

RELAZIONE DI ATTIVITÀ
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE

Anno 2025

RELAZIONE DI ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE 2025

PIANO AZIENDALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2026-2027

RELAZIONE DI ATTIVITÀ

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE

ANNO 2025

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE.....	2
COMUNICAZIONE.....	5
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITÀ.....	6
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE.....	9
IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI.....	18

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

Attività organizzative di coordinamento, attuazione, supervisione e valutazione della gestione del rischio clinico a livello aziendale.

G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)	Nel 2022 con la delibera del DG n.871 del 29/9/2022 "Riorganizzazione del sistema aziendale di gestione del Rischio clinico e aggiornamento nomine Referenti del rischio clinico e composizione dell'Unità di Gestione del rischio" è stata formalizzata la nuova organizzazione aziendale per la gestione del rischio clinico, basata su un modello a rete, con identificazione delle varie responsabilità; sono state inoltre aggiornate le nomine dei referenti del rischio clinico di tutte le SC/SSD e la composizione dell'UGR. Con la Delibera n. 806 del 5/9/2024 "Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2024-2025 e altri provvedimenti inerenti i Referenti del Rischio Clinico" è stato definito che i <i>Link professionals</i> si identificano con i referenti del rischio, salvo diversa indicazione da parte della struttura di appartenenza e che l'elenco dei referenti è tenuto aggiornato dalla SC Governo clinico e Risk management. Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5 La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali. La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza della politica di gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (<i>Lean organization</i>). Il modello organizzativo della gestione del rischio è articolato in quattro momenti: identificazione dei rischi, analisi dei rischi tramite strumenti dedicati, azioni di miglioramento e follow-up. La logica "NO BLAME" e la natura non sanzionatoria del Risk Management favoriscono l'emersione degli errori e dei quasi errori, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.
G2 Gruppo Operativo UGR G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2025 G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	Con la delibera annuale di approvazione del Piano biennale viene definito il piano delle risorse per garantire gli standard di sicurezza previsti. L'UGR si è riunita in plenaria una volta nel 2025 (17 giugno); il gruppo operativo UGR ha lavorato ai singoli progetti a piccoli gruppi in presenza, videoconferenza o via email, collaborando in particolare alla stesura del documento Carmina. I componenti partecipano anche alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali. I Referenti del rischio clinico sono stati incontrati più volte nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e agli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet, la posta elettronica e un sistema di messaggistica istantanea.
G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico	Gli obiettivi in materia di gestione del rischio clinico del 2025 sono stati esplicitati nella riunione plenaria dell'UGR del 17 giugno 2025 e nella delibera 733/2025 del 07/08/2025 "Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2024 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2025-2026": 1. Mantenimento attività di benchmarking con altre aziende sanitarie attraverso il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore S. Anna 2. Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica

	3. Supporto e coordinamento per l'adesione al network Bollino Rosa per il biennio 2026-2027 4. Supporto accreditamento di eccellenza S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva 5. Formazione e implementazione operativa cartella clinica elettronica (OB 2025) 6. Monitoraggio qualità documentazione sanitaria (PS e Ortopedia) (OB 2025) 7. Personalizzazione e Implementazione software per la gestione del rischio clinico e la gestione documentale (taleteweb) 8. Creazione GDL e programmazione attività per il miglioramento della sicurezza diagnostica 9. Creazione fascicolo personale informatizzato 10. Monitoraggio mensile comportamenti e percorsi con lo scopo della prevenzione delle ICA (OB 2025) 11. Elaborazione vademecum su iter giudiziario in caso di aggressioni 12. Elaborazione cartellonistica per la prevenzione delle aggressioni rivolta ad utenti ed operatori sanitari 13. Pubblicazione e condivisione procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari 14. Organizzazione Giornata nazionale di educazione violenza ai sanitari (12 Marzo) 15. Organizzazione Giornata mondiale Igiene delle mani (5 maggio) 16. Organizzazione Giornata mondiale Sicurezza dei pazienti (17 Settembre) 17. Elaborazione/revisione di PL, PDTA, procedure, ecc (KCI, vittime di violenza, Iniezioni intravitreali, esami microbiologici su protesi, screening MRSA/MSSA) 18. Osservazione diretta su igiene mani e uso dispositivi 19. Partecipazione alla redazione del PEIMAF (OB 2025) 20. Supporto all'organizzazione della formazione per MMG (OB 2025) 21. Proseguimento monitoraggio ferita del sito chirurgico 22. Introduzione monitoraggio ICA in terapia intensiva (OB 2025) 23. Supporto alla SC Anestesia e Rianimazione nell'elaborazione di regolamento per la gestione delle liste di attesa operatorie (OB 2025) 24. Supporto alla SC Anestesia e Rianimazione nell'elaborazione di regolamento di comportamento nel BO (OB 2025) 25. Supporto a DMPO per indizione ed espletamento corso sulla corretta compilazione delle SDO rivolto al personale medico incaricato della compilazione delle Schede di dimissione (OB 2025) 26. Sensibilizzazione e formazione professionisti sul tema dei sinistri e la corretta compilazione della documentazione sanitaria alle Strutture, nell'ambito del corso di formazione della CCE (OB 2025) 27. Progetto fascicolo personale informatizzato formazione: studio di fattibilità per l'alimentazione del fascicolo personale del dipendente (OB 2025)
G4 Eventi avversi / quasi eventi G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR	Nel 2025 sono stati ricevuti 42 Incident Reporting relativi a eventi avversi/near miss nell'ambito delle seguenti procedure: Identificazione 4 Prestazione assistenziale 2 Procedura chirurgica 4 Procedura diagnostica 7 Procedura informatica 4 Procedura terapeutica 5 Procedura trasfusione 2 Procedura farmacologica 4 Trasporti 3 Utilizzo dispositivi 1 Altro 6 Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento. • Aggiornamento e diffusione del PL aziendale potassio, introduzione soluzioni precostituite di Sali di potassio Incontri di refresh per tutti i reparti su PL aziendale potassio • Predisposizione di busta pre-stampata per la catena di trasporto extra sede dei campioni biologici • Installazione allarme porte • Modifiche informatiche, gestionali per lo screening mammografico • Elaborazione e diffusione brochure informativa per gli utenti sulla gestione dell'ossigeno terapia domiciliare • Ripristino invio copie cartacee esami istologici in pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale • Cartellonistica per obitorio • Miglioramento dell'impaginazione della stampa dei dati di laboratorio order entry Whale

	• Elaborazione procedura crash informatico • Correzione errore anagrafico • Controlli sierologici degenti • Raccomandazioni agli operatori sulla gestione di richieste di prelievo (Bb) • Elaborazione modulo standard richiesta autopsia ed esame istologico su feto più placenta • Raccomandazione agli operatori su gestione paziente con “quantiferon” positivo • Refresh sulle procedure di invio in sala operatoria • Intervento di verifica e correzioni stampe di referti di consulenza • Refresh procedura trasfusionale • Raccomandazioni agli operatori di consultorio sulla procedura di approvvigionamento e conservazione vaccini • Standardizzazione format passaggio di consegne mediche • Revisione procedura screening preoperatorio per stafilococco aureo • Raccomandazioni su gestione multidisciplinare su paziente acuto complesso • Raccomandazioni su prevenzione allontanamento spontaneo di pazienti da PS • Raccomandazioni su gestione in Ps di pazienti con dolore addominale acuto • Condivisione modalità operative consegna referto istologico, biopsia mammaria • Definizione modalità di prevenzione errori diagnostici in paziente con sospetto ictus • Definizione percorso pazienti TIA ricorrente • Definizione percorso pazienti con colecistite acuta
G4.2 Misurazione cadute	Monitoraggio Eventi Avversi Cadute: viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giornate di degenza). Il monitoraggio annuale 2025 ha evidenziato una riduzione del tasso/1000 giornate di degenza da 1,68 a 1,53/1000 giornate di degenza.
G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)	Lesioni da pressione: monitoraggio area medica 2025, tasso/1000 giornate di degenza: stazionario (0,32/1000 GDO)
G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)	Dati CIO 2025: <u>Attività di formazione:</u> Corso base della durata di 5 ore in presenza, accreditato per tutte le professioni sanitarie (6,5 crediti ECM) che partendo dall’epidemiologia delle ICA e dalle infezioni derivate da MDRO, ha illustrato le buone pratiche, le precauzioni standard ed aggiuntive, il sistema di prevenzione e controllo aziendale fino ai bundle per la prevenzione delle ICA, alle tecniche corrette per i prelievi diagnostici culturali, alla lettura e l’interpretazione dell’antibiogramma ed al riconoscimento/gestione precoce della sepsi; incontri per piccoli gruppi su richiesta delle strutture di degenza tra i professionisti e l’Infermiera ICI (Infermiera Controllo Infezioni) per il consolidamento delle buone pratiche (training on the job) (vedi anche par. F1) <u>Attività di monitoraggio</u> si è articolata su 4 fronti: 1. le infezioni correlate all’assistenza: lo studio di prevalenza condotto dal 3 al 24 dicembre 2025 in tutte le strutture di degenza dell’ospedale S. Andrea e S. Bartolomeo, ha arruolato un totale di 291 pazienti con una prevalenza di ICA inferiore alla media nazionale. 2. il monitoraggio del gel idroalcolico: ha mostrato un trend in lieve aumento 3. la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico: ha evidenziato la necessità di facilitare il processo di reporting per migliorare l’affidabilità dei risultati 4. Il monitoraggio dell’adesione degli operatori sanitari nei reparti di degenza alla buona pratica dell’igiene mani si è articolata in 3 sessioni di rilevazione e ha valutato 3 item correlati: adesione all’igiene mani con l’utilizzo della scheda OMS, consumo soluzione idroalcolica e tasso di operatori sanitari in assistenza diretta con mani conformi. Tale rilevazione ciclica ha

G4.5 Altre misurazioni	permesso di fornire i feedback sui risultati intermedi sviluppando strategie di miglioramento per il raggiungimento degli standard previsti dall'OMS. Allontanamenti spontanei: nel 2025 sono stati registrati 7 allontanamenti di pazienti dal reparto di degenza. Segnalazione Aggressioni. Gli episodi segnalati sono stati 65, così distribuiti: Pronto Soccorso 16, Aree di degenza 16, Ambulatori 14, Dipartimento Salute Mentale 15, Altro 4. L'aggressione è stata prevalentemente verbale (61 casi) e fisica (3casi), contro la proprietà (1 caso). Le aggressioni sono state a carico di infermieri nel 67% dei casi, di medici nel 15% e di altri operatori nel 18% dei casi. L'aggressore è stato più frequentemente il paziente. Altre misurazioni relative alla sicurezza delle cure sono state raccolte nell'ambito di 2 tesi di laurea svolte dagli studenti del CdL in Infermieristica – Unige (Polo della Spezia) sull'utilizzo in PS del PS tracker, sul delirium in area medica, sull'alarm fatigue e sulla compassion fatigue.
G5 Eventi sentinella G5.1 Misurazione eventi sentinella	Nel 2025 è stato registrato 1 evento sentinella.
G6 Gestione sinistri G6.1. Misurazione sinistri	La gestione dei sinistri avviene in linea con il protocollo regionale (DGR n. 102 del 31/01/2014).
G7. Programmi strutturati di benchmarking	L'azienda attua programmi strutturati di confronto al proprio interno mediante certificazione aziendale da parte di ente terzo a livello del dipartimento dei servizi (SS.CC. Radiologia, Medicina nucleare, Patologia clinica, Immunoematologia e servizio trasfusionale, SSD Neuroradiologia e SSD Laboratorio specialistico di tossicologia) e del dipartimento oncologico (SC Fisica sanitaria, SC Anatomia Patologica e SC Radioterapia). Nel 2025 è stato eseguito un <i>benchmarking</i> esteso a tutte le strutture attraverso gli indicatori del PNE. Il report PNE 2025 ha messo in evidenza performance - alte e molto alte, superiori alla media nazionale in indicatori quali mortalità a 30 giorni dopo ricovero per Intervento per cancro del colon, Infarto miocardico acuto, Scompenso cardiaco, Insufficienza renale cronica; STEMI: proporzione di casi trattati con PTCA entro 90 minuti - buone per gli indicatori dell'ambito nosologico Gravidanza-Parto (proporzione di tagli cesarei primari, di parti vaginali dopo taglio cesareo, di episiotomie durante parto vaginale) - prossime alla media nazionale, in indicatori quali la mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus cerebri o broncopneumopatia cronica ostruttiva -in miglioramento anche la proporzione di fratture di femore operate entro 48 ore.

COMUNICAZIONE

Modalità di comunicazione all'interno dell'azienda, verso altre aziende verso le istituzioni regionali e nazionali

C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle	Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet, dalla mail
---	--

informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente	aziendale e da una chat whatsapp dei referenti del rischio clinico e coordinatori sanitari. Per quanto riguarda la comunicazione esterna, l'Azienda ha esplicitato le metodologie di informazione in materia di rischio clinico per cittadini e pazienti in un documento pubblicato sul sito ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate nei reparti e servizi (es. rischio di infezioni correlate all'assistenza, rischio di errori di identificazione, rischio cadute in ospedale). Il rappresentante nell'UGR dei cittadini/pazienti partecipa assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali. Inoltre nel 2025 il Risk Management ha prodotto, in collaborazione con l'ufficio stampa e le altre funzioni aziendali interessate, comunicati internet, servizi su stampa e TV locale in occasione della Giornata Nazionale contro la violenza a danno degli operatori sanitari, della Giornata Mondiale per l'igiene delle mani, della Giornata Mondiale per la sicurezza dei pazienti
C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio, presenti in ogni reparto/dipartimento e postati sulla chat whatsapp. Contenuti particolari vengono diffusi con incontri ad hoc rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti.
C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	La diffusione di procedure/protocolli/istruzioni operative approvate, buone pratiche, campagne di sensibilizzazione e decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo avviene via email, inviate dal Risk Manager ai referenti del rischio clinico e/o ai componenti dei vari gruppi di lavoro e/o a tutti gli operatori, a seconda della rilevanza dell'argomento in termini di rischio. L'Azienda verifica l'efficacia della comunicazione adottata rispetto a procedure, protocolli e istruzioni operative per alcuni aspetti annualmente, per altri ogni 2-3 anni (es. annualmente, lavaggio delle mani, cadute; ogni 2-3 anni armadio farmaci, check-list carrelli emergenza).
C4 Debito informativo aziendale	Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e cadute, flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali e DM 19 dicembre 2022).
C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico	Nel corso del 2025 è stata eseguita una valutazione delle informazioni fornite ai cittadini/pazienti dagli operatori sanitari durante i percorsi diagnostici. Sono state raccolte le risposte di 958 cittadini. L'informazione sulle ipotesi diagnostiche è stata giudicata buona dal 68.19% dei cittadini, sui segni/sintomi di allarme dal 61.08%, sulle modalità per contattare il medico dal 55,12%, da migliorare la verifica della comprensione delle informazioni fornite.
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	La valutazione della cultura della sicurezza viene eseguita ogni 3 anni; l'ultima valutazione insieme a quella del benessere organizzativo è stata eseguita nel 2023 sul personale del comparto, nell'ambito di uno studio, promosso dall'Università di Genova. Tale valutazione ha evidenziato un miglioramento rispetto alla precedente e rispetto al campione regionale e nazionale relativamente ad item quali il lavoro di squadra, la sostenibilità del lavoro, il benessere psicologico. Durante il 2025, sono stati ricevuti dall'URP 97 elogi/encomi/ringraziamenti.

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITÀ

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2024	Il piano formativo aziendale prevede ogni anno un progetto formativo in materia di rischio clinico in linea con i fabbisogni locali e le linee di indirizzo regionali. Nel 2025 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico: <table><tr><th>CORSO</th><th>N. EDIZIONI</th><th>N. PARETECIPANTI EFFETTIVI</th><th>DURATA IN ORE</th><th>N. CREDITI AD EDIZIONI</th></tr><tr><td>BLSD</td><td>30</td><td>462</td><td>05:00</td><td>8</td></tr><tr><td>PBLS</td><td>8</td><td>123</td><td>05:30</td><td>7,4</td></tr><tr><td>TRATTAMENTO DATI PERSONALI DEGLI UTENTI DI ASL 5 DA PARTE DEGLI AUTORIZZATI</td><td>10</td><td>424</td><td>03:30</td><td>3</td></tr><tr><td>INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA MODULA A (su piattaforma EDUISS)</td><td>7</td><td>1543</td><td>08:00</td><td>10,4 ASSEGNATI DA EDUISS</td></tr><tr><td>INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA- MODULO B (in presenza)</td><td>15</td><td>981</td><td>03:15</td><td>4,2</td></tr><tr><td>INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-MODULO C (FAD piattaforma ASL5)</td><td>1</td><td>1689</td><td>03:00</td><td>3</td></tr><tr><td>LA GENTILEZZA NELLE ATTIVITA SANITARIE</td><td>1</td><td>612</td><td>05:00</td><td>5</td></tr><tr><td>IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA</td><td>20</td><td>624</td><td>05:00</td><td>6,5</td></tr><tr><td>IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA: APPLICAZIONE SUL CAMPO</td><td>5</td><td>343</td><td>18:00</td><td>23,4</td></tr><tr><td>LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEI CONFLITTI</td><td>10</td><td>76</td><td>12:00</td><td>17,4</td></tr><tr><td>DAL RICOVERO ALLA SDO</td><td>1</td><td>43</td><td>05:00</td><td>5,6</td></tr></table>	CORSO	N. EDIZIONI	N. PARETECIPANTI EFFETTIVI	DURATA IN ORE	N. CREDITI AD EDIZIONI	BLSD	30	462	05:00	8	PBLS	8	123	05:30	7,4	TRATTAMENTO DATI PERSONALI DEGLI UTENTI DI ASL 5 DA PARTE DEGLI AUTORIZZATI	10	424	03:30	3	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA MODULA A (su piattaforma EDUISS)	7	1543	08:00	10,4 ASSEGNATI DA EDUISS	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA- MODULO B (in presenza)	15	981	03:15	4,2	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-MODULO C (FAD piattaforma ASL5)	1	1689	03:00	3	LA GENTILEZZA NELLE ATTIVITA SANITARIE	1	612	05:00	5	IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	20	624	05:00	6,5	IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA: APPLICAZIONE SUL CAMPO	5	343	18:00	23,4	LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEI CONFLITTI	10	76	12:00	17,4	DAL RICOVERO ALLA SDO	1	43	05:00	5,6
CORSO	N. EDIZIONI	N. PARETECIPANTI EFFETTIVI	DURATA IN ORE	N. CREDITI AD EDIZIONI																																																									
BLSD	30	462	05:00	8																																																									
PBLS	8	123	05:30	7,4																																																									
TRATTAMENTO DATI PERSONALI DEGLI UTENTI DI ASL 5 DA PARTE DEGLI AUTORIZZATI	10	424	03:30	3																																																									
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA MODULA A (su piattaforma EDUISS)	7	1543	08:00	10,4 ASSEGNATI DA EDUISS																																																									
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA- MODULO B (in presenza)	15	981	03:15	4,2																																																									
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-MODULO C (FAD piattaforma ASL5)	1	1689	03:00	3																																																									
LA GENTILEZZA NELLE ATTIVITA SANITARIE	1	612	05:00	5																																																									
IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	20	624	05:00	6,5																																																									
IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA: APPLICAZIONE SUL CAMPO	5	343	18:00	23,4																																																									
LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEI CONFLITTI	10	76	12:00	17,4																																																									
DAL RICOVERO ALLA SDO	1	43	05:00	5,6																																																									
F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	La valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure basate sulle raccomandazioni ministeriali avviene attraverso gli Audit interni effettuati dalla SSD Autorizzazione, Accreditamento e Qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, l'analisi degli <i>Incident reporting</i>, dei sinistri e dei reclami, il controllo diretto dei referenti del rischio clinico, la revisione delle cartelle cliniche e le visite alle strutture Il programma degli Audit interni dell'anno 2025, predisposto dalla Responsabile del Sistema di Audit, approvato dalla Direzione sanitaria e dalla Direzione sociosanitaria in data 03.02.2025, ha incluso 27 Strutture aziendali; nel corso dell'anno 2025 sono stati effettuati n. 26 audit su 27 programmati (99%) Dai rilievi emersi si evidenzia la necessità di sottoporre ad azioni di miglioramento le seguenti aree in qualche struttura: ☐ conoscenza ed utilizzo delle EBM nella pratica clinica ☐ rischio clinico: uso schede di segnalazione, SEA																																																												

	☐ informazioni all'utenza ☐ utilizzo verbale di formazione Si è notato che l'introduzione della cartella clinica digitale ha migliorato significativamente la compilazione della cartella clinica su tutte le Strutture degenziali oggetto di Audit, segnalato come "Punto di forza" su quasi tutte le strutture. Relativamente alle strutture certificate, sono state formulati i seguenti rilievi (OSS): necessità di documentare puntualmente ed estendere la rilevazione della Customer Satisfaction agli stakeholder interni; implementazione all'interno del SGQ con le valutazioni di impatto ambientale riportate nell'Addendum di febbraio 2024 (emendamento ISO 9001:2015/AMD 1:2024); corretta gestione della documentazione relativa alla cartella sanitaria, sia in formato cartaceo che digitale.
F3 Promozione dell'igiene delle mani	La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite: 1. tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser ecc.) 2. disposizione dei dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura). Nel 2025 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso i safety walk around dell'ICI, la distribuzione di portamonili ad uso personale per sensibilizzare gli operatori sanitari alla rimozione dei monili, la campagna di sensibilizzazione rivolta a operatori sanitari e cittadini, in occasione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani (5 Maggio 2025); premio 1° classificato prevenzione infezioni: assegnato alla SC Anestesia e Rianimazione
F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	L'introduzione di nuove tecniche e nuovi dispositivi di sicurezza avviene generalmente mediante incontri ad hoc con il personale. Nel 2025 è stata eseguita formazione on the job degli operatori sugli aspetti legati alla movimentazione manuale pazienti (tirocini pratici per l'uso degli ausili maggiori e minori in dotazione alle strutture).
F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	La valutazione del rischio di caduta viene effettuata per i degenti mediante scala di Conley, inserita in tutte le cartelle cliniche. In ambito psichiatrico viene invece utilizzata la scala Iprat. La prevenzione delle cadute è eseguita mediante l'educazione diretta del paziente e del caregiver, un'informativa (poster Cadute distribuito a tutte le SC/SSD) e la promozione di un ambiente sicuro (es. letti ad altezza regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc.).
F6 BLSD e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLSD/PBLS ogni 2-3 anni/operatore. L'intervallo è rispettato prevalentemente per gli operatori sanitari del DEA. Nel 2025 sono state eseguite 30 edizioni del corso BLSD (formati 462 discenti) e 8 edizioni del corso PBLSD (formati 123 discenti).
F7 Definizione profilo di competenza e sua valutazione	L'azienda ha esplicitato la spiegazione delle varie posizioni funzionali definendo le caratteristiche degli incarichi e delle connesse responsabilità, sia per gli incarichi professionali (incarico di altra professionalità) che gestionali (struttura semplice; coordinatori e posizioni organizzative). Doveri e responsabilità sono contenuti nei contratti e nei codici di comportamento. L'assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei direttori di Struttura complessa. Non esiste tuttavia una chiara <i>job description</i>, con l'eccezione delle strutture certificate. In queste strutture la valutazione delle competenze viene effettuata su apposita scheda tutte le volte che è ritenuto necessario (esempio: nuovi ingressi/nuove mansioni, introduzione di nuove metodiche diagnostiche o di nuove apparecchiature). Nel 2025 nelle more della messa a regime del nuovo sistema di

	valutazione della performance (SMVP) e dell'operatività dei nuovi criteri e procedure attualmente in definizione, si è proceduto alla valutazione della performance con l'applicazione delle consuete schede di valutazione della performance individuale per i lavoratori del comparto. Per i soggetti titolari di incarichi (ex-PO e coordinamento) come obiettivo individuale, uguale per tutti, è stata considerata la partecipazione al corso obbligatorio "Progettazione del sistema della performance aziendale e leadership".
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	Non esiste al momento un'istruzione operativa sulle modalità di educazione terapeutica al paziente e caregiver. Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SSCC/SSD.

SICUREZZA DEL PAZIENTE

APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE

Contestualizzazione delle raccomandazioni ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure aziendali e sviluppo di "Buone pratiche"

S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute			
S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico sito chirurgico	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)			
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []

	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI []	NO [X]
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI []	NO [X]
S1.11 Raccomandazione 11 – Gen. 2010 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []

S1.15 Raccomandazione 15 – Feb. 2013 Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.16 Raccomandazione 16--Apr. 2014 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Procedura aziendale (pubblicata raccomandazione) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 Riconciliazione della terapia farmacologica	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [x] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []

S.2 Sviluppo Buone Pratiche	
S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2025 effettuati 24 audit SEA su Incident Reporting. Nessun audit è stato accreditato ECM.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale	L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica, organizzata per sezioni e standardizzata su tutte le degenze . Tale documento include campi definiti per le allergie e la Scheda Unica di terapia (STU). Nel 2025, previa formazione residenziale e in associazione a formazione sul campo, in tutte le strutture di degenza è stata implementata la Cartella Clinica Elettronica (CCE) che rispetta tutti gli standard di sicurezza delle raccomandazioni ministeriali, acquisita con finanziamenti PNRR.
S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della	Annualmente il Sistema Qualità esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il Controllo di Gestione monitorizza l'utilizzo delle consulenze

cartella clinica S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario	informatizzate. Dal 2018 fino alla diffusione della CCE avvenuta nel 2025, tutte le SC/SSD di degenza hanno utilizzato la Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture eccetto Terapia Intensiva. Solo 4 strutture erano già dotate di CCE e quindi di STU elettronica. Controlli a campione sulla STU vengono eseguiti nel corso degli audit interni. La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. Il Sistema Qualità esegue controlli a campione sulle cartelle cliniche relativamente a check-list di sala operatoria e consenso a intervento chirurgico. Il Sistema Qualità segue annualmente controlli a campione anche dei consensi informati al trattamento sanitario. Nel 2025 è iniziato un processo di revisione dei consensi informati, per disciplina.
S2.3. Corretta identificazione del paziente	Tutti i pazienti afferenti le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotati di braccialetto identificativo. E' in fase di programmazione la implementazione del braccialetto identificativo in sala parto e per la sicurezza trasfusionale. Nel 2023 è stata diffuso un addendum alla procedura per la corretta identificazione del paziente in caso di decesso.
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Elaborazione/Aggiornamento PL, PR, IO: sono state aggiornati/elaborati i seguenti documenti: "IO percorso diagnostico gestione delle protesi articolari, mammarie, endovascolari e mezzi di osteosintesi: diagnosi microbiologica", "IO Screening attivo preoperatorio MRSA e MSSA, "addendum PL sorveglianza gestione del paziente sospetto/colonizzato da Candida auris", Manuale Bundles per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza con relativa distribuzione anche in formato da tavolo per ogni unità operativa di degenza. Inoltre vedi Paragrafo G4.4
S2.5. Igiene delle mani	Per la promozione dell'igiene delle mani vedi F3. L'adesione al lavaggio delle mani viene monitorato nelle strutture di degenza e non attraverso la misurazione del consumo di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza. L'azienda partecipa al sistema di monitoraggio nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di sanità. Nel 2024-2025 è stata effettuata anche la misurazione dell'adesione alla buona pratica igiene delle mani in tutte le strutture di degenza e per tutte le figure professionali Vedi anche paragrafo G4.4.
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Nel 2025 è proseguita l'applicazione delle attività degli anni precedenti (vedi F5).
S2.7. Prevenzione della contenzione fisica	La prevenzione della contenzione fisica si basa sull'utilizzo di una scheda che presenta criteri molto restrittivi e sulla prevenzione del delirium. Nel 2023 è stata elaborata una buona pratica sulla prevenzione della contenzione e la gestione del delirium ed è stata diffusa a oltre 300 operatori mediante 4 incontri.
S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	Il protocollo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione è stato sviluppato in area medica e in terapia intensiva e include indicazioni per identificare i soggetti a rischio, al fine di prevenire l'insorgenza di tali lesioni e uniformare l'attività infermieristica relativa alla prevenzione. Nel 2025, con l'obiettivo di mantenere elevati i livelli di prevenzione e gestione delle lesioni da decubito, è stato concordato nell'ambito delle Professioni Sanitarie, l'avvio di un obiettivo specifico per l'Area Medica-Oncologica volto alla formazione del personale del comparto sull'utilizzo delle nuove medicazioni avanzate. Tale intervento si è affiancato al consolidamento delle buone pratiche assistenziali già in atto, al fine di garantire il continuo miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza del paziente. Per i risultati del monitoraggio sulle LDP di nuova insorgenza vedi G4.3.

