

**CLINICA SAN FRANCESCO SRL****Casa di Cura Privata Accreditata SSN****VIA MONTE ORTIGARA, 21/B - 37124 Verona****RELAZIONE CONSUNTIVA RISK MANAGEMENT 2025****MOD 1***Legge n. 24, 8 marzo 2017*

Art. 2, comma 5. Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Art. 4, comma 3. Pubblicazione nel sito internet della struttura sanitaria, dell'importo dei risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativi all'ultimo quinquennio

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
1/1	11/03/2026	RM Lorena Zanini 	DS Chiara Sacchi 	DG Samuele Natali 

1	INDICE	
1	INDICE	2
1	RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI.....	3
2	MATRICE DEL RISCHIO	9
3	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	10
4	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ ANNO PRECEDENTE	10

CLINICA SAN FRANCESCO SRL		RELAZIONE CONSUNTIVA RISK MANAGEMENT		
MOD 1	EDIZIONE 1	REVISIONE 1	DATA 11/03/2026	

1 RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI

TIPO EVENTO	EE	EA	ES	TOTAL E	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
AGGRESSIONE AD OPERATORE		5		5	- Carenza di informazioni fornite - Disaccordo percorso assistenziale	
ALLONTANAMENTO PAZIENTE	1			1	<u>Legati al paziente:</u> - Non cosciente/scarsamente orientato <u>Legati alla comunicazione:</u> - Carenza/mancanza di informazione e comunicazione	Installazione allarme su tutte le porte di uscita dei reparti. Le porte che danno accesso alla scala emergenza 4° p. devono sempre essere chiuse consentendo solo l'uscita.
CADUTA		21		21	- Urgenza urinaria e/o fecale - Deficit motori - Insorgenza deficit cognitivi e/o sensoriali - Sincope / Ipotensione - Calzature non idonee o paziente scalzo - Insufficiente illuminazione - Malfunzionamento ausili - Presenza materiali ingombro	Installato maniglione di ausilio in tutti i bagni destinati all'utenza
INADEGUATA PRESC/SOMM FARMACO	15	2		17	<u>Legati al paziente:</u> - Condizioni generali precarie/fragilità/infermità/comorbidità (1) - Mancata adesione al progetto di cura/trattamento/assistenza (1) <u>Legati al personale:</u> - Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure (9) - Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta (5) - Scarso lavoro di gruppo (1) <u>Legati all'organizzazione:</u> - Scarsa continuità assistenziale (16)	- RC 01-02/2025 - Adottata Terapia Informatizzata
OMISSIONE PER MANCATA PRESC/SOMM FARMACO		1		1	<u>Legati alla comunicazione:</u> - Inadeguatezze nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale <u>Legati al personale:</u> - Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta <u>Legati all'organizzazione:</u> - Scarsa continuità assistenziale	Adottata Terapia Informatizzata
INADEGUATA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE	4	3		7	<u>Legati al paziente:</u> - Non cosciente/scarsamente orientato <u>Legati alla comunicazione:</u> - Inadeguatezze nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della r4siposta del paziente al trattamento - Inadeguatezze nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale <u>Legati al personale:</u> - Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure - Scarso lavoro di gruppo - Mancata supervisione - Inadeguate conoscenze/formazione/esperienza <u>Legati all'organizzazione:</u> - Scarsa continuità assistenziale	Iniziata adozione di CCE

