PIANO QUALITA' E SICUREZZA 2026

LOCOMOTIVA – RELAZIONE PIANO 2025

Revisione	Data	Redatto da	Approvato da
6	15\01\2026	Referente Accreditamento Dott. Andrea Barni Firma:	Direttore Sanitario Dott.ssa Rosangela Frassine Firma:

Humanitas S.c.S. Onlus
Via N.Sauro , 11 - 59100 Prato
C.F 01953700489
P.iva 00276220977
Tel .0574-4471300

PREMESSA:

La presente relazione illustra i risultati raggiunti nell'anno 2025 in materia di Qualità e Sicurezza delle Cure e rappresenta la base per la definizione del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del paziente per l'anno 2026.

La riorganizzazione effettuata a seguito delle indicazioni previste dal piano di crisi elaborato nel 2023 ha portato all'eliminazione della figura del Responsabile d'Area, tutto ciò oltre ad una importante riduzione dei costi generali di coordinamento, ha comportato benefici nella gestione operativa favorendo una gestione omogenea e trasversale di altre funzioni (coordinamento educativo e inserimenti e coordinamento del personale). Tale riorganizzazione ha visto molte funzioni accentrarsi a caduta sulla figura del Coordinatore Educatore rendendo quest'ultimo profilo ancora più centrale nella gestione complessiva del funzionamento della cooperativa e rendendone necessaria una ridefinizione delle mansioni e competenze. Tuttavia, nel corso dei mesi sono emerse diverse criticità derivanti dal suddetto riassetto, da un lato emergono funzioni che ancora ad oggi si scoprono vacanti e che devono essere riassegnate dall'altro la mancanza di una figura che unificava molte attività porta con sé il rischio di compartimentare eccessivamente la gestione di ogni singolo servizio.

Notevoli difficoltà si sono riscontrate nel reperimento di alcune figure professionali, quali OSS e più ancora Educatori Professionali Sanitari e Pedagogici, nonostante l'attivazione dei più diversi canali di reperimento di risorse umane qualificate. Sono state attivate la ricerca tramite annunci presso i Centri per l'Impiego, l'Università di Firenze, le principali Agenzie Interinali del territorio e recentemente con gli Albi professionali. Per quanto riguarda gli OSS è stata istituita una stabile collaborazione con gli Istituti scolastici superiori ad indirizzo sociosanitario ed il settore Formazione della ASL. Oltre a quanto descritto si è mantenuto costante il monitoraggio delle domande di lavoro giunte spontaneamente in cooperativa oltre a quelle reperite con il metodo del "passaparola". Le collaborazioni e gli accordi citati nel corso dell'anno 2026 saranno ulteriormente estesi e rafforzati pur consapevoli che il fattore principale della difficoltà di reperimento delle diverse qualifiche di Educatore Professionale deriva da una evidente distanza tra la fruibilità dei corsi universitari e la richiesta del mercato del lavoro. In particolare, critico risulta il reperimento di Educatori Professionali Sanitari figura strategica per la Cooperativa non solo in quanto richiesto all'interno delle convenzioni sanitarie ma anche perché attualmente serbatoio obbligato per l'individuazione dei Coordinatori Educatori figura centrale, come visto, nella gestione delle strutture e nel funzionamento generale della Cooperativa. A tal proposito la riflessione attualmente in corso prevede la sperimentazione di una figura di Coordinatore che possa accorpare più servizi, incentivando una gestione maggiormente uniforme delle strutture e riducendo il numero di figure necessarie per tale ruolo anche in risposta alle criticità sopra citate. Altrettanto auspicabile sarebbe riuscire ad interagire, in modo coordinato con le Associazioni di Rappresentanza competenti, nei confronti della committenza da un lato e con le Istituzioni dall'altro al fine modificare le norme che regolano in modo troppo stringente l'individuazione di figure professionali atte al Coordinamento e Gestione delle strutture accreditate.

La Cooperativa ha in essere una Convenzione con l'Azienda ASL Toscana Centro, con priorità nell'inserimento di nuovi utenti per l'area Pratese. Tale Convenzione che riguarda le Strutture residenziali psichiatriche area sanitaria di tipo SRP2A, SRP2.B e SRP3.1 ha scadenza nell'anno 2026. Stiamo quindi predisponendoci per un tavolo di discussione con l'Azienda per evidenziare i punti di maggiore criticità emersi nel periodo di attuazione e porre le basi per una contrattazione in merito nel momento del rinnovo della Convenzione.

Sono sempre attivi anche i rapporti con altri servizi di salute mentale della ASL toscana Centro e con ASL Toscana Nord Ovest.

Da evidenziare che nel corso dell'anno si sono consolidate le pratiche di incontri mensili strutturati fra Cooperativa e Servizio di Salute Mentale di Prato, con l'obiettivo di prevedere e pianificare i nuovi inserimenti, gestire le richieste in emergenza e mantenere un raccordo continuo nell'equipe multiprofessionale ASL/Cooperativa che gestisce il PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale) di ogni utente.

STRUTTURA E SERVIZIO INTERESSATI:

LOCOMOTIVA	VIA ROMA 445 - PRATO	10 POSTI LETTO	**D.3.SRP2.A STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA PER ADULTI PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO A ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE**

Una delle ulteriori aree di miglioramento su cui proseguire a lavorare è rappresentata dalla diffusione delle procedure e delle buone pratiche al gruppo operativo; occorre rafforzare e tracciare con maggior attenzione questi passaggi, in modo da poter arrivare a coinvolgere in modo più capillare il gruppo operativo sull'attuazione operativa di queste modalità codificate ma anche aderenti alle PSP e alle RM adottate.

Il gruppo operativo è molto vasto e impiegato anche in servizi territoriali e trasversali alla struttura; questo assetto ha comportato aspetti di disordine nella comunicazione e nello svolgimento di determinate mansioni, difficoltà nel recepire e nell'attuare direttive e richieste provenienti dalla direzione. In tal senso è stato lavorato allo scopo di individuare referenti specifici per ciascun progetto terapeutico educativo della struttura.

Nel corso dell'anno la struttura è stata oggetto di verifica da parte della "UFSD Vigilanza e controllo strutture sanitarie e sociali", sulla parte documentale della struttura, su personale e attrezzature sanitarie e che si sono risolte con l'invio del materiale richiesto; il controllo è stato diretto alla valutazione del possesso dei requisiti autorizzativi dichiarati della struttura, ed ha avuto esito positivo. Le Verifiche Ispettive Interne sulla struttura, così come previsto dalla PRO-02 VII in ambito Qualità, sono state effettuate dal GRC della Cooperativa.

VERIFICA DEL PIANO QUALITA' E SICUREZZA 2025

OBIETTIVI DI RISCHIO CLINICO:

N° azione	Descrizione	Modalità di verifica	Fonte	Standard	Esito
1	Diffusione della nuova procedura di segnalazione PRO-IR-SA	Presenza verbale VCD-SQ firmato	Documentale	100% del personale di struttura	**0%**
2	segnalazioni ricevute nel 2025 secondo la nuova PRO-IR-SA	N. di segnalazioni giunte al facilitatore di riferimento	DATABASE GRC	>\=3	**2**
3	Audit HFMEA	N. di audit effettuati	Registro GRC	>\=1	**0**
4	M&M review	N. di M&M effettuati	Registro GRC	>\=1	**1**
5	SWR (giro della sicurezza)	N. di giri effettuati	Registro GRC	>\=1	**1**

6	Azioni di miglioramento	N. di azioni di miglioramento implementate	Registro GRC	100%	**100%**

OBIETTIVI DI ACCREDITAMENTO:

N° azione	Descrizione	Modalità di verifica	Fonte	Standard	Esito
1	Sistema di tracciamento diffusione Procedure e buone pratiche	Presenza verbale di riunione responsabili con presentazione Mod.VCD-SQ	Documentale	1 verbale	**1**
2	Costruzione nuove check list di accreditamento	Presenza strumento	Documentale	Mod.CL SRP2-SA presente	**1**
3	Formazione su utilizzo nuove check list di accreditamento Mod.CL SRP2-SA	Verbale formazione presente	Documentale	>\=1 verbale	**1**
4	Applicazione delle nuove check list di accreditamento Mod.CL SRP2-SA	Verbale di verifica interna controllo Accreditamento	Documentale	1 File compilato ed aggiornato alla data del controllo	**NO**
5	Formazione Rischio aggressione	Presenza verbale di partecipazione	Documentale	100% degli operatori di struttura	11\13=**84%**
6	Sistematica valutazione del personale	N. di operatori valutati con apposita scheda Mod. QVAL-SQ	Registro del personale	100% del personale assunto da più di 6 mesi nella struttura	12\12=**100%**
7	Diffusione procedure	n. di procedure o protocolli diffusi	Mod.VCD-SQ	>\=3	**2**
8	Rischio Aggressione: formazione etnopsichiatria	Verbale di partecipazione alla formazione	Registro del Personale	80% degli operatori della struttura assunti da più di 6 mesi	**5\13= 38%**
9	Rischio Suicidario: Interventi ambientali N. 4 bagni utenti: -soffioni doccia antiimpiccagione -installazione allarme a pulsante -installazione serrature di sicurezza -specchio con vetro di sicurezza	Giro della Sicurezza	Sopralluogo diretto	100% di ciascun intervento effettuato su ciascun bagno	**100%**

10	Formazione Disturbo Borderline	Presenza Attestati	Registro del Personale	=\>2 operatori di struttura	**5**
11	Formazione Social Skills	Presenza Attestati	Registro del Personale	=\>2 operatori di struttura	**10**
12	Incremento turn over ospiti	Presenze Utenti	Report educativo di struttura	=\> 2 utenti trasferiti =\>2 nuovi inserimenti	**3** **1**

OBIETTIVI PIANO QUALITA' E SICUREZZA 2026

PSP E RACCOMANDAZIONI ADOTTATE

Vedasi le check list di riferimento in allegato al presente Piano, che descrivono l'adozione delle RM e PSP per la struttura di riferimento.

Dall'analisi delle segnalazioni ed emergenze ricevute, dalla verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi dell'anno 2025, dal confronto con il gruppo operativo e con la direzione della Cooperativa sono stati individuati i seguenti obiettivi di miglioramento per il 2026, suddivisi in 3 aree:

- obiettivi strettamente legati alla gestione del rischio clinico,

- obiettivi di miglioramento generali

- obiettivi ed azioni migliorative trasversali

OBIETTIVI DI RISCHIO CLINICO:

TABELLA INDICATORI RISCHIO CLINICO:	**2026**				
	Formazione base rischio clinico di 8 ore per i nuovi assunti	**Incident reporting: almeno 3 segnalazioni anno 2026**	**M&M: almeno 1 M&M anno 2026**	**Audit: almeno 1 audit anno 2026**	**SWR 1 per struttura**
STANDARD RIGOCCIOLI	80%	>3	1	1	1 verbale di giro della sicurezza

OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

N° azione	Descrizione	Modalità di verifica	Fonte	Standard	Punteggio Raggiunto
1	**Implementare formazione su rischio aggressione operatori**	Piano Formativo 2026 Verifica presenza attestati Registro del personale	Registro del personale	90% personale di struttura	
2	**Riunioni del GRC aziendale**	Almeno 10 incontri nel corso del 2026	Verbale di direzione	Almeno 10	
3	**Adesione alla PSP sulle Interruzioni**	1 incontro annuale di sensibilizzazione	Verbale di presenza	90% del personale di struttura	
4	**Valutazione clima interno**	Presenza report di struttura	documento	Presenza documento nella struttura	
5	**Restituzione risultati analisi clima interno**	Riunione di struttura	Verbale di restituzione	1 verbale	
5	**Valutazione Soddisfazione**	Presenza report di struttura	documento	Presenza documento nella struttura	
6	**Lettera di trasferimento utenti**	Presenza lettera di trasferimenti nella CUT degli utenti trasferiti in altra struttura della Cooperativa	documento	100% degli utenti trasferiti nel 2026	
7	**Diffusione delle procedure**	-Almeno 3 verbali di diffusione su 3 procedure -Questionario di conoscenza a tutti gli operatori per ciascuna procedura.	Mod. VCD-SO Registro responsabile Formazione	90% personale operativo assunto > 6 mesi 80% del personale che ha compilato ciascun questionario	
8	**Prevenzione Rischio Farmaci Look Alike\Sound Alike**	Introduzione sistema di Alert di riconoscimento	Armadio Farmaci	Applicazione dispositivi di alert	

OBIETTIVI ED AZIONI MIGLIORATIVE TRASVERSALI 2026

1. Implementazione digitale del canale di segnalazione dell'Incident Reporting attualmente su cartaceo
2. Aggiornamento Procedura Inserimenti (PRO EROGAZIONE DEL SERVIZIO-SA)
3. Aggiornamento Procedura Emergenze (PRO GE-SA)

4. Aggiornamento Procedura Prevenzione Atti di Violenza (PRO PAV-SA)
5. Aggiornamento Istruzione Operativa Scale di Valutazione Rischio Assistenziale (IST-OP SVR-SA)
6. Nuova Procedura Gestione del Dolore (PRO DOL-SQ)

VERIFICA PIANO QUALITA' E SICUREZZA PER L'ANNO 2026

Al termine dell'anno il referente Rischio Clinico realizzerà un report di verifica sul Piano e sulla programmazione delle azioni previste, comprensivo di:

1. Quantificazione del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti dal Piano
2. Analisi e commento qualitativo sull'andamento del percorso di gestione del rischio clinico
3. Aggiornamento delle Linee Guida e Raccomandazioni Ministeriali
4. Individuazione di nuove criticità emergenti e report sulle segnalazioni
5. Quantificazione della realizzazione delle azioni migliorative individuate

Le azioni correttive contemplate nel Piano derivano dal monitoraggio del Piano precedente, in relazione agli standard previsti.

Humanitas
every cloud has a silver lining

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
Struttura LOCOMOTIVA SRP2.A
Via Roma 445 – Prato

RACCOMANDAZIONE	SI	N.P.
1- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio		X
2- Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico		X
3- Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura		X
4- Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	X	
5- Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0		X
6- Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto		X
7- Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	X	
8- Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	X	
9- Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	X	
10- Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati		X
11- Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)		X
12- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	X	
13- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	X	
14- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici		X
15- Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso		X
16- Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita		X
17- Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	X	
18- Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	X	
19- Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	X	

N. RM adottate\N. RM pertinenti: 9\9 = 100% applicazione RM

Direzione Sanitaria Dott.ssa Rosangela Frassine

Data 15\01\2026 Firma _____

Via Nazario Sauro, 11 – 59100 Prato Tel. 0574-4471300 Fax 0574-4471301 E-mail segreteria@coophumanitas.it
P.IVA 00276220977 C.F. 01953700489

PRATICHE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
Struttura: LOCOMOTIVA SRP2.A
Via Roma 445 Prato

GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	SI	NP
Reporting and Learning System (RLS)	X	
Gestione della relazione e della comunicazione interna, con il paziente e coi familiari per gli eventi avversi	X	
HANDOVER – Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico	X	
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI	**SI**	**NP**
Identificazione della sepsi e dello shock settico	X	
Uso corretto degli antibiotici	X	
Le mani pulite	X	
Utilizzo cateteri venosi centrali		X
Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica		X
Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica (VAP)		X
"A mani nude"		X
SICUREZZA IN CHIRURGIA	**SI**	**NP**
Check list di sala operatoria		X
Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso		X
SICUREZZA ASSISTENZIALE		
PEWS – Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici		X
Introduzione di un braccialetto identificativo		X
Prevenzione del rischio nutrizionale	X	
Prevenzione delle cadute dei pazienti nei contesti sanitari	X	
Prevenzione delle cadute dei pazienti pediatrici		X
Prevenzione errori dovuti ad interruzioni	X	
Prevenzione, identificazione e gestione del Delirium		X
Misura e gestione del dolore	X	
Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione		X
Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)		X
Prevenzioni errori incompatibilità AB0		X
SICUREZZA IN OSTETRICIA		
Prevenzione e gestione emorragia post-partum		X
Prevenzione e gestione della distocia di spalla		X
Check list di sala operatoria Procreazione Medicalmente Assistita		X
Check list per la sicurezza della nascita		X
SICUREZZA IN TERAPIA	**SI**	**NO**
Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci: siringhe, pompe-siringhe, flebo		X

Via Nazario Sauro, 11 – 59100 Prato Tel. 0574-4471300 Fax 0574-4471301 E-mail segreteria@coophumanitas.it
P.IVA 00276220977 C.F. 01953700489

Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia (in modalità autosomministrazione PAF)	X	
Scheda Terapeutica Unica per il SERT		X
Gestione dei chemioterapici antiblastici (CTA)		X
Farmamemo		X
ALTRE	**SI**	**NO**
Promozione della relazione fra residenti e familiari e\o caregiver per la costruzione di stanza degli abbracci e\o modalità di contatto periodiche con i familiari		X
Missione di soccorso in Emergenza Territoriale (All.A)		X
Missione di soccorso in Emergenza Territoriale (All.B)		X
Gestione farmaci in Emergenza Territoriale (All.C)		X

Pratiche adottate\Pratiche pertinenti:10\11 91% di applicazione

Direzione Sanitaria Dott.ssa Rosangela Frassine

Data 15\01\2026 Firma.....

Via Nazario Sauro, 11 – 59100 Prato Tel. 0574-4471300 Fax 0574-4471301 E-mail segreteria@coophumanitas.it
P.IVA 00276220977 C.F. 01953700489