S2.9 Gestione del dolore	La gestione del dolore si basa su linee guida aziendali pubblicate su intranet. La scheda terapeutica unica universale contiene uno spazio dedicato per la terapia postoperatoria, fra cui quella analgesica. L'adesione al monitoraggio del dolore viene verificata con la revisione delle cartelle cliniche effettuata a campione durante gli audit del sistema Qualità.
S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	L'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali avviene ad opera di gruppi di lavoro multidisciplinari in risposta ad esigenze locali o indirizzi regionali o nazionali. I PDTA vengono redatti secondo un format aziendale disponibile presso la SSD Autorizzazione, Accreditamento e Qualità delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie, revisionati anche dal Risk Management per gli aspetti di pertinenza. Nel 2025 sono stati elaborati/aggiornati i seguenti PDTA: Riproduzione medicalmente assistita, Presa in carico per l'adolescenza nel DSM ed estensione interdipartimentale, Autismo ad alto funzionamento, Il percorso psicologico dell'adolescente in consultorio, Il percorso psicologico del minore in consultorio
S2.11 Percorso nascita	Il percorso nascita è sottoposto a monitoraggio annuale attraverso una serie di indicatori. Nel 2025 sono stati rilevati i seguenti indicatori: ➤ numero parti 639 ➤ tagli cesarei programmati 9% Consultori sede La Spezia: Prime visite 378; entro il primo trimestre 283 Partecipazione ai corsi parto: 174 gravide (accompagnamento alla nascita) Consultori sede Sarzana: Prime visite 116; entro il primo trimestre 103 Nido I neonati dimessi dal nido in allattamento materno esclusivo sono stati 392, di cui misto 87, artificiale 6. Sono state elaborate e diffuse le seguenti IO inerenti il percorso nascita: uso e compilazione del partogramma, MEOWS in ostetricia e PBM in ostetricia.
S2.12 Buone pratiche AGENAS	Nel 2025 non sono state inviate buone pratiche
S2.13 Controlli carrelli di emergenza	I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni del Sistema Qualità
S4.3 Monitoraggio percorso farmaci	Il percorso aziendale dei medicinali è informatizzato dal loro arrivo in azienda, a seguito di un ordine amministrativo, alla richiesta del reparto/paziente e fino alla consegna al paziente o al reparto. Dal 2019, il percorso, è stato implementato con la tracciatura relativa al numero di confezione per tutte le erogazioni effettuate al paziente, per la successiva assunzione al domicilio, ed anche per le erogazioni ospedaliere che avvengono tramite il magazzino centrale di Vincinella. Nel 2021 sono state aggiornate tutte le procedure della SC Farmacia e pubblicate su intranet. Nel corso del 2025 sono state effettuate 35 ispezioni da parte dei farmacisti ospedalieri presso i reparti. Le procedure/protocolli relativi a farmaci elaborate/aggiornate nel corso del 2025 sono state: Gestione degli antidoti e Soluzioni concentrate di potassio
S4.5 Monitoraggio percorsi campioni di materiale biologico	Il monitoraggio eseguito nel 2025 dalla SC Patologia Clinica ha rilevato: • campioni emolizzati 3,33% • campioni coagulati a 0.9% • campioni inadeguati per esami microbiologici 1.1% Il servizio immunotrasfusionale ha segnalato: • campioni non idonei per problemi di tipo informatico (0,43%) • campioni non idonei per problemi legati all'anagrafica del paziente o ai dati riportati sull'etichetta (0,07%) • campioni non idonei perché prelievo scarso/emolizzato (0,09%) • campioni non idonei per errori procedurali (0,14%).

	La S.C. Anatomia Patologica ha segnalato che nel primo semestre del 2025 sono state registrate 51 anomalie, corrispondente allo 0,77% delle accettazioni, su un totale di 6689 campioni istologici pervenuti. Nel secondo semestre del 2025 sono state registrate 44 anomalie, corrispondente allo 0.69% delle accettazioni, su un totale di 6558 campioni istologici pervenuti.
S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	Nel 2025 sui campioni di latte e omogeneizzato sono state effettuate le seguenti determinazioni: ☐ <i>Enterobacteriaceae</i> (metodo colturale-conta) ☐ Stafilococchi coagulasi positivi (metodo colturale-conta) ☐ <i>Salmonella spp</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) ☐ <i>Lysteria monocytogenes</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) I prelievi su tutte le superfici sono stati effettuati con piastre contact per le seguenti determinazioni: • Mesofili aerobi a 30 °C (conteggio colonie) • Muffe (conteggio colonie) e su metà delle superfici tramite tampone per la ricerca di: ☐ Virus Epatite A (RT PCR) ☐ Norovirus (RT PCR) ☐ Salmonella (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) I risultati delle analisi hanno indicato conformità a parametri normativi e condizioni di igiene alimentare, nel complesso, soddisfacenti.
S4.8 Monitoraggio percorso rifiuti	L'esito del monitoraggio del percorso rifiuti è riassunto nel MUD (Modello Unico Dichiarazione ambientale) che specifica quanti e quali rifiuti vengono prodotti e come vengono smaltiti e avviati al recupero. Il MUD 2025 è disponibile dopo il mese di giugno.
S4.9 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri	I trasporti intraospedalieri si distinguono in: Trasporti di pazienti: - tra Unità Operative, dell'Ospedale S. Andrea, compresi P.S. e Radioterapia; - dalle varie Unità Operative, compreso il P.S., dell'Ospedale di Sarzana all'Ospedale della Spezia, e viceversa; Trasporto di materiali vari, biologici, cartacei e farmaci: - tra le varie Unità Operative dei diversi Stabilimenti Ospedalieri afferenti al P.O. del Levante Ligure - tra gli Stabilimenti Ospedalieri e le Strutture territoriali - tra il Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e le strutture accreditate liguri (prevalentemente sull'area metropolitana di Genova) ed extra regione non urgenti - trasporti programmati: da eseguirsi nel rispetto degli orari indicati nelle richieste trasmesse dalle SS.CC./SSD e nel caso di richieste particolari non oltre 20 minuti dalla richiesta; - trasporti di rientro del paziente in reparto dopo esecuzione dell'accertamento/consulenza: da eseguirsi entro e non oltre 20 minuti dalla richiesta del servizio interessato. Il Direttore Medico, i Dirigenti Medici e il Personale della DMPO, in un rapporto di collaborazione fattivo e quotidiano con i referenti, monitorano il mantenimento dello standard qualitativo e quantitativo richiesto, in termini di organizzazione del servizio, gestione del personale dedicato, mezzi e attrezzature impiegate, rapporti con le strutture ospedaliere. Quanto sopra a garanzia dell'ottimizzazione dell'efficienza del servizio nel rispetto dei tempi previsti per la risposta alle richieste di trasporto anche nelle situazioni di emergenza e in caso di sciopero. La DMPO acquisisce inoltre le segnalazioni di reclamo, di insoddisfazione, di anomalie di comportamento in forma scritta e orale da parte dell'utenza e del personale dei reparti richiedendo chiarimenti per iscritto ai Referenti al fine di attuare con gli stessi i necessari interventi correttivi. Nel 2025 non sono stati segnalati eventi avversi correlati ai trasporti.
S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).	Attività formativa personale dipendente: 4 corsi di formazione base personale antincendio aziendale (personale coinvolto 100 unità) 4 corsi di aggiornamento personale antincendio aziendale (personale coinvolto 100 unità). Attività informativa/prove di evacuazione: svolta in 14 sedi aziendali
S4.12 Monitoraggio procedure richiamo	La S.C. Farmacia riceve, per posta certificata, da Regione (o direttamente dalla Ditta fornitrice) la comunicazione di revoca/ritiro di un farmaco/dispositivo. Il ritiro viene diffuso

farmaci e dispositivi	ai vari livelli aziendali ed extraaziendali interessati e pubblicato su sito intranet aziendale in una apposita sezione. Relativamente ai dispositivi medici nel 2025 sono stati trattati 88 avvisi di sicurezza di cui 11 hanno previsto il ritiro del dispositivo medico in questione Relativamente ai farmaci, sono stati gestiti 54 ritiri e 238 revoche AIC farmaci.
S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature	Il monitoraggio delle non conformità che emergono dai piani di manutenzione delle apparecchiature è a cura dell'Ingegneria clinica secondo le seguenti modalità: 1) la rilevazione di criticità/non conformità avviene da parte della Struttura interessata (utilizzatore dell'apparecchiatura), ovvero da parte dell'Ingegneria Clinica anche attraverso la società affidataria della manutenzione del bene oggetto di verifica. L'ingegneria Clinica, confrontandosi con l'utilizzatore, valuta l'eventuale necessità di fermo macchina dell'apparecchiatura e /o attrezzatura in attesa di esecuzione intervento tecnico per la rimozione della non conformità da parte del soggetto incaricato ed attivato mediante compilazione apposita modulistica e/o SW gestionale Ingegneria Clinica 2) le ditte manutentrici intervengono sull'apparecchiatura e in caso di conformità, concluso l'intervento, svolgono le verifiche di sicurezza elettrica e compilano il rapporto di lavoro, firmato per presa visione dal Responsabile della S.C. interessata, cui viene rilasciata una copia. Al termine delle attività, le ditte manutentrici aggiornano i sistemi di gestione informatici. Eventuali dettagli tecnici e storie manutentive dei beni, tipologie e frequenza dei guasti, sono estraibili dai database succitati 3) in caso di non conformità, quali ad esempio quelle dovute ad elementi riguardanti la indisponibilità di pezzi di ricambio, obsolescenza con gravi carenze di sicurezza per il paziente e l'operatore non risolvibili con un intervento ordinario oppure danno irreparabile, ovvero per valutata opportunità di aggiornamento tecnologico a beneficio dell'utenza oltretché dell'attività di reparto, l'Ingegneria Clinica dispone il fuori uso dell'attrezzatura, a seguito di confronto con l'utilizzatore. La Struttura interessata, sottopone all'Ingegneria clinica, se del caso, istanza di sostituzione del bene fuori uso mediante apposita modulistica secondo la procedura aziendale. L'Ingegneria Clinica valuta il fabbisogno e lo sottopone alla Direzione Strategica. In merito alla società HC (affidataria manutenzione apparecchiature a medio-bassa tecnologia), viene elaborata trimestralmente una relazione che riporta l'andamento delle attività svolte rispetto al programma. Tali dati aggregati sono altresì riportati in modo puntuale (per ogni singola apparecchiatura) nell'applicativo gestionale BiogestNT, accessibile ai reparti. Relativamente alle altre tecnologie il monitoraggio avviene attraverso il gestionale BiogestNT oltretché, se disponibile, attraverso i portali dedicati nell'ambito dei contratti di riferimento. Il monitoraggio delle non conformità che emergono dai piani di manutenzione delle strutture e impianti è a cura della Gestione Tecnica. I principali interventi di manutenzione di strutture ed impianti nel 2025 sono stati i seguenti: • Installazione di circa 150 split/ventilconvettori presso i presidi ospedalieri e alcune strutture territoriali • Installazione di gruppo frigo a servizio dell'obitorio della Spezia • Sostituzione di due gruppi frigo presso la risonanza magnetica del Sant'Andrea • Rifacimento centrale termica. San Bartolomeo • Sostituzioni di tutte le luci presenti con luci a led (relamping) presso i presidi ospedalieri e alcune strutture territoriali • Sostituzione di circa n.20 pompe presso le centrali e sottocentrali termiche dei S. Andrea e San Bartolomeo • Lavori straordinari sugli impianti elevatori quali cambio porte, pattini, teleruttori • Installazione di impianti elettrici presso i presidi ospedalieri e alcune strutture territoriali • Installazione dei pulsanti di sgancio antincendio presso il padiglione 5 del S. Andrea • Smaltimento di canalizzazioni collegate a UTA sul tetto del San Nicolo e S. Andrea • Installazione di canne fumarie a servizio del reparto UFA di La Spezia • Rifacimento tetto padiglione 3 • Inizio lavori di riqualificazione reparto di medicina nucleare (funzionali all'installazione della nuova SPECT CT) e installazione nuovo UPS in manufatto esterno all'uopo fornito e installato