INADEGUATA PROCEDURA DIAGNOSTICA	22	22		44	<u>Legati al personale:</u> • Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure • Inadeguate conoscenze/Formazione/inesperienza • Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta	Monitoraggio continuo Il personale è stato reso edotto delle corrette modalità operative.
INESATTEZZA DI DATI PAZIENTE/LATO/ SEDE	17	1		18	<u>Legati alla comunicazione:</u> • Inadeguatezza nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento	Il personale è stato reso edotto delle corrette modalità operative. Iniziata adozione CCE
INFEZIONE		7		7	• Enterococcus fecalis+Staphylococcus aureus • Staphylococcus Aureus MRSA multiresistente • Streptococcus constellatus resistente Clindamicina • Stafilococco Aureus • Streptococco gordonii • Non individuato (2)	
MALFUNZIONAM ENTO/MALPOSIZI ONAMENTO DI DISP/APPAR		1	1	2	• Dispositivo probabilmente difettoso • Apparecchiatura non funzionante	• Segnalazione al fornitore. • Riparata apparecchiatura
OMOSSIONE PER MANCATA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE		1		1	<u>Legati alla comunicazione:</u> • Inadeguatezza nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento <u>Legati all'organizzazione:</u> • Scarsa continuità assistenziale	
REAZIONE A FARMACI		7		7	<u>Legati al paziente:</u> • Condizioni generali precarie/fragilità/infermità/comorbidità	Eventi non prevenibili ancorché prevedibili
REINTERVENTO		5		5*	• Sanguinamento/ematoma (3) • Frattura preprotetica (1) • Breccia capsulare (1)	Eventi non prevenibili
RITARDO PROCEDURA ASSISTENZIALE	4			4	<u>Legati alla comunicazione:</u> • Inadeguatezza nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento <u>Legati al personale:</u> • Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <u>Legati all'organizzazione:</u> • Scarsa continuità assistenziale	Il personale è stato reso edotto delle corrette modalità operative.
RITARDATA PROCEDURA CHIRURGICA		3		3	<u>Legati alla comunicazione:</u> • Inadeguatezza nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale <u>Legati all'organizzazione:</u> • Scarsa continuità assistenziale	• Verificare l'effettivo arrivo del DM • Il personale è stato reso edotto delle corrette modalità operative • Evento non prevenibile ancorché prevedibile
RITARDO PROCEDURA DIAGNOSTICA		3		3	<u>Legati al personale:</u> • Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	Il personale è stato reso edotto delle corrette modalità operative
TRASFERIMENTO PS		11		11	<u>Legati al paziente:</u> • Condizioni generali precarie/fragilità/infermità/comorbidità (9) <u>Legati alla comunicazione:</u>	• Obbligo di documentare ogni comunicazione clinica rilevante e di verificare con tracciabilità gli esami

					Inadeguatezza nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento (1) <u>Legati all'organizzazione:</u> Scarsa continuità assistenziale	preoperatori, segnalando immediatamente eventuali referti mancanti prima dell'intervento. Il personale è stato reso edotto delle corrette modalità operative per consulenza cardiologica nelle ore notturne/festivi/prefestivi
Totale	63	93	1	157		

*Solo 1 reintervento correttamente segnalato tramite Incident Reporting

Gli eventi **Near Miss** (o **Eventi Evitati – EE**) sono in totale 59 e comprendono:

Allontanamento di paziente durante la notte (1)

Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco (15):

- Mancata prescrizione di farmaco
- Prescrizione di farmaco non necessario
- Prescrizione di farmaco in presenza di allergie

Inadeguata prestazione assistenziale (4):

- Mancata gestione di stato confusionale post-operatorio
- Mancanza o ritardo di consegna documentazione per gestione percorso clinico

Inadeguata procedura diagnostica (22):

- Errori di accettazione esami laboratoristici
- Invio campioni senza accettazione
- Errori di etichettatura campioni
- Mancato prelievo
- Errori di confezionamento campioni

Inesattezza di dati paziente/lato/sede (17)

- Scambio di documenti/etichette tra cartelle cliniche
- Diario clinico incompleto
- Anagrafica/data errata
- Lateralità errata

Ritardo procedura assistenziale (4)

- Raccolta consenso per innesto dopo intervento
- Mancata richiesta riserva ematica
- Eseguiti prelievi sierologici per innesto in SO

Gli **Eventi Avversi** comprendono:

Aggressione ad operatore (5):

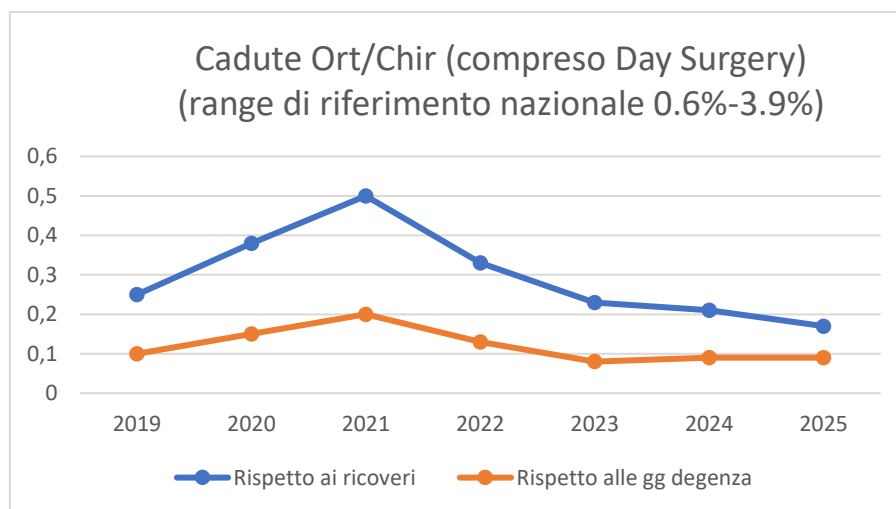
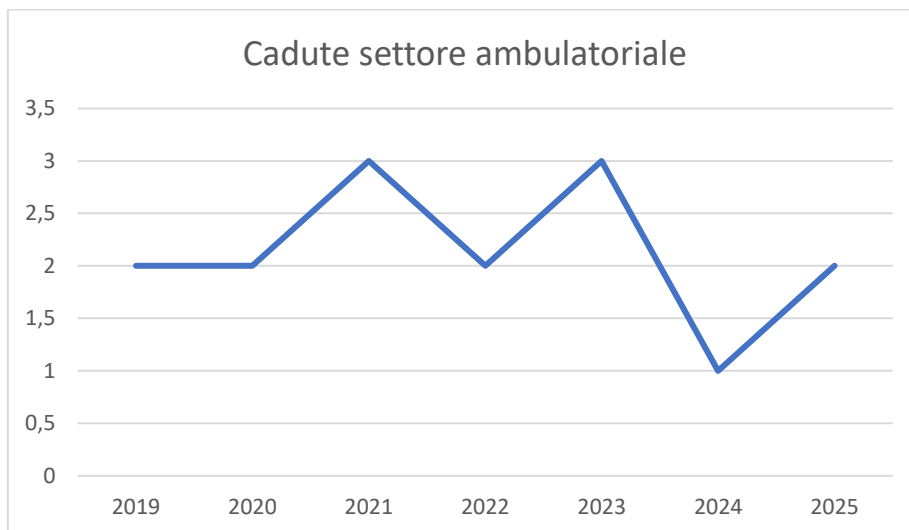
- Marito di degente per disaccordo sede riabilitativa
- Disappunto degente
- Paziente ambulatoriale verso personale front office e medico

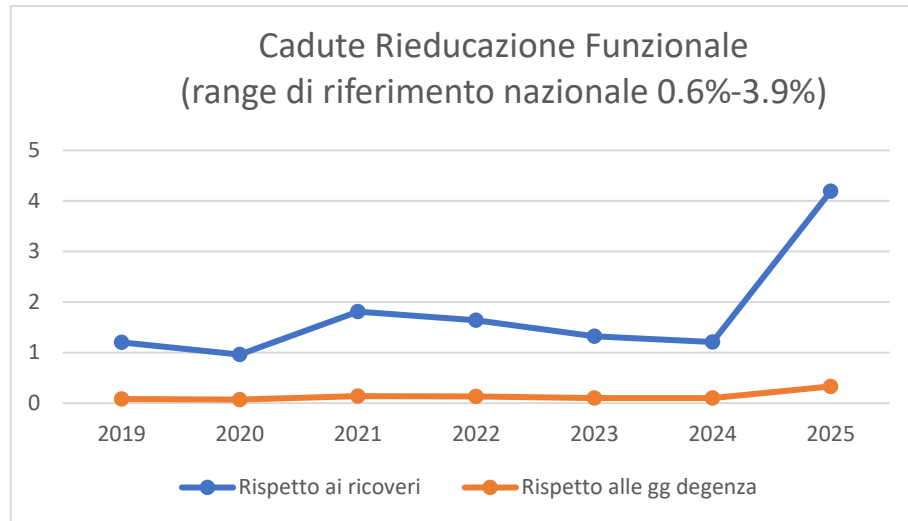
- Parenti di degente per disaccordo su modalità di visita

Caduta (n. 21) di cui:

- N. 2 presso il settore specialistico ambulatoriale
- N. 9 cadute in reparto di Ortopedia/Chirurgia Generale (compreso il Day Surgery)
- N. 9 cadute in reparto di Rieducazione Funzionale

L'andamento delle **Cadute** negli anni produce i seguenti grafici:



**Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco (2):**

- Somministrato farmaco in paziente allergico (senza conseguenze)

Omissione per mancata prescrizione/somministrazione farmaco (1)

- Mancata somministrazione profilassi antibiotica preoperatoria

Inadeguata prestazione assistenziale (3):

- Mancato monitoraggio del dolore
- Stravasamento
- Disestesie dopo puntura lombare

Inadeguata procedura diagnostica (22)

- Provette coagulate/emolizzate
- Errore di provetta
- Volume ematico insufficiente nella provetta
- Raccolto campione superfluo

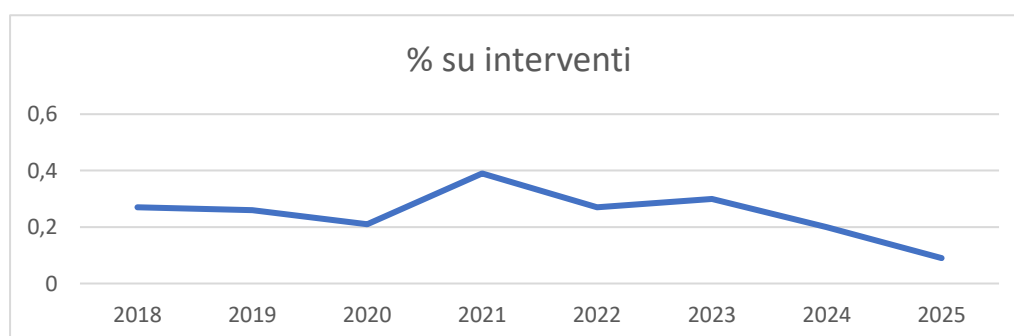
Inesattezza di dati paziente/lato/sede (1):

- Confusi documenti con ricovero precedente con mancata esecuzione prelievo

Infezione (n. 7) 0,09% rispetto ai 7374 interventi eseguiti:

- ISC n. 4

Tabella confronto **Infezioni** (range nazionale di riferimento 0.5-2%)

**Malfunzionamento/malposizionamento di dispositivo/apparecchio (2)**

- Stampante etichette rotta che causa ritardo analisi campione
- Ago di sutura in sito chirurgico per rottura filo

Omissione per mancata prestazione assistenziale (1)

- Mancata rimozione punti di sutura

Reazione a farmaci (7)

- Dopo somministrazione di mezzo di contrasto (6)
- Dopo somministrazione di cefazolina (1)

Reintervento (5)

- Sutura capsulare su protesi ginocchio
- Drenaggio ematoma mammario (2)
- Frattura periprotetica
- Sanguinamento ferita chirurgica

Ritardo procedura chirurgica (3)

- Mancanza materiale protesico
- Mancata esecuzione indagini laboratorio
- Ritardo degli interventi precedenti

Ritardo procedura diagnostica (3)

- Invio a RDI anziché Laboratorio Anatomia Patologica
- Posizionato campione nel frigo sbagliato
- Mancato invio campioni per dimenticanza

Trasferimento al PS di AOUI (11)

- Comparsa di FA (5)
- Dolore toracico
- Assopimento postoperatorio
- Complicanze oculistiche
- Episodio sincope vasovagale
- Sanguinamento punto di prelievo addominale
- Sospetta pancreatite

2 **MATRICE DEL RISCHIO**

Frequenza						
Quasi inevitabile 5 Frequente 4 Occasionale 3 Raro 2 Remoto 1						
			• Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	• Inadeguata procedura diagnostica • Inesattezza di dati paziente/lato/sede • Infezione • Malfunzionamento/mal posizionamento di dispositivo/apparecchiatura • Reazione a farmaci • Ritardo procedura chirurgica • Ritardo procedura diagnostica	• Aggressione ad operatore • Caduta • Omissione per mancata prescrizione / somministrazione farmaco • Inadeguata procedura assistenziale • Reintervento • Trasferimento al PS di AOUI	• Omissione per mancata prestazione assistenziale
		1	2	3	4	5
		Nessun danno	Danno minimo	Danno Moderato	Danno Significativo	Danno Permanente
						Gravità

CLINICA SAN FRANCESCO SRL		RELAZIONE CONSUNTIVA RISK MANAGEMENT		
MOD 1	EDIZIONE 1	REVISIONE 1	DATA 11/03/2026	

3 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N° SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2021	3	80.000,00
2022	5	85.740,00
2023	6	309.535,44
2024	3	133.625,00
2025	8	353.337,41

4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
a) Segnalazione IR attraverso Portale Regione Veneto	Sì	In uso dal 2021
b) Audit su EE/EA	Sì	Eseguiti sui casi meritevoli di approfondimento
c) Valutazione richieste risarcimento	Sì	Costante monitoraggio con CGS e riunione trimestrale
d) Diffusione cultura sicurezza	Sì	Utilizzo della Newsletter e contatto quotidiano. Eseguita indagine sulla cultura della sicurezza
e) Diffusione di linee guida/procedure/protocolli e recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente	Sì	Mantenuto costante aggiornamento
f) Realizzazione di Safety Walk Around	Sì	Eseguita nei Reparti di Ortopedia/Chirurgia Generale/Rieducazione Funzionale (giugno 2025)
g) Formazione operatori dei Professionisti Sanitari sulla sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico	Sì	Raggiunto il 41% dei nuovi inseriti entro il primo anno
h) Coinvolgimento paziente nel rischio clinico	Sì	Proseguiti gli incontri mensili con i pazienti
i) FMECA	No	Nessuna criticità individuata
j) Prevenzione infezioni	Sì	Monitoraggio costante
k) Gestione campioni biologici	Sì	Monitoraggio e rilevamento delle criticità
l) Informatizzazione cartella clinica e terapia farmacologica	Sì	Implementata Terapia farmacologica, parzialmente la Riconciliazione farmacologica, adottati alcuni moduli della CCE che si completerà nel 2026
m) Adesione alle iniziative del settore Rischio Clinico di Azienda Zero	Sì	Aderito a tutte le iniziative di Azienda Zero (Qualità, Sicurezza, Accreditamento; Inseriti dati infezioni sito ISS; Monitoraggio Raccomandazioni Ministeriali; Questionario Agenas DM 19/22; Giornata Mondiale Sicurezza Pazienti; Giornata mondiale violenza operatori)

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività