricevuta;
10. valutazione dell'assistenza infermieristica ricevuta;
11. valutazione del servizio di ristorazione;
12. valutazione del tempo trascorso dalla prestazione alla consegna della risposta;

Sono stati restituiti n. **393** questionari debitamente compilati sui quali è stata eseguita analisi statistica.

RISULTATI:

Complessivamente le valutazioni degli utenti per i vari Items sono risultati molto soddisfacenti con aree di miglioramento del tempo di attesa agli sportelli e della valutazione delle zone di attesa laddove vi è un elevato turn-over pazienti.

Modello M-19-56:LA TUA VOCE PER UNA SANITÀ MIGLIORE:

Consegnato ai pazienti degenti in Medicina/Cardiologia/FKT, Ortopedia e Chirurgia Generale e Specialistica.

Sono stati restituiti 510 questionari:
98 medicina/FKT
235 chirurgia generale
177 ortopedia

RISULTATI:

- Coinvolgimento del paziente da parte dei Professionisti nelle scelte relative al percorso di cura: 85,50% spesso, 8,50% sempre 6% mai: risultato considerato POSITIVO
- Informazioni ricevute da parte dei Medici-Infermieri-Oss durante il ricovero ed al momento della dimissione: 68% abbastanza chiare, 32% completamente chiare. Tutti comunque dichiarano di aver ricevuto informazioni.
- Accoglienza in reparto: ricevuta al 98,50% con gentilezza, il 1,50 % con poca gentilezza.
- Valutazione complessiva della struttura:
  65,50 % OTTIMA
  33,00 % Buona
  1,50% Sufficiente

Obiettivi di miglioramento 2026:
Proseguimento monitoraggio della qualità percepita.
L'anno 2025 ha visto la realizzazione di corsi legati alle modalità di comunicazione rivolte sia agli addetti in front office che alle Capo Sala.
Tali corsi si intendono reiterare anche per l'anno 2026.

9 - URP:

l'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP ha la funzione di:

1. Raccogliere osservazioni, suggerimenti, elogi e lamentele per disservizi e per comportamenti giudicati scorretti da parte del personale;
2. Fornire informazioni e orientare l'utenza sul corretto utilizzo dei servizi offerti dalla Casa di Cura e sull'applicazione delle procedure coinvolgenti l'Utenza esterna.

Le segnalazioni all'URP possono venire presentate mediante:

- comunicazione scritta e firmata su carta libera ovvero su format presente nel portale della Casa di Cura.;
- segnalazione telefonica ad apposito numero con personale dedicato;
- esposizione verbale diretta agli operatori dell'accoglimento.

Le segnalazioni sono trasmesse per conoscenza alla Direzione Sanitaria la quale richiede una relazione scritta ai diretti interessati sulla base della quale la stessa Direzione Sanitaria predispone di concerto con la Responsabile dell'URP risposta scritta al segnalante.
Tale relazione viene completata non oltre i 30 giorni dall'inoltro della segnalazione all' URP.

La presentazione delle segnalazioni può avvenire da parte di:

1. diretto interessato;
2. congiunti o affini al diretto interessato;
3. associazioni ed organismi di volontariato purchè accreditati presso la Regione Veneto.

SEGNALAZIONE URP ANNO 2025:

Sono pervenute nel 2025 n. 19 segnalazioni così distribuite:
n. 4 di oculistica
n. 2 di radiologia
n. 4 di ortopedia
n. 3 di chirurgia
n. 2 di urologia
n. 1 di endoscopia
n. 1 di ginecologia 2
n. 1 di cardiologia ambulatoriale
n. 1 di dermatologia

Sostanzialmente le segnalazioni possono essere raggruppate pur con lievi variazioni nelle seguenti categorie:

- n. 8: solleciti di interventi già in lista d'attesa
- n. 3: lamentele su inesattezze/non conformità referti
- n. 4: lamentele su prestazioni non ritenute adeguate
- n. 4: contestazioni amministrative

10 - OBIETTIVI 2026:

- Implementazione incontri con Comitati al fine di migliorare costantemente la pratica sanitaria per ridurre il rischio delle infezioni legate all'assistenza;
- Raccomandazione ai Clinici sull' applicazioni delle buone pratiche cliniche e delle linee guida su antibiotico terapia e buon uso del sangue ed altri emo componenti.
- Valutazione dell'utilizzo della strumentazione in relazione all'attività sanitaria al fine di definire un miglioramento del rapporto costo-utilizzo e costo-beneficio, con applicazione delle metodiche di HTA.
- Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in termini di setting e codifica, con valutazione del NAC interno e costante rapporto con il NAC Aulss 8 Berica, anche attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro per la futura adozione del nuovo sistema di codifica IC D10 CM.

CASA DI CURA ERETENIA SPA
Il Direttore Sanitario -Risk Manager
Dott. Edoardo Vanzetto