	• Installazione di condizionamento VRV a servizio del reparto di gastroenterologia • Installazione linee vita sulle coperture del S. Andrea • Manutenzione straordinaria di porzioni di coperture piane del Sant'Andrea • Lavori di riqualificazione del reparto di risonanza magnetica del San Bartolomeo • Lavori di consolidamento statico del solaio per l'installazione del nuovo tavolo radiologico.
S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da introduzione a utilizzo)	Nel corso del 2019 è stato rivisto il percorso di valutazione e gestione delle richieste di dispositivi medici. Nello specifico è stata introdotta con deliberazione n.238 del 3 aprile 2019 una specifica commissione per l'appropriatezza dei dispositivi medici. Il monitoraggio relativamente agli aspetti di consumo è avvenuto con report trimestrale per CdC alla direzione strategica. Nel 2025 sono state valutate da apposita commissione aziendale n°12 richieste di introduzione di nuovi dispositivi medici.
S5.2 Monitoraggio Procedura Readback	Nel 2025 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI (IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.55 del 22 gennaio 2015 è stato istituito il Comitato gestione sinistri del Levante Ligure, composto secondo le indicazioni della delibera n. 101 del 31.1.2014 della giunta regionale della Liguria
I2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)	Il Referente aziendale del rischio clinico nel 2025 o un suo delegato partecipano agli incontri del comitato Gestione Sinistri interaziendali (ASL4-5) e al Comitato Gestione Sinistri Locale.
I3 Report Sinistri	La Regione Liguria e ALISA, in ottemperanza al dettato normativo, hanno creato un flusso informativo regionale per la gestione dei sinistri, modellato su quello ministeriale. Il flusso è centralizzato a livello regionale e unico per tutte le aziende sanitarie e consente di seguire l'iter della pratica del sinistro dalla sua apertura fino alla conclusione degli eventuali procedimenti civili e penali. L'inserimento dei dati per tutto l'iter di un sinistro è a carico delle strutture Affari Generali e Legali di ciascuna Azienda Sanitaria. I contenuti del flusso informativo, dalla data di pubblicazione del D.M. 11/12/2009, sono stati più volte rivisti dal Gruppo Tecnico delle Regioni, per renderli più aderenti alle esigenze locali e di maggiore agevolezza nella ricerca dei dati.
I4 Attività	Nel 2024 è stata elaborata Procedura Aziendale "Gestione del contenzioso" che ha introdotto il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale per la valutazione precoce dei sinistri in entrata. La procedura è stata diffusa al personale dirigente mediante corso obbligatorio che ha visto la partecipazione di 311 discenti. Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale, di nuova istituzione, si è riunito con cadenza quindicinale, salvo assenza di casi da discutere.

ELENCO ALLEGATI: tutti i documenti citati nel testo sono pubblicati sul sito Intranet aziendale nella sezione rischio clinico o nelle sezioni dedicate (ad es. CIO)

La Spezia, 02/04/2026



dr.ssa Micaela La Regina
Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico

Piano Aziendale

Gestione del Rischio Clinico

2026 - 2027

INDICE

1. Premessa.....	3
2. Il Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico	3
3. Il Contesto organizzativo.....	3
4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici	6
5. Il contesto interno.....	6
6. Le risorse e la produzione	7
7. I risultati dell'autovalutazione della Gestione del Rischio Clinico (CARMINA).....	10
7.1 Risultati anno 2024.....	10
8. Piano delle azioni e dei progetti per la sicurezza dei pazienti per il biennio 2024-25.....	12

1. Premessa

La Regione Liguria con legge regionale n. 18 del 12/12/2025 ha disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale con la fusione, a partire dal 1 Gennaio 2026, delle Aziende Sociosanitarie Liguri (AASSLL) nn. 1, 2, 3, 4 e 5 all'interno dell'Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria).

Le ex-aziende sanitarie sono diventate Aree Sociosanitarie Locali (ASL), articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, dotate di autonomia gestionale e operativa da esercitare sulla base delle indicazioni della ATS Liguria.

La Gestione del Rischio Clinico è la funzione che si occupa della identificazione, analisi, prevenzione/controllo/riduzione dei rischi connessi con l'assistenza sanitaria, integrando clinica e organizzazione e trasformando l'incidente in un'occasione di miglioramento. Nell'Area Sociosanitaria Locale 5 (ASL5) tale funzione è affidata alla **S.C. Governo Clinico e Risk Management**.

Mission di tale funzione è la promozione e il coordinamento di iniziative per la sicurezza del paziente, unitamente a tutela della sicurezza del Personale e degli Ambienti e sensibilizzazione della popolazione, nell'ottica di una gestione integrata del rischio sanitario e nel rispetto delle linee di indirizzo e delle disposizioni in materia, emanate a livello regionale e nazionale.

2. Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico

Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico, previsto dalla D.G.R. n.1308 del 24.11.2006, è un documento programmatico, generalmente biennale, in cui sono esplicitate le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento in ambito di sicurezza delle cure.

Il Piano prende le mosse dall'autovalutazione annuale delle attività aziendali di gestione del rischio sanitario, realizzata dall'Unità di Gestione del Rischio, attraverso lo strumento CARMINA (*Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated-Approach*), secondo quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.161/2016, coordinata dal Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Gli esiti della valutazione CARMINA, integrati con quelli del monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali di Sicurezza e degli altri indicatori di qualità e sicurezza, nonché con le linee di indirizzo regionali e nazionali, rappresentano la base per la compilazione del piano.

La struttura del Piano riflette le 7 aree di valutazione che costituiscono il CARMINA, oltre a varie ed eventuali.

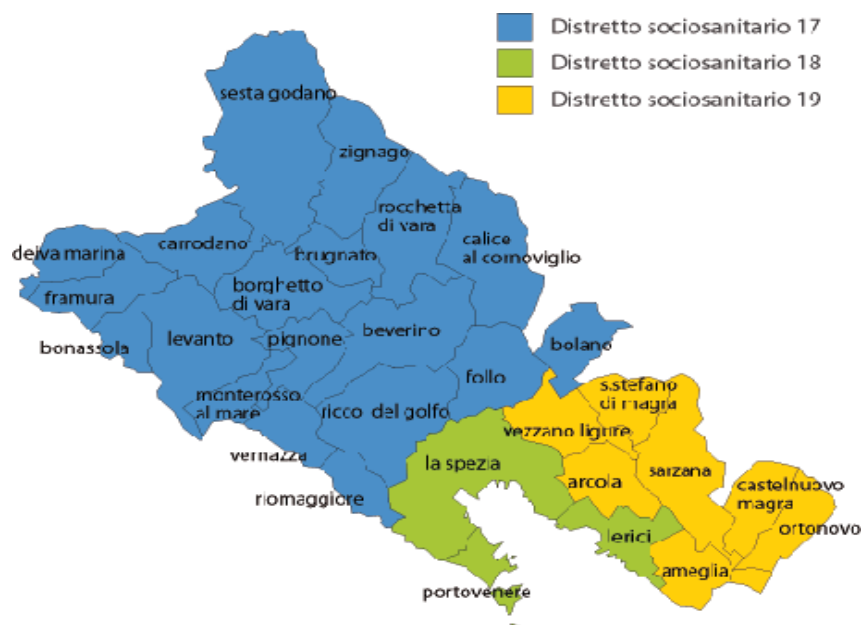
3. Il contesto organizzativo

Le Aree, tra cui ASL5, hanno il compito di assicurare alla popolazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) e

l'equo accesso ai servizi, svolgendo funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione sociosanitaria nel territorio di riferimento. Esse svolgono in particolare le seguenti funzioni:

- a) concorrono alla definizione degli obiettivi di salute da parte di ATS Liguria, nell'ambito della pianificazione aziendale;
- b) effettuano, anche per il tramite dei distretti sociosanitari, l'analisi dei bisogni locali e la definizione dei volumi di attività e degli obiettivi assistenziali relativi al territorio di riferimento;
- c) erogano, nel limite delle risorse assegnate dall'ATS Liguria, le prestazioni e i servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria e, in particolare: prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria; servizi di emergenza sanitaria sul territorio;
- d) coordinano le attività territoriali e ospedaliere dell'area di riferimento, svolgendo funzioni di raccordo tra le attività distrettuali e dipartimentali con l'attività dei presidi ospedalieri, con l'attività dell'area Liguria Salute e con il sistema integrato dei servizi alla persona;
- e) garantiscono e promuovono la partecipazione dei cittadini alle funzioni di ASL;
- f) organizzano la presa in carico e i percorsi assistenziali delle persone in condizioni di cronicità e di fragilità assicurando risposte integrate ai bisogni complessi sociosanitari.

