



Relazione Annuale del Risk Manager sulla gestione del Rischio Clinico Rendicontazione (2025/2026) e Programmazione (2026/2027)

Data: 23.04.2026
Pag. 1 a 5

**STRUTTURA SANITARIA TERME SANTA LUCIA
C. da Santa Lucia n. 8 – 62029 TOLENTINO (MC)**

Risk Manager: Dott. Francesco Migliozi

Assistente di Direzione e Funzionario Istruttore: Dott.ssa Rosalia Calcagnini

Relazione annuale: Giugno 2025 – Giugno 2026

LA STRUTTURA È STATA ACCREDITATA CON DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SETTORE
AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTI DELLA REGIONE MARCHE N. 177 DEL 4 LUGLIO 2025 PER
L'EROGAZIONE DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI: ARRF* – AMS – ST

*ARRF: Ambulatorio di Riabilitazione e Rieducazione funzionale

AMS: Ambulatorio di Medicina dello Sport di I° e II° livello

ST: Stabilimento Termale

ILLUSTRAZIONE DEGLI OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO DEL RISCHIO CLINICO 2025/2026

Nel periodo di riferimento è stata effettuata attività di gestione del rischio clinico, nel rispetto degli obiettivi generali presenti nel Piano di Gestione del Rischio Clinico, con particolare attenzione al consolidamento e al miglioramento continuo dei processi organizzativi e alla sicurezza delle cure.

Gli obiettivi generali individuati nel PIANO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO Giugno 2025 – Giugno 2026, sono di seguito riportati:

- definire e organizzare il flusso informativo relativo al rischio;
- elaborare e interpretare i dati del rischio;
- valutare la dimensione del rischio clinico;
- analizzare gli eventi potenzialmente causa di danno;
- attivare azioni correttive e preventive.

In particolare, è stato mantenuto un flusso informativo strutturato e costantemente monitorato, favorendo la raccolta e la gestione delle informazioni utili ai fini della prevenzione e del controllo del rischio clinico all'interno degli ambulatori interessati, e in premessa citati, e dello stabilimento termale.

L'attività di elaborazione e analisi dei dati disponibili ha consentito di monitorare gli indicatori di rischio e di valutarne l'andamento, confermando l'assenza di eventi avversi e *near miss* nel periodo considerato. Tale risultato evidenzia l'efficacia delle misure organizzative e delle procedure adottate, nonché l'attenzione costante del personale al rispetto delle buone pratiche assistenziali. Emerge, pertanto, che l'azione sia stata principalmente orientata al mantenimento e al rafforzamento delle misure preventive già in essere, promuovendo il miglioramento continuo dell'organizzazione attraverso la formazione e la diffusione della cultura della sicurezza e il consolidamento di un sistema di gestione del rischio clinico efficace e proattivo.

Nello sviluppo delle diverse fasi del progetto sono stati individuati alcuni campi d'intervento ritenuti prioritari, nonché strategici per il raggiungimento degli obiettivi prefissati e per il consolidamento di un sistema organizzativo orientato al miglioramento continuo. Tali ambiti, che di seguito si riportano, rappresentano le aree sulle quali concentrare le azioni di pianificazione, monitoraggio e



Relazione Annuale del Risk Manager sulla gestione del Rischio Clinico Rendicontazione (2025/2026) e Programmazione (2026/2027)

Data: 23.04.2026
Pag. 2 a 5

verifica, al fine di garantire un'attuazione efficace delle attività, ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e promuovere la qualità e la sicurezza dei processi, favorendo al contempo una gestione proattiva delle criticità e delle opportunità di miglioramento. I campi d'intervento strategici, sono: gestione e struttura della documentazione clinica, consenso informato, informazione all'utenza, informazione agli operatori, tracciabilità degli atti e responsabilità, manutenzioni e corretto utilizzo delle apparecchiature, prevenzione e controllo delle infezioni.

RENDICONTAZIONE ANNUALE DEI RISULTATI DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI (2025 – 2026)

In coerenza con gli indirizzi strategici individuati, il Piano del Rischio Clinico declina gli obiettivi generali in obiettivi specifici, articolati e correlati ai diversi ambiti di intervento, definiti e misurabili, che costituiscono il riferimento operativo per la programmazione delle attività e per il monitoraggio dei risultati conseguiti.

Di seguito vengono elencati gli obiettivi specifici del Piano:

Obiettivo n. 1: Identificazione corretta del paziente

Obiettivo n. 2: Migliorare l'efficacia della comunicazione

Obiettivo n. 3: *Clean Care is Safety Care*, "Una cura pulita è una cura sicura"

Obiettivo n. 4: Rischio di danno al paziente a seguito di caduta

Obiettivo n. 5: Consenso informato

Obiettivo n. 6: Sterilizzazione

Analisi del raggiungimento degli obiettivi

Obiettivo n. 1: Identificazione corretta del paziente

Attività analizzate: ARRF

Data valutazione: 01.04.2026

Valutatore: Risk Manager

Responsabile: Coordinamento ARRF

Periodo di riferimento: 01.01.2026 – 30.03.2026

Item di verifica:

1. *Identificazione del paziente:* item di verifica conformi
2. *Corrispondenza tra paziente e prestazione:* item di verifica conformi
3. *Formazione:* item di verifica parzialmente con integrazione di una specifica procedura scritta di identificazione del paziente.

Risultati:

- 100% pazienti identificati correttamente
- 100% personale formato

Valutazione: "Conformità parziale" per assenza di specifica procedura di identificazione del paziente, nonostante la presenza di una prassi consolidata.

Azioni di miglioramento: predisposizione di una procedura di identificazione corretta del paziente.

Responsabili azioni correttive: Direttori Sanitari e Coordinatrici

Scadenza: 30.04.2026

Verifica dell'azione correttiva: La procedura è stata definita e formalizzata in data 23.04.2026

Obiettivo n. 2: Migliorare l'efficacia della comunicazione

Attività analizzate: Servizio Segreteria



Relazione Annuale del Risk Manager sulla gestione del Rischio Clinico Rendicontazione (2025/2026) e Programmazione (2026/2027)

Data: 23.04.2026
Pag. 3 a 5

Data valutazione: 14.04.2026

Valutatore: Risk Manager

Responsabile: Coordinamento Segreteria

Periodo di riferimento: 15.02.2026 – 10.04.2026

Item di verifica:

1. *Comunicazione efficace* (telefonica e verbale): item di verifica conformi
2. *Relazione e Modalità comunicative*: item di verifica conformi
3. *Conformità a procedure e formazione*: item di verifica conformi

Risultati:

- Il numero dei disservizi da comunicazione è monitorato
- 90% del personale formato

Valutazione: Conformità piena

Obiettivo n. 3: *Clean Care is Safety Care*, “Una cura pulita è una cura sicura”

Attività analizzate: ST

Data valutazione: 16.04.2026

Valutatore: Risk Manager

Responsabile: Coordinamento ST

Periodo di riferimento: 01.04.2026 – 15.04.2026

Item di verifica:

1. *Igiene delle mani*: item di verifica conformi
2. *Osservazioni e conformità*: Si raccolgono le evidenze di n. 3 ispezioni effettuate sul personale su: igiene personale degli operatori, igiene e sanificazione, sicurezza operativa, comportamenti sicuri e cultura della sicurezza. Verifiche conformi
3. *Formazione e Responsabilità*: item di verifica conformi

Risultati:

- Le verifiche interne vengono costantemente effettuate
- 100% del personale formato

Valutazione: Conformità piena

Obiettivo n. 4: Rischio di danno al paziente a seguito di caduta

Attività analizzate: ARRF

Data valutazione: 07.04.2026

Valutatore: Risk Manager

Responsabile: Coordinamento ARRF

Periodo di riferimento: 01.02.2026 – 30.03.2026

Item di verifica:

1. *Diffusione e applicazione della procedura*: item di verifica conformi
2. *Formazione del personale*: item di verifica conformi
3. *Valutazione del rischio caduta*: item di verifica conformi
4. *Pianificazione e attuazione delle misure preventive*: item di verifica conformi
5. *Monitoraggio e gestione eventi*: item di verifica conformi

Risultati:

- Ambulatorio n. 12 su 12 cartelle visionate con corretta valutazione rischio caduta



Relazione Annuale del Risk Manager sulla gestione del Rischio Clinico Rendicontazione (2025/2026) e Programmazione (2026/2027)

Data: 23.04.2026
Pag. 4 a 5

- ADI n. 20 su 20 cartelle visionate con corretta valutazione rischio caduta
- Valore atteso $\geq 75\%$ - Indicatore del risultato raggiunto: 100%

Valutazione: Conformità piena

Obiettivo n. 5: Consenso informato

Attività analizzate: ARRF

Data valutazione: 16.04.2026

Valutatore: Risk Manager

Responsabile: Coordinamento ARRF

Periodo di riferimento: 15.03.2026 – 15.04.2026

Item di verifica:

1. *Identificazione del paziente:* item di verifica conformi
2. *Pazienti non collaboranti:* item di verifica conformi
3. *Responsabilità e ruoli:* item di verifica conformi
4. *Gestione del consenso informato:* item di verifica conformi
5. *Formazione del personale:* item di verifica conformi

Risultati:

- Risultato raggiunto 100% delle 15 cartelle sanitarie verificate

Valutazione: Conformità piena

Obiettivo n. 6:

Attività analizzate: Servizio Infermieristico

Data valutazione: 15.04.2026

Valutatore: Risk Manager

Responsabile: Coordinamento Servizio Infermieristico

Periodo di riferimento: 15.02.2026 – 15.04.2026

Item di verifica:

1. *Protocollo sterilizzazione:* item di verifica conformi
2. *Fasi del protocollo:* item di verifica conformi
3. *Azioni di controllo:* item di verifica conformi
4. *Formazione del personale:* item di verifica conformi

Risultati: 100% item soddisfatti

Valutazione: Conformità piena

L'attività svolta nel corso dell'anno ha evidenziato risultati positivi, confermando il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di gestione del rischio clinico.

I risultati raggiunti costituiscono uno stimolo a proseguire nel percorso di miglioramento continuo, mantenendo alta l'attenzione sulla prevenzione, sulla formazione e sulla diffusione della cultura della sicurezza, con l'obiettivo di rendere i processi sempre più efficaci e orientati alla tutela del paziente.

PROGRAMMAZIONE PIANO DEL RISCHIO CLINICO 2026 - 2027

Le azioni realizzate hanno contribuito a rafforzare la cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione, grazie alla collaborazione degli operatori sanitari con la struttura amministrativa, grazie all'attenzione verso la prevenzione e al costante monitoraggio dei processi



Relazione Annuale del Risk Manager sulla gestione del Rischio Clinico Rendicontazione (2025/2026) e Programmazione (2026/2027)

Data: 23.04.2026
Pag. 5 a 5

assistenziali. Si è consolidata una maggiore consapevolezza dell'importanza della gestione del rischio quale strumento fondamentale per garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

Il programma per l'anno 2026 – 2027 prevede la prosecuzione delle attività già avviate, consolidando il percorso intrapreso e introducendo ulteriori obiettivi finalizzati al rafforzamento della sicurezza dei pazienti e al miglioramento continuo della qualità delle cure.

La crescente consapevolezza in materia di rischio clinico all'interno della struttura sanitaria, unitamente a una formazione ormai diffusa e continua del personale, ha consentito di ridefinire con maggiore precisione e puntualità gli obiettivi generali, rendendoli sempre più aderenti ai bisogni organizzativi e alle esigenze di sicurezza dei pazienti.

Alla luce di quanto sopra espresso, saranno obiettivi generali del nuovo piano:

- Promuovere la cultura della sicurezza
- Prevenire gli eventi avversi
- Migliorare la qualità dell'assistenza
- Garantire la corretta identificazione del paziente
- Assicurare l'appropriatezza della documentazione sanitaria
- Migliorare la comunicazione con pazienti e operatori
- Favorire la segnalazione spontanea delle criticità

A questa maggiore puntualità nella definizione degli obiettivi corrisponde l'introduzione di nuovi obiettivi che si aggiungono a quelli già definiti nel precedente Piano, i quali restano comunque oggetto di costante monitoraggio, al fine di garantire il continuo miglioramento e il mantenimento di elevati standard di sicurezza nella gestione del rischio clinico.

Gli obiettivi aggiunti sono finalizzati al potenziamento delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico, al rafforzamento dei processi di monitoraggio e al miglioramento continuo della sicurezza delle cure e di seguito vengono elencati:

Obiettivo n. 7: Gestione della documentazione sanitaria e tracciabilità

Obiettivo n. 8: Gestione degli eventi avversi e near miss

Obiettivo n. 9: Competenze e formazione del personale sul rischio clinico.

In conclusione, il percorso intrapreso conferma il progressivo rafforzamento del sistema di gestione del rischio clinico e della cultura della sicurezza all'interno della struttura. Il mantenimento e l'implementazione degli obiettivi previsti, unitamente all'introduzione di nuove linee di intervento, rappresentano elementi fondamentali per garantire un costante miglioramento della qualità delle cure e la tutela dei pazienti. L'impegno condiviso di tutte le componenti professionali costituisce la base per proseguire, anche nel prossimo anno, nel percorso di consolidamento e sviluppo delle attività avviate.

Il Funzionario Istruttore
F.to Dott.ssa Rosalia Calcagnini

Il Risk Manager
F.to Dott. Francesco Migliozi