L'ambito territoriale di ASL5 corrisponde a quello dell'ex Azienda Sociosanitaria Ligure 5, includendovi i Comuni della Provincia della Spezia, eccetto Carro, Maissana e Varese Ligure, articolati in 3 Distretti territoriali per una popolazione complessiva pari a 212.197



- **Distretto 17**, con una popolazione complessiva di 37.135, che comprende 19 Comuni, di cui: 7 Comuni della Riviera (Bonassola, Deiva Marina, Framura, Levanto, Monterosso, Riomaggiore, Vernazza), 9 Comuni della Bassa e Media Val di Vara (Beverino, Bolano, Borghetto Vara, Brugnato, Carrodano, Follo, Pignone, Riccò del Golfo, Rocchetta Vara,) e 3 Comuni dell'Alta Val di Vara (Calice al Cornoviglio, Sesta Godano e Zignago)
- **Distretto 18**, con una popolazione complessiva di 105.167, che comprende 3 Comuni nel Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere
- **Distretto 19**, con una popolazione complessiva di 69.895, che comprende 7 Comuni della Val di Magra: Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.

I Distretti Sociosanitari costituiscono l'articolazione organizzativa dell'ATS Liguria preposta alla gestione e al coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. Nei Distretti trovano collocazione funzionale anche le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e del Sert e, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di Prevenzione,

Novità in ambito distrettuale sono gli Ospedali di Comunità (OdC) e le Case della Comunità, introdotti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale", uniformi su tutto il territorio nazionale, finanziati dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Essi rappresentano il nuovo punto di riferimento per i bisogni sanitari e sociosanitari del cittadino, implementando la rete che garantisce l'assistenza primaria e prende in carico in modo continuativo e coordinato i malati cronici, puntando a colmare le disuguaglianze territoriali, potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e promuovere l'innovazione digitale.

Al loro interno lavorano anche i medici di medicina generale, per la visita dei pazienti senza prenotazione, con accesso diretto, per patologie a bassa complessità.

Nel 2025 in ASL 5 sono state già aperte le Case della Comunità della Spezia – Distretto n. 18, site in via XXIV Maggio ed in Via Sardegna, a maggio 2026 la Casa della Comunità del Distretto n. 17 – Bolano Ceparana. L'apertura delle altre Case della Comunità previste in ASL5, nel territorio della provincia della Spezia, si realizzerà prossimamente con le Case della Comunità del Distretto n. 19 - Sarzana, Luni. Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità di Levanto e Sarzana sono già entrambi attivi.

In attesa del Piano Organizzativo Aziendale di ATSL, ASL5 ha mantenuto i suoi 9 Dipartimenti (Dipartimento di Prevenzione, Emergenza Urgenza, Medico, Chirurgico, Oncologico, Servizi Sanitari e Salute Mentale e SERD, Cure Territoriali e Tecnico-Amministrativo), articolati in Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche e gestionali, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

L'Assistenza ospedaliera è erogata dal Presidio Ospedaliero del Levante Ligure, articolato in 2 stabilimenti:

- **Ospedale S. Andrea** della Spezia
- **Ospedale San Bartolomeo** di Sarzana.

Il Presidio Unico del Levante Ligure presenta un Dipartimento di Emergenza Urgenza di primo livello presso l'Ospedale S. Andrea, un Pronto Soccorso presso l'Ospedale San Bartolomeo e un Punto di Primo Intervento presso l'Ospedale S. Nicolò (insieme ad alcuni posti tecnici della S.C. Nefrologia per il Servizio Dialisi).

Il Presidio Ospedaliero Unico del Levante Ligure a gestione diretta opera in rete con Strutture sanitarie private accreditate a contratto, in particolare:

- Casa di Cura Alma Mater in La Spezia, convenzionata nelle discipline di ortopedia, chirurgia, dermatologia e oculistica,
- IRCCS Don Gnocchi in La Spezia, convenzionato per la riabilitazione.

4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici

La popolazione complessiva della provincia della Spezia si attesta a 215.000 residenti. In base a un'elaborazione dei dati territoriali storici ed epidemiologici, la popolazione assistibile insiste su una superficie geografica di circa 666,54 km². Nel solo capoluogo della Spezia risiedono stabilmente 92.711 abitanti (dato consolidato dal bilancio demografico ISTAT), confermandosi come il secondo comune più popoloso della regione Liguria per dimensione demografica. Un indicatore strutturale che mantiene un ruolo di primo piano nel profilo demografico ed economico spezzino è la componente migratoria.

I cittadini stranieri residenti sul territorio provinciale rappresentano circa il 10,6% della popolazione totale (ovvero oltre 22.700 persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia), una quota che si posiziona stabilmente al di sopra della media nazionale italiana e che risulta fondamentale per compensare il saldo naturale negativo del territorio.

Sotto il profilo della struttura generazionale, il territorio riflette il forte trend di denatalità regionale, attenuato solo in parte dal dinamismo urbano: l'indice di vecchiaia della provincia della Spezia si attesta a 264,9 anziani ogni 100 giovani. Questo indicatore (calcolato come rapporto percentuale tra gli over 65 e la fascia d'età 0-14 anni) si inserisce all'interno di un contesto in cui l'età media provinciale ha ormai raggiunto i 49,2 anni. Sebbene la Spezia mantenga una struttura leggermente più giovane rispetto alle province limitrofe della Liguria (come Savona), il carico degli ultra-sessantacinquenni incide sensibilmente sull'indice di dipendenza strutturale (pari al 62,5%).

5. Il contesto interno

Il Servizio Sanitario sta attraversando un periodo condizionato, a livello nazionale, da complesse dinamiche economiche, da strascichi gestionali dell'emergenza pandemica da Covid-19 (es. liste di attesa) e dal costante recepimento di importanti riforme legislative. In questa cornice di riferimento, l'annualità 2025 ha segnato una fase cruciale per la messa a terra e il consolidamento dei progetti legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Sistema Sanitario Regionale sta traducendo questi finanziamenti straordinari in riforme organizzative e infrastrutturali, volte a un'evoluzione radicale del modello di erogazione delle prestazioni. L'obiettivo è la piena operatività di un ecosistema sanitario territoriale rinnovato, basato su una reale integrazione clinica e assistenziale tra la rete dei servizi locali e il Presidio Ospedaliero. Questo assetto costituisce la base logistica e di presa in carico necessaria per accogliere il nuovo ospedale della Spezia, destinato a ridefinire gli standard futuri dell'offerta di salute nell'intera provincia. Dopo l'approvazione del Piano Organizzativo Aziendale (POA) avvenuta nel 2024, il 2025 ha visto la concreta implementazione e la messa a regime del nuovo assetto, attraverso la piena attivazione delle nuove Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e Strutture Semplici (SS). L'operazione ha permesso di ridefinire con precisione le competenze delle singole unità, completare l'accorpamento e il trasferimento logistico di alcune funzioni. Negli ultimi 5 anni si è proceduto alla progressiva copertura delle posizioni dirigenziali vacanti o di nuova istituzione necessarie a garantire la continuità dei servizi, nonché alla promozione della crescita professionale dei lavoratori attraverso l'attribuzione di vari e numerosi incarichi.

6. Le Risorse e la Produzione (anno 2025)

Di seguito verranno rappresentate le principali attività dell'Azienda sociosanitaria ligure 5 in riferimento al 2025 e agli anni precedenti.

Il presidio ospedaliero del Levante Ligure si configura come DEA di 1° livello, è articolato su 2 stabilimenti, per un totale di 399 posti letto ordinari e 51 posti letto diurni. Sono inoltre presenti 100 posti letto ordinari e 30 posti letto diurni presso le strutture private accreditate Alma Mater e Don Gnocchi (dati aggiornati al 1/10/2025).

La produzione ospedaliera dell'anno 2025 è stata caratterizzata da una stabilizzazione della produzione. Confrontando i 9 mesi 2025 con lo stesso periodo dell'anno precedente risultano -2,2% di casi dimessi a fronte di -1,3% della valorizzazione economica. Il 2025 è stato caratterizzato da una leggera ripresa dell'attività chirurgica (+436.000), che ha rappresentato il 30% dell'intera produzione, ma non ha comunque compensato la riduzione della casistica medica che proviene dal PS in oltre l'80% dei casi.

La degenza media è risultata significativamente inferiore alle altre realtà regionali (8,3 giorni) seppur si

registri un leggero incremento nel 2025; il tasso di re-ricoveri è risultato inferiore al 5%.

Di seguito si riporta la distribuzione dei primi 15 Drg ordinari per avere una quadro della casistica trattata.

Elenco dei Primi 15 DRG dimessi in regime ordinario per numero di casi

	Casi ordinari 2025	Valore ordinari 2025
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria (Tipo: M - Peso medio: 1,22)	1.534	5.367.064
127 - Insufficienza cardiaca e shock (Tipo: M - Peso medio: 1,03)	567	1.655.651
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni (Tipo: M - Peso medio: 1,64)	517	2.614.672
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 1,14)	372	1.289.090
316 - Insufficienza renale (Tipo: M - Peso medio: 1,15)	363	1.305.546
373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti (Tipo: M - Peso medio: 0,44)	322	414.588
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo: M - Peso medio: 1,26)	256	958.559
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore (Tipo: C - Peso medio: 2,24)	237	1.938.159
430 - Psicosi (Tipo: M - Peso medio: 0,77)	221	425.807
320 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 0,85)	198	513.085
311 - Interventi per via transuretrale senza CC (Tipo: C - Peso medio: 0,72)	197	317.508
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (Tipo: C - Peso medio: 2,03)	184	1.640.768
494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC (Tipo: C - Peso medio: 0,89)	165	343.449
182 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 0,77)	161	399.653
144 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC (Tipo: M - Peso medio: 1,18)	150	427.606

Fonte: DWH aziendale

L'attività ospedaliera del Presidio del Levante Ligure è integrata dalle strutture private accreditate. Nello specifico circa 571 ricoveri sono erogati dal Centro riabilitazione Don Gnocchi e 815 ricoveri sono erogati dalla Casa di Cura Alma Mater.

Nei primi 10 mesi 2025 sono stati gestiti nel blocco operatorio + il blocco senologico circa 10.000 interventi, di cui circa il 50% in regime di ricovero e il restante 50% in regime ambulatoriale. Da segnalare, che a partire dal mese di luglio 2025 è entrato in funzione il robot Da Vinci, con il quale sono stati eseguiti circa 95 interventi nei primi 5 mesi di attività (giugno – ottobre) per le seguenti specialità: urologia, chirurgia generale, ginecologia. Si coglie l'occasione per rammentare che presso la Sala operatoria di Sarzana è in uso il robot Mako per il trattamento della casistica ortopedica.

Il Sistema dell'emergenza (Pronto Soccorso) dell'Asl 5 ha processato 67.386 accessi nei primi 10 mesi dell'anno 2025, di cui 40.555 PS di La Spezia (compreso PS pediatrico), 24.236 PS Sarzana, 2.595 PPI di Levante. Il 67% degli accessi in PS si è concluso con una dimissione, mentre i ricoverati presso il proprio presidio sono stati il 15%. L'1,5% degli accessi è stato gestito in Osservazione breve intensiva (OBI). Questi dati sono pressoché stabili negli ultimi 3 anni. Mediamente si registrano circa 6.000 accessi mensili al Pronto Soccorso con dei picchi nei mesi estivi, caratterizzati dai flussi turistici. Il 41% sono accessi con codice colore al momento del triage verde, il 29% azzurro, il 21% arancione, il 6% bianco e il 3% rosso. Il tempo di boarding è stato come sempre contenuto nelle 8 ore.

L'attività ambulatoriale è stata erogata per il 73%(circa) dal territorio (distretti) e per il restante 27% (circa) dagli ambulatori del presidio ospedaliero. L'attività di specialistica ambulatoriale prenotata via CUP, nei primi 10 mesi del 2025, è stata sovrapponibile in termini di quantità di prestazioni erogate alla produzione dell'anno precedente (60.000 prestazioni circa).

A livello distrettuale, il monitoraggio della "Percentuale di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni) "presi in carico" per tutte le classi di CIA" è risultato pari al 9.93% (target nazionale 10%).

Per quanto riguarda l'Hospice i 10 posti letto nel 2025 sono stati occupati al 92%, il tempo medio di attesa per l'ingresso in Hospice è stato di 7,5 giorni. La degenza media di circa 13 giorni.

L'Ospedale di Comunità (O.d.C) di Levanto, nel 2025 (primi 9 mesi) ha ospitato 103 pazienti.

L'area della prevenzione ha garantito lo svolgimento delle attività istituzionali che in alcuni casi sono state interessate da un graduale aumento.

Alla data del 30/11/2025 ASL5 contava 2838 dipendenti [di cui 2618 dipendenti a tempo indeterminato, 4 Direttori Aziendali, 89 dipendenti a tempo determinato, 78 Medici SUMAI, 49 contratti libero professionali (COLIPRO)]. La consistenza del personale negli ultimi anni (dal 2021 al 2025) ha visto un incremento massivo in particolare a seguito dell'internalizzazione del servizio OSS e dei processi di stabilizzazione post COVID per cui risulta un aumento del personale a tempo indeterminato di 409 unità (raffronto tra 2021 e 2025) di cui 256 OSS.

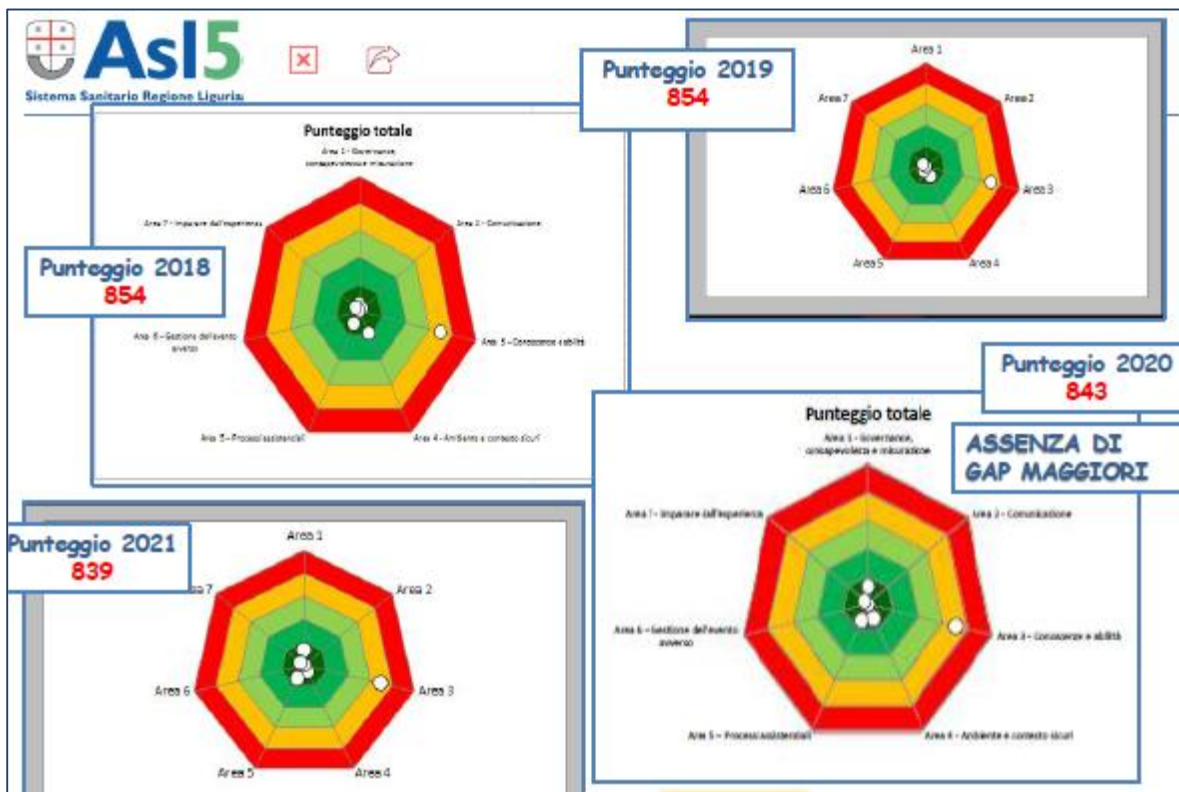
7. I risultati della Autovalutazione delle attività di Gestione del Rischio Clinico (CARMINA)

7.1 Risultati ANNO 2025

La autovalutazione CARMINA ha evidenziato assenza di gap maggiori e un punteggio complessivo pari a 873.

Le attività di gestione del rischio sanitario hanno consentito di raggiungere il cuore del bersaglio in tutte le aree.

L'unica carenza è nell'area dei processi assistenziali relativamente al monitoraggio delle LDP di nuova insorgenza che non copre tutte le strutture ma solo l'area medica. Nelle immagini sotto, l'andamento dal 2018 al 2025 mette in evidenza un miglioramento costante con stazionarietà negli ultimi due anni.

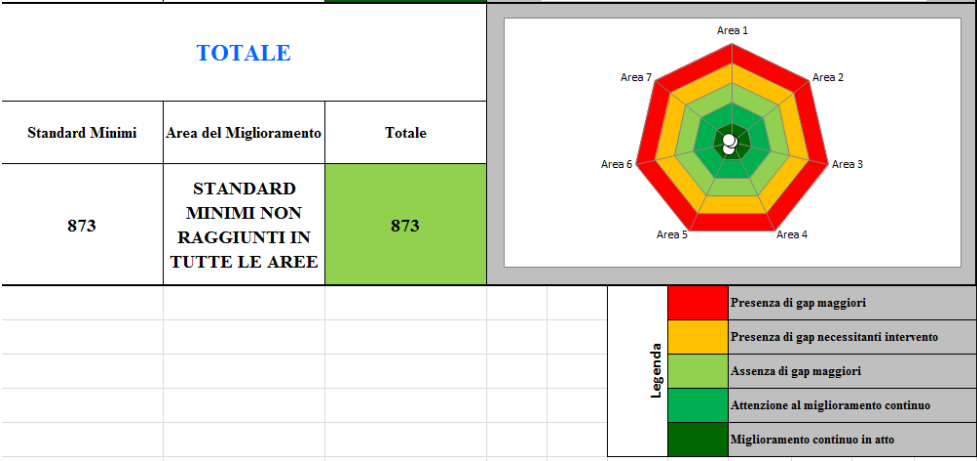


Punteggio 2022 854	TOTALE		
Standard Minimi	Area del Miglioramento	Totale	
854	STANDARD MINIMI NON RAGGIUNTI IN TUTTE LE AREE	854	

Punteggio 2023 873	TOTALE		
Standard Minimi	Area del Miglioramento	Totale	
873	STANDARD MINIMI NON RAGGIUNTI IN TUTTE LE AREE	873	

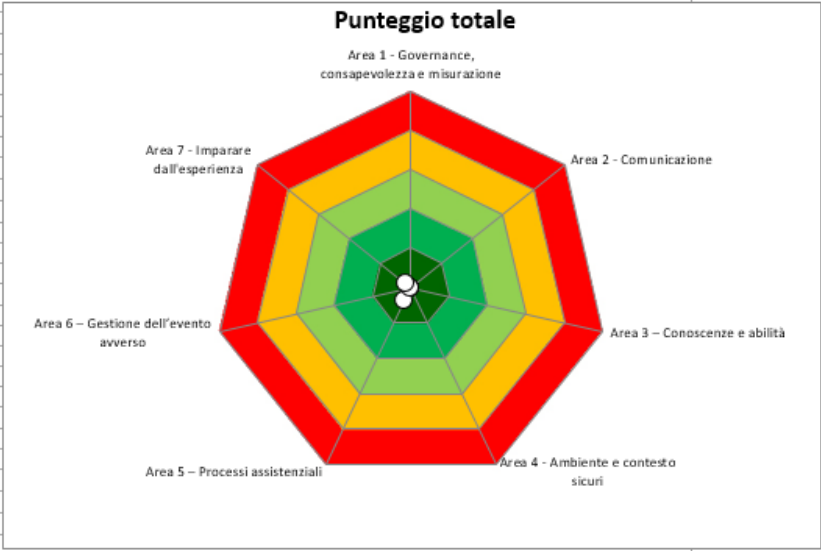
Legenda		Presenza di gap maggiori
		Presenza di gap necessitanti intervento
		Assenza di gap maggiori
		Attenzione al miglioramento continuo
		Miglioramento continuo in atto

Punteggio 2024
873



Punteggio 2025
873

Standard minimi	873	<660	Presenza di gap maggiori
		660-772	Presenza di gap necessitanti intervento
		773-1169	Assenza di gap maggiori
Area del Miglioramento	STANDARD MINIMI NON RAGGIUNTI IN TUTTE LE AREE	1170-1461	Attenzione al miglioramento continuo
		>1461	Miglioramento continuo in atto
TOTALE	873		



**PIANO DELLE AZIONI
E DEI PROGETTI
PER LA SICUREZZA
DEI PAZIENTI
PER IL BIENNIO 2026-27**

Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è una funzione strategica e trasversale che supporta l'intera organizzazione aziendale, contribuendo al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Non si limita alla prevenzione degli errori, ma promuove una cultura della sicurezza, generando fiducia e valore per il sistema sanitario.

Il Piano 2026-2027 rappresenta un'estensione operativa delle attività aziendali nelle aree della sicurezza, formazione, benessere organizzativo e sostenibilità. Le azioni previste sono state definite a partire da un'autovalutazione condotta con il modello CARMNA, articolandosi in sette ambiti principali. Alcune iniziative, contrassegnate con O.B.2026, coincidono con obiettivi di budget affidati alla S.C. Governo Clinico e Risk Management per l'anno 2026.

Il Piano rafforza attività già in corso come audit clinici, gestione di eventi sentinella, applicazione delle raccomandazioni ministeriali e promozione di buone pratiche. Si inserisce inoltre nel contesto degli obiettivi del PNRR, con particolare attenzione a innovazione digitale, formazione e valorizzazione del personale.

In un sistema sanitario sempre più integrato e territoriale, la gestione del rischio si configura come una responsabilità condivisa, orientata alla creazione di ambienti sicuri, riflessivi e in grado di apprendere, dove tutti possano agire con competenza e consapevolezza.

AREA 1. Area Governance, consapevolezza e misurazione OBIETTIVI: A. Garantire programmi strutturati di <i>bench-marking</i> al proprio interno e con altre aziende (es. accreditamenti di eccellenza, certificazioni, altri programmi) che coinvolgano oltre il 25% delle SC/SSD
ATTIVITÀ 1 – Mantenimento attività di benchmarking con altre aziende sanitarie attraverso il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore S. Anna ATTIVITÀ 2 – Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica
METODOLOGIA E STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 –2 Produzione report
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ DMPO, Qualità e Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico, CCD
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico e Report qualità e sicurezza

AREA 2: Comunicazione OBIETTIVI: A. Migliorare la qualità e l'accuratezza della compilazione della documentazione clinica durante il ricovero B. Migliorare l'efficacia della comunicazione e del trasferimento delle informazioni all'interno del team di cura
ATTIVITÀ 1 – Creazione di un report di monitoraggio CCE insieme con il GDL CCE e il CCD (OB 2026) ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio e feed-back qualità documentazione sanitaria (tutte le strutture di degenza) (OB 2026) ATTIVITÀ 3 – Personalizzazione e Implementazione software per la gestione del rischio clinico e la gestione documentale (taleteweb) ATTIVITÀ 4 – Piano formativo di Area con percorso sulla riforma ex LR 18/2025 e formazione specifica per la compilazione cartella clinica secondo ICD-10 (attività di livello regionale; OB 2026)
METODOLOGIA E STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 –Incontri sul processo di definizione ATTIVITÀ 2 – Produzione di un report basale e periodico ATTIVITÀ 3 – Utilizzo software da parte degli operatori della S.C. Governo Clinico e Risk Management e degli altri utenti ATTIVITÀ 4 – Pianificazione corso
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ' Gestione del Rischio Clinico, DMPO, Qualità e Accreditamento, Formazione, SC Professioni Sanitarie, Sistemi Informativi Aziendali (SIA), SS.CC./SSD, CCD
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 2. Comunicazione OBIETTIVI: A. Prevenire i rischi in categorie speciali di pazienti B. Mantenere attivo il coinvolgimento dei cittadini
ATTIVITÀ 1 – Progetto multiprofessionale e multidisciplinare sulla sicurezza in ambito pediatrico ATTIVITÀ 2 – Organizzazione Campagne per la giornata mondiale della sicurezza delle cure ATTIVITÀ 3 - Organizzazione Campagne per la giornata mondiale Igiene delle mani ATTIVITÀ 4 - Organizzazione Open day Bollino Rosa ATTIVITÀ 5 - Organizzazione ed erogazione webinar su sicurezza delle cure per operatori sanitari RSA
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Organizzazione incontri, focus group, produzione report ATTIVITÀ 2, 3, 4, 5 – Produzione report
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ Gestione del Rischio Clinico, SSCC/SSD coinvolte, Ufficio stampa
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 4. Ambiente e contesto sicuri
OBIETTIVI:
A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza ambientale
B. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza degli operatori sanitari
ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio mensile comportamenti e percorsi con lo scopo della prevenzione delle ICA (OB 2026) ATTIVITÀ 2 – Organizzazione Giornata nazionale di educazione violenza ai sanitari (12 Marzo) ATTIVITÀ 3 - Supervisione redazione PEIMAF (OB 2026) ATTIVITÀ 4 - Organizzazione corso FAD PEIMAF (OB 2026) ATTIVITÀ 5 - Mappatura rischi, analisi e definizione misure di prevenzione del boarding di PS (OB 2026) ATTIVITÀ 6 - Verifica applicazione procedura trasfusionale (OB 2026) ATTIVITÀ 7 - Elaborazione e implementazione modulo per la gestione del Patient blood management (PBM) in chirurgia di elezione (OB 2026)
METODOLOGIA e STRUMENTI
➤ Focus group
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – Produzione Report periodico
ATTIVITÀ 2 – Produzione Report sulla campagna interna e esterna
ATTIVITÀ 3,4,5,6,7 - Produzione Report conclusivo
VALORE ATTESO
Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ
Gestione del Rischio Clinico, DMPO, SC Professioni sanitarie, Formazione, SPP, Ufficio Stampa, Qualità, SSCC/SSD coinvolte, Comitato infezioni Ospedale, SIMT
COMUNICAZIONE
Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 5. Processi assistenziali
OBIETTIVI:
A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la progettazione, il monitoraggio e la valutazione dei percorsi assistenziali
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione/revisione di PL, PDTA, procedure, ecc (Allergia lattice, trasporti secondari urgenti, screening MRSA/MSSA, Crash informatico, LG CCE) ATTIVITÀ 2 – Osservazione diretta su igiene mani e uso dispositivi ATTIVITÀ 3 – Implementazione scheda amb informatizzata per il monitoraggio ferita del sito chirurgico ATTIVITÀ 4 – Prosecuzione monitoraggio ICA in terapia intensiva ATTIVITÀ 5 – Supporto nella condivisione di regolamento per la gestione delle liste di attesa operatorie ATTIVITÀ 6 – Supporto nella condivisione di regolamento di comportamento nel BO ATTIVITÀ 7 - Altre attività in collaborazione con il SIA (segnalazioni CCE, completamento diffusione CCE, CDSS) ATTIVITÀ 8 - Organizzazione incontri informativi/formativi su corretta gestione accessi vascolari
METODOLOGIA e STRUMENTI
➤ Gruppi di lavoro ad hoc
➤ Incontri di formazione/informazione
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione e diffusione PL, PDTA, Procedure, ecc
ATTIVITÀ 2 – Produzione Report periodico
ATTIVITÀ 3 – Produzione Report riepilogativo
ATTIVITÀ 4 – Produzione Report
ATTIVITÀ 5, 6 - Organizzazione incontri di condivisione
ATTIVITÀ 7, 8 – Produzione Report
VALORE ATTESO
Non applicabile

RISORSE E RESPONSABILITÀ

Gestione del Rischio Clinico, SC Professioni sanitarie, Qualità, Comitato infezioni ospedaliere, DMPO, SSCC/SSD coinvolte, SIA, Medicina Preventiva

COMUNICAZIONE

Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER IL 2026 in MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Nel piano della formazione per il 2026 l'attività di formazione in materia di rischio clinico prevede:

- Corso ICA (modulo B, PNRR missione 6)
- Corso sul modulo infermieristico della cartella clinica elettronica
- Corso Gestione del rischio clinico

La Spezia, 18 Giugno 2026



dr.ssa Micaela La Regina
Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico