



MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DEGLI EVENTI AVVERSI 2025

Città di Lecce Hospital e D'Amore Hospital

***“Le due cose più importanti non compaiono nel bilancio di un’impresa:
la sua reputazione e i suoi uomini”***

Henry Ford



Sommario

▪ PREMESSA	3
▪ STRUMENTI E AZIONI PRINCIPALI	4
▪ IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI: REPORT ANNO 2025	5
▪ RIUNIONI CICA E INDAGINI DI PREVALENZA CDL HOSPITAL 2025	9
▪ RIUNIONI CICA E INDAGINI DI PREVALENZA DAM HOSPITAL 2025	19
▪ AUDIT E PIANI DI MIGLIORAMENTO (Periodo 01/01/2025 – 31/12/2025)	21
▪ AUDIT CLINICI	22
▪ RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	24
▪ ATTIVITÀ DI AUDIT	26
▪ AUDIT INTERNI	26
▪ AUDIT DI SISTEMA	28
▪ CUSTOMERE CARE	28
▪ AUDIT CLINICI	30
▪ RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	31
▪ AUDIT INTERNI	33
▪ AUDIT DI SISTEMA	35
▪ AZIONI DI MIGLIORAMENTO	35
▪ CUSTOMERE CARE	36
▪ VALUTAZIONE E GESTIONE DEI SINISTRI (L. 24/2017 ART.2 CO. 5)	37



PREMESSA

La gestione del rischio clinico rappresenta un elemento fondamentale per garantire la sicurezza di operatori e pazienti e la qualità delle prestazioni erogate. In un contesto caratterizzato da crescente complessità organizzativa e tecnologica, l'attenzione alla prevenzione degli eventi avversi e alla promozione di una cultura della sicurezza assumono un ruolo strategico.

Attraverso l'analisi sistematica dei dati raccolti ed il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori sanitari, la Direzione si propone di rafforzare e promuovere un approccio proattivo alla gestione del rischio, attraverso pratiche assistenziali sicure, efficaci ed orientate verso il paziente.

La presente relazione annuale ha l'obiettivo di illustrare le attività svolte nell'ambito della gestione del rischio clinico nel corso dell'anno 2025, analizzando i principali eventi segnalati, le criticità emerse e le azioni di miglioramento intraprese all'interno delle due Strutture dell'Area Salento di GVM Care & Research Città di Lecce Hospital e D'Amore Hospital. Tale documento si configura quindi, come uno strumento di trasparenza, monitoraggio e supporto alla governance clinica, finalizzato a consolidare una cultura della sicurezza condivisa tra tutti i professionisti operanti nei due presidi.

Le Strutture oggetto della presente relazione fanno parte del Gruppo GVM *Care & Research*, realtà sanitaria di rilievo nazionale e internazionale operante nell'ambito dell'alta specialità che si distingue per un modello organizzativo orientato all'eccellenza clinica, all'innovazione tecnologica, e alla sicurezza delle cure, promuovendo un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Città di Lecce Hospital, Struttura Sanitaria privata Accreditata, fa parte del Gruppo GVM *Care & Research* dal 1997 e rappresenta uno dei principali riferimenti sanitari a livello locale e nel contesto nazionale. La struttura sita in Lecce è centro HUB nella rete IMA SCA ed effettua prestazioni di alta specialità non solo con riferimento al ciclo cuore ma anche per le aree di polispecialistica quali Ortopedia, Neurochirurgia, Oculistica e Chirurgia generale. Dotata di tecnologie avanzate e di un approccio multidisciplinare, la Struttura eroga prestazioni di alta specialità in regime di ricovero ordinario, Day service e attività ambulatoriali, promuovendo percorsi assistenziali orientati alla sicurezza, alla qualità delle cure ed alla centralità dell'assistito.

Sotto la stessa denominazione rientra anche la Struttura D'Amore Hospital centro di riferimento per le prestazioni di Ortopedia e Chirurgia Vertebrale, sito nel centro della città di Taranto.






Il presidio è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed offre prestazioni sia in regime ambulatoriale che di ricovero e si distingue per l'elevato livello di specializzazione e per l'offerta di percorsi assistenziali integrati, rappresentando un punto di riferimento per il territorio.






Di seguito si riportano i dati sintetici relativi ai volumi di attività delle due Strutture Sanitarie.

Volumi di attività CDL Hospital anno 2025:

 N. ricoveri.....	1125
 N. Day service.....	391
 N. prestazioni ambulatoriali.....	136.901

Volumi di attività DAM Hospital anno 2025:

 N. ricoveri.....	3320
 N. Day service.....	1773
 N. prestazioni ambulatoriali.....	154.586

Entrambi i centri si sono dotati di un modello organizzativo per la gestione, il controllo e la riduzione del rischio clinico che prevede un Nucleo Aziendale per la gestione del Rischio Clinico (NARC) e il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) quali organismi istituzionali che hanno il compito di coordinare tutti i progetti e le azioni di governo del rischio a supporto dei processi assistenziali.

Il nostro sistema di gestione del rischio clinico è un sistema integrato basato sulla collaborazione tra diversi settori e molteplici figure professionali, tra i quali l'Uff. Qualità e Accreditamento, la Direzione Sanitaria, il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza, l'Ingegneria Clinica, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'Ufficio Legale, il Controllo di Gestione ed altre strutture che di regola mettono in rete le informazioni necessarie a intercettare le aree e le attività a maggior rischio per le quali è necessario implementare azioni di miglioramento. Tale sistema prevede che il miglioramento della pratica clinica e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, si esplicati tramite la costante verifica dei risultati e il confronto delle performance basato su indicatori validati a livello regionale e nazionale.

STRUMENTI E AZIONI PRINCIPALI

La gestione del rischio clinico in una Struttura Sanitaria è un insieme organizzato di metodi e strumenti finalizzati a prevenire errori, ridurre i danni ai pazienti e migliorare la qualità delle cure. Nell'ambito del Risk Management sanitario, esistono diversi strumenti operativi.

Per ottenere un efficace sistema di prevenzione e gestione del rischio sanitario l'organizzazione, attraverso le sue articolazioni competenti, utilizza principalmente gli strumenti di seguito riportati:



- a) Sistema di segnalazione informatizzato (*incident reporting*) strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, involontari, anche causati da criticità organizzative latenti. Tali eventi possono determinare un danno al paziente o rappresentare situazioni di rischio, i cosiddetti *near miss* o “eventi evitati”, che hanno la potenzialità di provocare un evento avverso con danno, che però non si verifica per effetto del caso fortuito o perché intercettato da barriere efficaci che ne impediscono il compimento. Scopo principale del sistema di segnalazione volontaria è di sviluppare la cosiddetta “cultura della sicurezza” attraverso la non colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore; la raccolta, la catalogazione e l’analisi degli eventi segnalati permette di “imparare dall’esperienza” vissuta nei singoli contesti e processi organizzativi, affinché si possano attivare progetti virtuosi di prevenzione dell’errore a tutti i livelli dell’organizzazione.
- b) Tecniche di Audit, ossia incontri tra le persone coinvolte in un evento avverso, durante i quali vengono indagati tutti gli aspetti e i fattori che possono avere causato l’evento stesso, il che consente di individuare progetti di miglioramento da mettere in atto per evitarne il ripetersi.
- c) Tecniche di analisi proattiva quali FMEA (*failure mode and effect analysis*) per la prevenzione e conseguente riduzione degli errori. Tali tecniche prevedono una mappatura dei processi al fine di individuare e trattare i potenziali rischi, con l’obiettivo di prevenire errori/incidenti prima del loro accadimento.
- d) Adozione delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente.
- e) Adozione di un sistema di prevenzione delle lesioni da decubito e delle cadute in ospedale.
- f) Adozione di checklist di sicurezza.
- g) Formazione specifica degli operatori sanitari finalizzata a creare consapevolezza e cultura della prevenzione dell’errore, quale pilastro portante delle attività cliniche.
- h) Implementazione di un sistema di raccolta e analisi delle segnalazioni e reclami degli utenti da parte dell’URP, quale strumento per il miglioramento dei processi e la semplificazione delle procedure mediante il continuo rapporto dialettico tra comunicazione interna ed esterna.



IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI: REPORT ANNO 2025

Un efficace sistema di segnalazione rappresenta la pietra angolare della sicurezza e una misura di progresso dell’organizzazione verso il cambiamento culturale necessario per l’erogazione di cure più efficaci e sicure in ambienti lavorativi che tutelino operatori e pazienti. Senza un canale di comunicazione tra operatori e organizzazioni sanitarie, la “gestione” di un evento avverso, se pure adeguata e corretta, non riesce a diventare un modello istruttivo per gli operatori né informativo per i responsabili apicali della struttura stessa. Come conseguenza, gli stessi errori possono verificarsi ripetutamente in contesti diversi, con danni che potrebbero essere invece prevenibili. Una tra le soluzioni a questi problemi è la segnalazione degli eventi avversi da parte dei medici e degli



altri operatori sanitari all'interno delle rispettive organizzazioni e da parte dell'organizzazione sanitaria a un sistema di segnalazione regionale o nazionale.

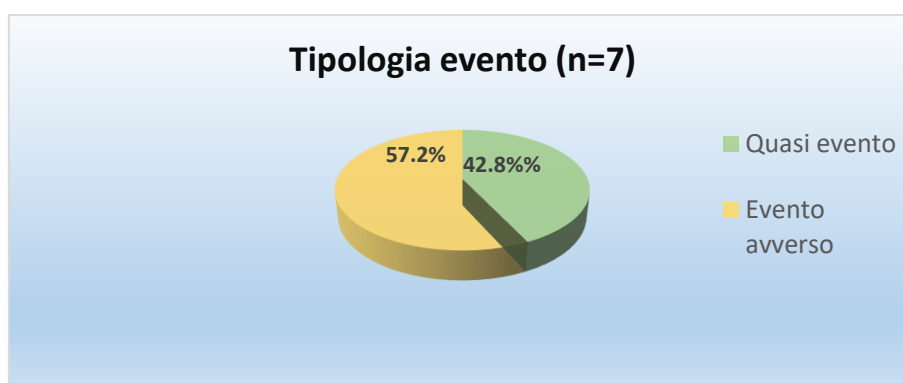
La sicurezza del paziente deriva, pertanto, dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) sia di contenere e governare gli effetti degli errori che comunque, inevitabilmente, si verificano (protezione).



Segnalazioni CDL e DAM pervenute dal 01/01/2025 al 31/12/2025

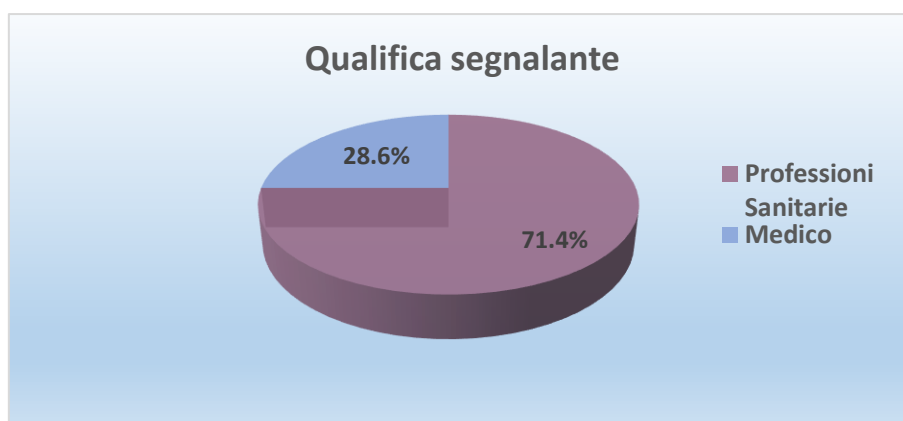
Tipologia evento (n=7)

Quasi evento	Evento avverso	Evento sentinella
3	4	0



Qualifica segnalante

Medico	Professioni sanitarie	Personale Amministrativo
5	2	0





Distribuzione segnalazioni suddivise per Unità Operativa e tipologia evento

AREA	Unità Operativa/Servizio segnalante	Tipologia evento			Qualifica segnalante	
		Quasi Evento	Evento avverso	Evento Sentinella	Medico	Professioni Sanitarie
DEGENZE CHIRURGICHE	Ortopedia DAM	1	2	0	3	
	Terapia Intensiva CDL	1		0		1
AMBULATORI	Laboratorio CDL		1	0		1
EMODIALISI	Servizio Emodialisi		1	0	1	
BLOCCO OPERATORIO	S.O. Polispecialistica CDL	1		0	1	

Tipologia eventi/Quasi Eventi segnalati

Tipologia segnalazioni	Quasi Evento	Evento avverso
Paziente dializzato non aderente a terapia salvavita		1
Gestione fase di Risveglio paziente post-procedura	1	
Ritenzione di strumentario o materiale estraneo nel sito chirurgico		2
Esecuzione errata Emocromo a caldo		1
Gestione percorso del Farmaco	1	
Gestione esame istologico	1	

Com'è ormai noto, il Risk Management in sanità (Clinical Risk Management) è un processo sistematico, che ingloba sia la dimensione clinica che quella gestionale, attraverso un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti/utenti sia ambulatoriali che in regime di ricovero o day service. L'attività di gestione del rischio svolta presso le nostre Strutture è articolata in quattro fasi fondamentali:

- 1) Definizione degli obiettivi di riduzione del rischio: definizione dei progetti da implementare e delle aree di cui si vuole mappare il rischio, sulla base della criticità dei processi e dell'andamento degli eventi avversi nelle varie Unità Operative.
- 2) Valutazione del rischio clinico: analisi approfondita dei processi critici individuati, al fine di identificare i rischi più rilevanti sui quali sia più urgente intervenire ri-progettando i processi. L'esito di tale fase è una dettagliata mappa delle aree di rischio di ciascun processo analizzato e delle cause profonde che generano eventi avversi.
- 3) Impostazione ed applicazione delle azioni correttive: dopo l'accurata analisi del rischio, vengono progettate, individuate ed applicate le misure preventive utili per evitare il ripetersi



dell'evento. Tali azioni si basano tipicamente su un'accurata attività di formazione del personale, modifiche alle procedure esistenti, introduzione di strumenti tecnologici o informatici atti a ridurre la probabilità di eventi avversi (prevenzione) o il danno sui pazienti (protezione).

- 4) Monitoraggio del rischio: attraverso sistemi di monitoraggio degli eventi avversi vengono verificati i risultati delle azioni correttive già implementate ed inoltre vengono identificate le nuove criticità. Questa fase è fondamentale per alimentare la fase 1 (trattandosi di un processo ciclico), in quanto, delineando le aree in cui il verificarsi di eventi avversi o *near miss* è maggiore, dà un'indicazione di quali siano le aree che necessitano di intervento puntuale, supportando così la definizione dei nuovi obiettivi di miglioramento.

Un'analisi intensiva viene avviata quando livelli, ricorrenze o tendenze variano in misura significativa e indesiderata rispetto a: aspettative, gli stessi dati di altre organizzazioni, standard riconosciuti. L'analisi viene condotta per i seguenti casi:

- a. tutte le reazioni trasfusionali accertate;
- b. tutti gli eventi avversi gravi da farmaco;
- c. tutti gli errori significativi di terapia;
- d. tutte le discrepanze considerevoli tra diagnosi preoperatoria e diagnosi postoperatoria;
- e. eventi avversi o ricorrenze di eventi avversi durante l'uso di anestesia e sedazione moderata o profonda;
- f. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- g. altri eventi avversi, ad esempio, infezioni ospedaliere ed epidemie di malattie infettive.

Nel 2025 rispetto al **punto a)** Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0: non si sono verificati eventi avversi o eventi sentinella né sono pervenute segnalazioni da parte di ciascuno dei due centri Trasfusionali di riferimento. Pertanto continuerà l'opera di sensibilizzazione degli operatori già intrapresa a partire dal 2017 a seguito delle nuove disposizioni ministeriali in termini di sicurezza e corretto utilizzo del sangue. Inoltre, essendo cambiata la modulistica da adottare per i centri trasfusionali di riferimento delle due Strutture si effettuerà una capillare azione di monitoraggio sulla qualità della compilazione ed utilizzo dei moduli corretti. Nel periodo estivo anche quest'anno in DAM si è verificata una carenza di sangue di alcuni gruppi specifici, pertanto si sono gestite le note operatorie praticando in sinergia con il servizio trasfusionale di riferimento alcune procedure che rientrano nel PBM (Patient, Blood, Management) verificando i valori di emoglobina di partenza e inviando presso il trasfusionale i pazienti in elezione per la corretta preparazione all'intervento.

Rispetto al **punto b)** ed al **punto c)**, non si sono riscontrati errori o *near miss* di farmacoterapia né sul presidio di Lecce, né sul presidio di Taranto. Tuttavia, nel percorso del farmaco presso CDL si è riscontrato un *near miss* dovuto all'invio di un farmaco scaduto da parte del magazzino centrale che è stato prontamente individuato, durante il riordino della farmacia della Terapia Intensiva, smaltito





tra gli scaduti e segnalato alla farmacia centrale per revisione dei loro processi interni di controllo delle scadenze.

Non abbiamo riscontrato discrepanze tra diagnosi pre e diagnosi post-operatoria come da **punto d)** Il controllo a campione delle cartelle cliniche non ha evidenziato errori o discrepanze significativi.

Per CDL Hospital l'adozione della cartella digitale ha eliminato alcuni errori di valorizzazione della data di dimissione sulla SDO. Su 40 cartelle dell'area cuore si sono riscontrati errori di codifica i più impattanti dal punto di vista economica sono quelli inerenti le procedure TAVI e le sostituzioni valvolari con coronarografia.

Per DAM Hospital si è ridotta la criticità riscontrata inerente lo scarico del materiale protesico per i ricoveri di Ortopedia. L'effettuazione a posteriori dello scarico fa sì che su alcune SDO non sia presente il codice di repertorio. Questa anomalia ha un'incidenza sul totale delle cartelle cliniche del 4.3% vs il 9.3% dell'anno precedente, registrando un trend positivo dovuto all'implementazione del conto deposito del materiale protesico.

In merito al **punto e)** in DAM si sono verificati due eventi avversi: una rottura accidentale di un'asta per l'infusione di farmaci nel blocco operatorio senza danni per il paziente e per gli operatori; e un evento che hanno coinvolto in maniera diretta un paziente a seguito della rottura accidentale e imprevedibile di un profilo filettatore del manipolo di ortopedia con ritenzione nei tessuti molli del paziente. Anche in questo caso il paziente non ha riportato alcun danno. Questo evento ricade anche nel **punto f)** come malfunzionamento di dispositivo medico.

Per CDL Hospital anche nel 2025 si sono registrati guasti alle grandi macchine, a seguito di sbalzi di tensione in particolare:

- In sala RM ci sono stati alcuni fermi a seguito dell'interruzione improvvisa della corrente elettrica che ha provocato danni all'iniettore bloccando temporaneamente gli esami con contrasto;
- anche in Radioterapia si sono verificati due episodi di fermo temporaneo per guasti dovuti alla stessa problematica.

Per DAM hospital è stata programmata per l'inizio del 2026 la sostituzione dell'apparecchiatura di Risonanza Magnetica per via dei numerosi guasti e fermi tecnici verificatisi.

RIUNIONI CICA E INDAGINI DI PREVALENZA CDL HOSPITAL 2025

In merito alla sorveglianza e monitoraggio delle Infezioni Correlate all'assistenza, nel 2025 il Comitato ICA si è riunito tre volte su entrambi i Presidi.

Per CDL la **prima riunione** effettuata l'11.04.2025 ha riguardato la valutazione dei dati complessivi per l'anno 2024 ed il confronto con il trend degli isolamenti rispetto al 2023. Si sono discussi con i





Responsabili delle U.O. e con i coordinatori infermieristici i dati relativi agli esami colturali positivi ed ai principali isolamenti per unità operativa, è stato prodotto e distribuito il report riassuntivo effettuato dal CICA in collaborazione con il Laboratorio Analisi.

L'incidenza complessiva di ICA per la Struttura nel anno in oggetto è in linea con il trend in diminuzione riscontrato già nel biennio precedente. Infatti, dal 2.95% riscontrato nel 2022, si è passati all' 1.87 del 2023, all'1.76% del 2024.

Si precisa che la riduzione è avvenuta rispetto ad un volume di ricoveri che è aumentato per via del budget aggiuntivo attribuito per l'abbattimento liste d'attesa. In generale, l'incidenza di ICA è sempre al di sotto del 5% di soglia di tolleranza riconosciuto a livello nazionale.

Si sono riscontrate 1 o più ICA in 66 pazienti su 3751 ricoveri (degenze ordinarie al netto dei Day Service).

La mortalità generale della Struttura nel primo semestre è pari allo 0.64% calcolata come decessi (13) su totale ricoveri ordinari (2044).

La mortalità correlata ad ICA su totale ricoveri è pari allo 0.09%.

La % di decessi con ICA sul totale dei decessi è pari al 15.38%

I pazienti deceduti con concomitanti ICA sono in totale 2 di cui 1 in T.I. sottoposto a procedura cardiocirurgica maggiore e 1 in UTIC afferito attraverso la rete dell'emergenza urgenza IMA-SCA.

La mortalità generale della Struttura nel secondo semestre è pari allo 0.82% calcolata come decessi (14) su totale ricoveri ordinari (1707).

La mortalità correlata ad ICA su totale ricoveri è pari allo 0.23%.

La % di decessi con ICA sul totale dei decessi è pari al 28,57%

I pazienti deceduti con concomitanti ICA sono in totale 4 tutti sottoposti a procedura cardiocirurgica maggiore, due giunti in urgenza trasferiti da Ospedali pubblici limitrofi.

Il dato complessivo sulla mortalità per l'anno 2024 è di 0.71% decessi sul totale dei ricoveri.

La mortalità correlata ad ICA su totale ricoveri è pari allo 0.16%.

La % di decessi con ICA sul totale dei decessi è pari al 22.22%

Nell'analisi dei dati del secondo semestre si è riscontrato un significativo incremento della degenza per alcuni specifici DRG. Si riporta tabella.





DEGENZA MEDIA DRG PER U.O. RICOVERI CON E SENZA ICA		
CARDIOCHIRURGIA	D.M. GG	D.M. CON ICA GG
DRG 104	12,22	21,3
DRG 105	11,38	18
DRG 111	8,14	12,5
DRG 550	11,75	16,75
RIABILITAZIONE CARDIOL.	D.M. gg	D.M. CON ICA gg
DRG 145	6,83	13,6
CARDIOLOGIA	D.M. gg	D.M. CON ICA gg
DRG 551	6,8	12
DRG 117	2,17	18
DRG 557	6,14	10,7
DRG 127	7,9	18,5
ORTOPEDIA	D.M. gg	D.M. CON ICA gg
DRG 545	5,08	9,3

Nel DRG 104 ricadono anche pazienti sottoposti a TAVI, tuttavia non essendoci stati casi di ICA correlati a questa procedura, per il calcolo della degenza media sono stati considerati solo i ricoveri con sostituzione valvolare chirurgica.

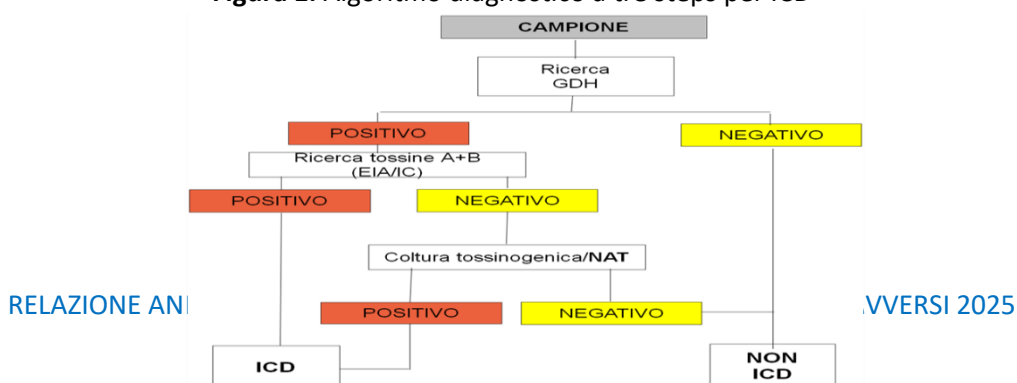
Gli incrementi in media per alcuni DRG con ICA risultano quasi del doppio rispetto alle giornate di degenza media a parità di DRG. Anche per le revisioni di protesi d'anca l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza determina un allungamento dei tempi di degenza di quasi il doppio.

Nella **seconda riunione** effettuata il 09.07.2025 i punti trattati sono stati:

La revisione della Procedura di gestione delle infezioni da Clostridium Difficile si è resa necessaria poiché nel corso del secondo trimestre si è verificato un caso nell'U.O. di CCH.

Il caso è stato prontamente segnalato e gestito come da procedura aziendale L'iter diagnostico si è fondato sull'algoritmo descritto in figura 1. Il personale ha informato i familiari circa le misure igienico sanitarie da rispettare per contenere la diffusione e i DPI da usare per poter visitare il paziente.

Figura 1. Algoritmo diagnostico a tre steps per ICD





La positività del paziente ci ha dato lo spunto per verificare e poter riscontrare la corretta adesione da parte del personale sanitario alla procedura aziendale in essere.

Secondo punto discusso con il CICA la necessità di implementare le indagini di prevalenza effettuandole con cadenza trimestrale per CDL e almeno semestrale per DAM questo ci consentirà di individuare i principali agenti eziologici responsabili di infezioni nosocomiali nelle due strutture e monitorare l'uso di antibiotici e la prevalenza di Pazienti esposti a procedure invasive nelle diverse unità operative.

Terzo punto. Durante la riunione è stato analizzato sinteticamente il risultato delle verifiche e dei controlli ambientali e di manutenzione delle macchine. Nello specifico:

- a. Il controllo e sostituzione periodica dei filtri assoluti oltre che delle canaline
- b. Controllo preventivo delle sterilizzatrici mediante registro apposito.
- c. Monitoraggio ambientale aria e superfici

In merito al punto a) si sono riscontrati sia la corretta periodicità nella sostituzione dei filtri, che il corretto smaltimento.

Relativamente al controllo preventivo delle sterilizzatrici punto b), abbiamo campionato i registri di entrambi i presidi per valutare la completezza della compilazione e la presenza di tutti i risultati di ogni ciclo di sterilizzazione. Sono stati altresì visionati i diari macchina di ciascuna autoclave al fine di monitorare l'avvenuta manutenzione.

Per il **punto c)**, durante la riunione sono stati valutati i risultati delle verifiche e dei controlli ambientali di aria e superfici effettuati da ECO-AMBIENTE per entrambi i presidi.

Per **CDL Hospital** è stata condotta un'analisi relativamente alla Legionella spp (u.f.c./l) e alla Legionella pneumofila (u.f.c./l) in diverse aree della struttura (campionamento secondo UNI EN ISO 19458:2006) in Bottiglie in PP sterile su matrice acquosa. Durante il primo trimestre 2025, i risultati ottenuti, espressi in Unità Formati Colonie per ml di soluzione, sono risultati conformi.

Ai controlli ambientali su superfici e aria confinata effettuati in data 22.01.2025 e 29.04.2025 presso CDL Hospital sono state riscontrate alcune non conformità in campioni di aria confinata per la presenza di carica micotica totale e su alcune superfici per i valori di carica microbica mesofila e per la presenza di carica micotica totale. Alla luce delle non conformità sono state effettuate sanificazioni straordinarie a fondo e riprogrammato il campionamento.

Per **DAM Hospital** non si sono rilevate colonie di Legionella spp o Legionella pneumofila usando la stessa procedura di campionamento (UNI EN ISO 19458:2006) sui campioni di ACS prelevati in data 31.03.2025.

Anche ai controlli ambientali su superfici e aria confinata effettuati sia in data 28.01.2025 che in data 23.04.2025 tutti i campioni esaminati sono risultati conformi.



Complessivamente i risultati sono sempre nei limiti consentiti. Laddove i limiti consentiti sono stati superati o raggiunti è stata attivata prontamente la procedura di sanificazione dell'area indicata.

Infine è stato condotto un controllo a campione sulle cartelle cliniche di CDL al fine di valutare se è correttamente tracciato il ciclo di sterilizzazione effettuato sullo strumentario chirurgico utilizzato in sala operatoria, sia per l'area cuore, che per la polispecialistica e la valutazione effettuata a campione (80 cartelle CCH, 40 cartelle ORTO, 40 cartelle CH. Gen e 20 cartelle NCH) cartelle ha avuto esito positivo.

Quarto punto. Nel primo e secondo trimestre 2025 sono stati condotti numerosi *Safety Walk Around* in tutte le UU.OO, Diagnostica per Immagini e Laboratorio Analisi delle 2 Strutture Sanitarie. Rispetto alle criticità riscontrate riguardanti lo smaltimento dei rifiuti e la puntualità nella rilevazione del rischio infettivo tramite modulo GEN_S_M_14 si è registrato un leggero margine di miglioramento.

Quinto punto discusso dal CICA, l'Analisi delle Schede di Monitoraggio delle Infezioni Correlate all'assistenza. Mensilmente vengono compilate all'interno delle U. O. e consegnate in Direzione Sanitaria le "Schede di Monitoraggio Comportamenti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza" (GEN_S_M_14).

I dati per le 2 Strutture Sanitarie dell'Area Salento riportano le stesse criticità e precisamente la presenza di operatori sanitari con unghie non corte, monili, il mancato utilizzo di cappellini e camici monouso, oltre all'utilizzo non corretto di flaconi multi dose. Le percentuali sono basse ed in linea con il trimestre precedente, ciononostante è ribadita la necessità di mantenere alta la sorveglianza da parte del personale oltre a garantire la formazione del personale neoassunto sulle buone pratiche.

Nella **terza riunione** CICA di CDL effettuata il 18.09.2025, è stato analizzato il trend inerente le ICA relativamente al primo semestre 2025. L'incidenza complessiva di ICA per la Struttura è stata di 1.69 %, poco superiore a quella del primo semestre 2024 pari a 1.37% ma comunque al di sotto del 5% di soglia di tolleranza riconosciuto a livello nazionale.

Su un totale di 2309 ricoveri sono stati eseguiti 353 esami colturali, di questi 55 sono risultati positivi e 298 negativi. Il numero totale di pazienti che hanno effettuato almeno un esame colturale è pari a 139 di questi 38 sono risultati positivi. Il rapporto rispetto al genere è pari a più del doppio dei maschi rispetto alle femmine rispettivamente 26 maschi e 12 femmine. L'età media del campione è di 73.49 aa, 75 per le donne e 71.98 per gli uomini.

Si riporta di seguito la distribuzione dei campioni positivi per ciascuna Unità Operativa.

CDL - CARDIOCHIRURGIA	10
EMOCOLTURA	3
ESAME COLTURALE (Coltura Feci per Clostridium)	1
ESAME COLTURALE TAMPONE FERITA	4
ESAME COLTURALE TAMPONE FERITA STERNALE	1
URINOCOLTURA	1
CDL - CARDIOLOGIA	8
EMOCOLTURA	2
URINOCOLTURA	5



ESAME COLTURALE TAMPONE FERITA	1
CDL - CHIRURGIA GENERALE	3
EMOCOLTURA	1
ESAME COLTURALE CATETERE VENOSO CENTRALE	1
ESAME COLTURALE TAMPONE SU LIQUIDO COLECISTICO	1
CDL - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7
EMOCOLTURA	1
ESAME COLTURALE TAMPONE FERITA	4
URINOCOLTURA	2
CDL - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	5
EMOCOLTURA	2
ESAME COLTURALE TAMPONE FERITA STERNALE	1
URINOCOLTURA	2
CDL - TERAPIA INTENSIVA	17
BRONCOASPIRATO	4
EMOCOLTURA	6
ESAME COLTURALE catetere atriale	1
ESAME COLTURALE CATETERE VENOSO CENTRALE	2
ESAME COLTURALE VALVOLA MITRALICA	1
URINOCOLTURA	3
CDL - UNITA' CORONARICA	5
EMOCOLTURA	2
URINOCOLTURA	3
Totale complessivo	55



L'incidenza dei casi è stata ulteriormente suddivisa tra area cuore e polispecialistica ed è pari rispettivamente a 2.40% (Cardio, CCH, RIAB. CARDIO, UTIC e T.I.) e 0.68% (Orto, NCH, CH.Gen, Ocu).

Nel dettaglio:

- 31(vs 26 dell'anno precedente) pazienti con ICA su 1287 ricoveri area cuore;
- 7 (vs 2 dell'anno precedente) pazienti con ICA su 1022 ricoveri area polispecialistica.

La mortalità generale della Struttura è pari allo 0.49% calcolata come decessi (10) su totale ricoveri ordinari al netto dei day service. La mortalità correlata ad ICA su totale ricoveri è pari allo 0.22% in diminuzione rispetto all'anno precedente.

La % di decessi con ICA sul totale dei decessi è pari al 30% vs il 15.38% relativo al primo semestre dell'anno precedente.

I pazienti deceduti con concomitanti ICA sono in totale 3 di cui 3 in T.I. sottoposti a procedure cardiocirurgiche maggiori.

Rispetto ai dati monitorati negli anni precedenti abbiamo aggiunto una valutazione d'impatto delle ICA rispetto alla degenza media non solo per gli interventi Cardiocirurgici ricadenti nei DRG a maggior peso ma anche per la chirurgia protesica ortopedica. Inoltre abbiamo distinto le TAVI dalle sostituzioni valvolari



chirurgiche open. Quest'ultima differenziazione ci ha consentito di perfezionare l'analisi del dato rendendola ancora più dettagliata e puntuale.

Infatti, per il DRG 104 totale (sostituzione open + TAVI) la degenza media in presenza di ICA passa da 11.58 gg a 23.71 con un aumento di 12.13 gg. Scorporando il dato, per le sostituzioni valvolari open la degenza media passa da 12.57 gg a 23 gg. con un aumento molto significativo pari a 10.43gg. Ancora più pesante il bilancio in termini di aumento di degenza per le TAVI che passano da una degenza media di 7.34 gg a 28gg con ben 20.66gg in più.

Sul DRG 105 di sostituzione valvolare senza cateterismo la degenza media passa da 12.76 a 26 gg.

Sui DRG di chirurgia ortopedica protesica maggiore la presenza di ICA determina in media un aumento della degenza da 4.5gg a 11gg ma l'esiguità del campione non lo rende statisticamente significativo.

Oltre alle riunioni CICA in CDL Hospital sono state effettuate dal Direttore Sanitario in collaborazione con il Responsabile del Laboratorio Analisi e con il Referente per la Qualità, due indagini di prevalenza che hanno fotografato la situazione delle ICA al momento delle rilevazioni per tutti i degenti presso la Struttura.

Gli studi di prevalenza possono rappresentare un utile strumento per rilevare dati sulla frequenza di infezioni, sull'utilizzo di dispositivi invasivi e sull'uso di antibiotici nelle diverse unità operative e gruppi di pazienti. Questi dati possono essere utilizzati nell'ambito di programmi di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, per aumentare la percezione della rilevanza del fenomeno da parte degli operatori sanitari e nell'ambito della formazione sulle modalità di gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

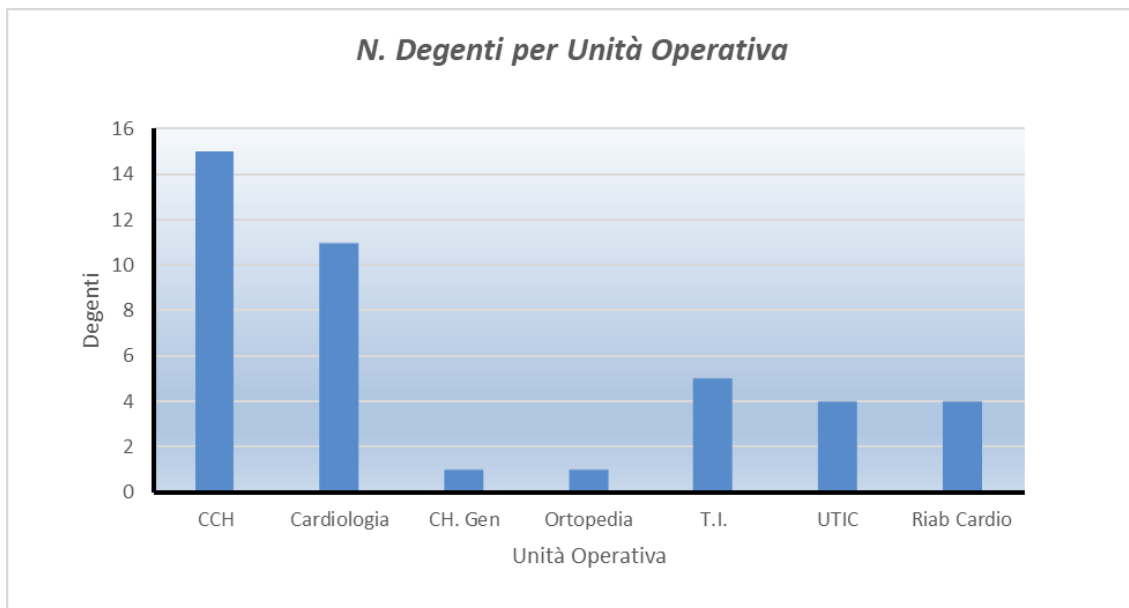
La **prima indagine** è stata condotta il 28/04/2025.

Hanno partecipato le Unità Operative di:

- CCH;
- Cardiologia;
- UTIC;
- T.I.;
- Ortopedia;
- NCH;
- Chirurgia Generale/Senologia;
- Riabilitazione Cardiologica.

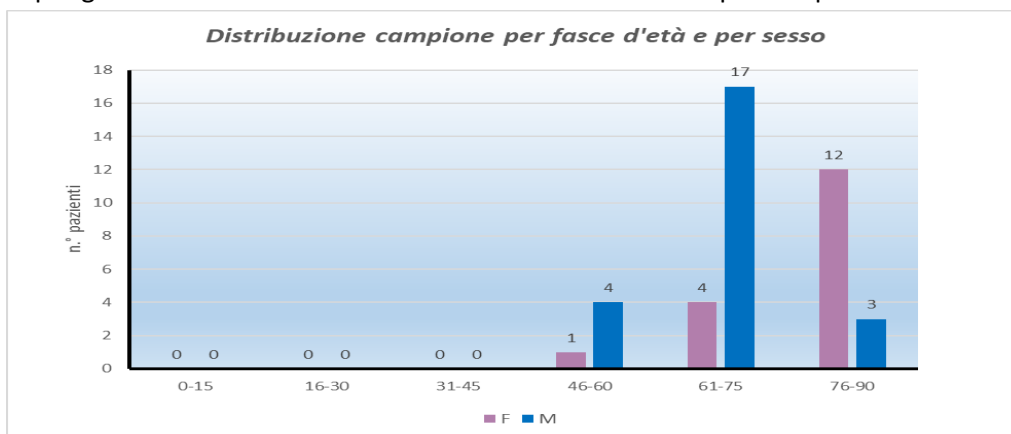
Sono stati raccolti dati su 41 pazienti degenti in Struttura suddivisi per Unità Operativa come rappresentato nel grafico sottostante.





Al momento della rilevazione, il 41.46% dei pazienti è degente in area chirurgica, il 47.5% in area medica, il 12.19% in Terapia Intensiva.

La distribuzione del campione per età e sesso vede una maggiore appartenenza per entrambi i sessi alla fascia d'età dai 61 ai 75 anni ed un numero di uomini superiore rispetto alle donne (24 vs 17). L'età minima per le donne e per gli uomini è 47 anni, mentre la massima è 88. L'età media nel campione delle donne è di 74.23 anni, mentre per gli uomini è di 66.71 anni. L'età media dell'intero campione è pari a 70 anni circa.



Il 48.78% dei pazienti studiati è portatore di almeno 1 dispositivo invasivo: l'85% di un catetere vascolare periferico, il 15% di un catetere vascolare centrale; il 30% di un catetere vescicale.

Tre pazienti presentano esami culturali positivi pertanto apparentemente la prevalenza di ICA sembra pari al 7.31%. Analizzando attentamente i dati anamnestici e valutando la data di richiesta degli esami microbiologici emerge che per i tre pazienti l'infezione è già presente al ricovero e quindi non comparsa dopo 48h dallo stesso (insorgenza precoce).

Inoltre, poiché 1 dei tre pazienti risulta aver effettuato un intervento di sostituzione valvolare, sospettando una possibile infezione tardiva abbiamo analizzato il quadro anamnestico remoto e abbiamo riscontrato che nel 2021 il paziente è stato sottoposto ad intervento di sostituzione valvolare aortica con protesi biologica



Hancock 23. Questo paziente si presenta all'ingresso con riscontro di sospetta endocardite su protesi biologica in posizione aortica con stenosi di grado severo.

Considerato il lasso di tempo intercorso tra l'intervento e la sintomatologia (4 anni circa), la tipizzazione batterica all'ingresso che non rientra tra quelle epidemiologicamente rilevate nel corso degli anni durante il monitoraggio delle infezioni della Struttura, è doverosa una riflessione circa il nesso causale con l'intervento chirurgico.

Quello che riscontriamo in letteratura è che l'endocardite su protesi valvolare si verifica nel 1-2% dei pazienti entro 1 anno dall'intervento di sostituzione valvolare e nello 0,5%/anno successivamente. Le infezioni a rapida comparsa (< 2 mesi dopo l'intervento chirurgico) sono causate soprattutto dalla contaminazione durante l'intervento stesso da parte di batteri resistenti agli antimicrobici (p. es., *S. epidermidis*, difteroidi, bacilli coliformi) o da parte di funghi (p. es., *Candida spp*, *Aspergillus spp*). Le infezioni a esordio tardivo sono causate soprattutto dalla contaminazione con microrganismi a bassa virulenza durante gli interventi chirurgici o da batteriemie transitorie asintomatiche, il più delle volte da streptococchi; *S. epidermidis*; difteroidi; e i bacilli Gram-negativi, *Haemophilus spp*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, e *Cardiobacterium hominis*, difficili da coltivare.

La diagnosi clinica di endocardite infettiva si basa sui *Criteri di Duke*, distinti in maggiori e minori. La diagnosi di endocardite è da considerarsi certa se sono presenti **2 criteri maggiori** oppure **1 criterio maggiore + 3 criteri minori** oppure **5 criteri minori**.

Nel nostro caso sussistono tre criteri minori che ci lasciano supporre per una possibile endocardite nosocomiale. Pertanto **utilizzando il criterio del più probabile che non, l'incidenza di ICA al momento della rilevazione è da considerare pari al 2.4%**.

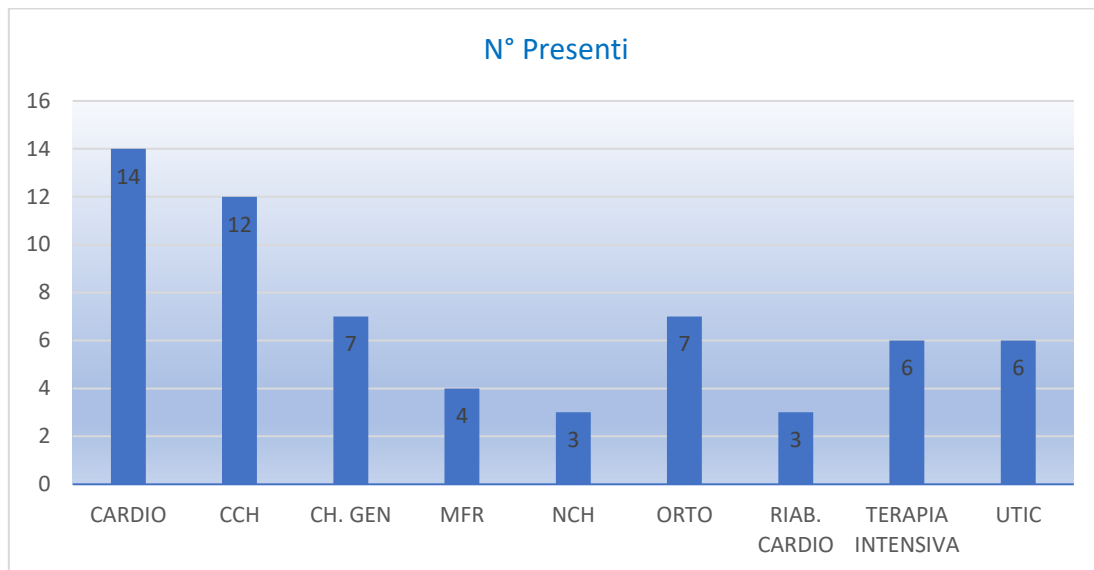
La **seconda indagine** di prevalenza è stata condotta in data 03/12/2025 dal Direttore Sanitario, con la collaborazione della Dott.ssa Katja Perrone microbiologa Responsabile del laboratorio analisi di Città di Lecce Hospital, del Dott. Gianni My Responsabile Qualità e dei referenti medici ed infermieristici.

Hanno partecipato le Unità Operative di:

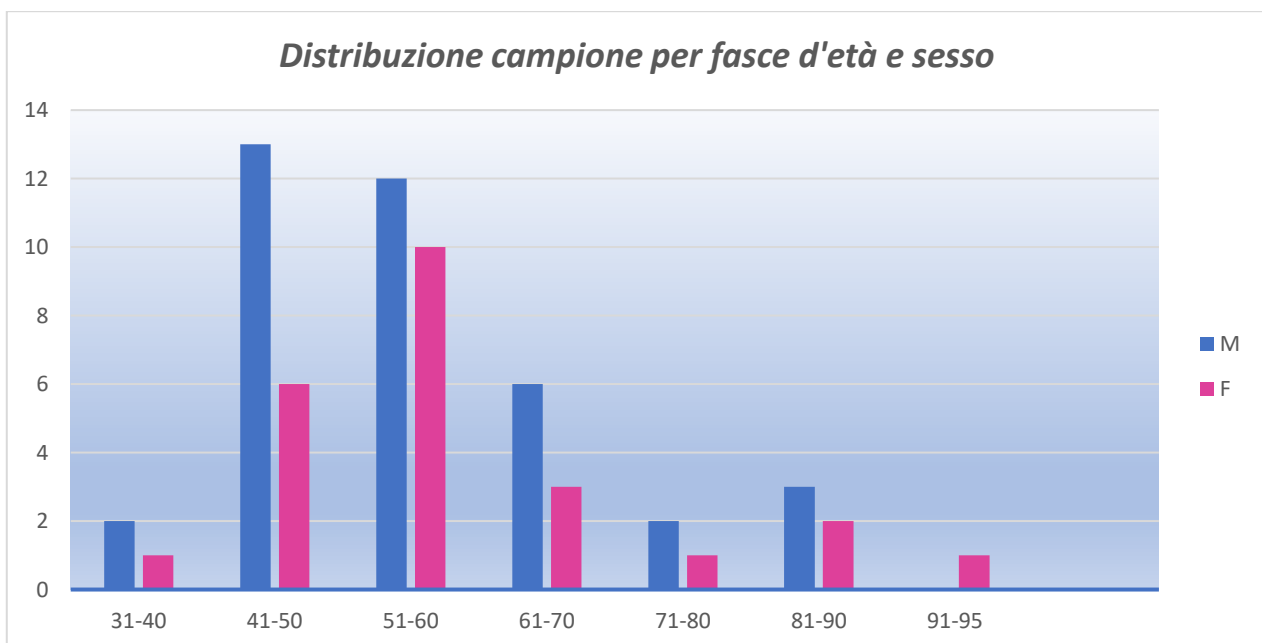
- CCH;
- Cardiologia;
- UTIC;
- T.I.;
- Ortopedia;
- NCH;
- Chirurgia Generale/Senologia;
- Riabilitazione Cardiologica.

Sono stati raccolti dati su 62 pazienti degenti in Struttura.

La distribuzione per Unità Operativa è rappresentata nel grafico sottostante.



Il 46.78% dei pazienti è degente in area chirurgica, il 43.54% in area medica, il 9.68% in Terapia Intensiva. La distribuzione del campione per età e sesso vede una maggiore appartenenza per entrambi i sessi alla fascia d'età dai 51 ai 60 anni ed un numero di uomini superiore rispetto alle donne (38 vs 24). L'età minima per le donne e per gli uomini è 32 anni, mentre la massima è 89. L'età media nel campione delle donne è di 67.04 anni, mentre per gli uomini è di 68.42 anni. L'età media dell'intero campione è pari a 67.73 anni circa.



Il 54.84% dei pazienti studiati è portatore di almeno 1 dispositivo invasivo: il 74.19% di un catetere vascolare periferico, il 9.68% di un catetere vascolare centrale; il 29.03% di un catetere vescicale.



Per un paziente ci sono delle emocolture in corso al momento negative, mentre due pazienti presentano esami colturali positivi pertanto apparentemente la prevalenza di ICA sembra pari al 3.22%. In entrambi i casi si tratta di tamponi di ferita in pazienti donne sottoposte a procedure di CCH.

La **prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza** sono fondamentali per ridurre il loro impatto in termini di morbilità, mortalità, antibiotico-resistenza e costi sanitari.

Lo studio di prevalenza offre una istantanea del fenomeno ICA al momento della rilevazione ed è un valido strumento per migliorare la capacità di prevenzione e controllo delle stesse ma da solo non è sufficiente perché fornisce valide informazioni ma limitate nel tempo.

E' necessario un approccio integrato e multifattoriale, che includa interventi basati sulle migliori evidenze, una sorveglianza efficace e un solido supporto normativo. Sebbene le sfide siano molteplici, le opportunità di miglioramento sono significative e l'adozione di queste strategie può contribuire a ridurre l'impatto delle ICA e migliorare la gli esiti di salute delle persone, siano esse pazienti così come operatori.

RIUNIONI CICA E INDAGINI DI PREVALENZA DAM HOSPITAL 2025

Per DAM la **prima riunione CICA** è stata effettuata il 25.03.2025. Su un totale di 477 pazienti dimessi sono stati eseguiti 12 tamponi di ferita chirurgica con evidenza di 2 positività per *S. aureus* e *S. warneri* con un'incidenza di ICA dello 0.42%. Il comitato ha valutato le schede di monitoraggio per la prevenzione delle ICA redatte dal Blocco operatorio e dal Reparto non evidenziando criticità. Sono stati inoltre attenzionati i risultati delle indagini microbiologiche effettuate a campione sulle superfici del Blocco riscontrando parametri nella norma.

Si è ritenuto opportuno rimarcare la necessità di mantenere alto il livello di controllo sulle corrette procedure di disinfezione e sanificazione delle diverse aree della Struttura.

La **seconda riunione CICA** è stata effettuata il 09.07.2025 in concomitanza con CDL avendo ritenuto i temi trattati di comune interesse. In particolare i punti trattati sono stati:

- Revisione della Procedura di gestione dell'infezioni da Clostridium Difficile
- Programmazione della seconda Indagine di prevalenza 2025
- Analisi delle Verifiche di Campionamento e controlli ambientali
- Analisi dei Safety Walk Around
- Analisi delle Schede di Monitoraggio delle Infezioni

La **terza riunione CICA** è stata effettuata il **16.09.2025**. Il comitato in accordo con il Direttore Sanitario ha ritenuto opportuno fare il punto con il Responsabile della U.O. di Ortopedia, con i medici di reparto e con i coordinatori alla presenza della dottoressa Maurizia Nardoni e del Dottor Giovanni My, circa l'applicazione



delle linee guida per la corretta profilassi peri-operatoria per gli interventi di Ortopedia contenute nel documento ORTO_IO_01.

Come noto i fattori di rischio modificabili, associati allo sviluppo d'infezione, possono essere affrontati nella fase preoperatoria nel caso di interventi in elezione.

Infatti, il rischio di andare incontro ad una Infezione del Sito Chirurgico (ISC) in seguito a un intervento di chirurgia ortopedica è influenzato da diversi fattori legati al paziente, all'intervento chirurgico e alla gestione peri-operatoria.

D'altra parte la comprensione della relativa importanza di alcune situazioni o comorbilità dei singoli pazienti nei confronti del rischio d'infezione (anche nel caso di fattori di rischio non modificabili) può essere un ausilio per individuare i pazienti ad alto rischio. Questa "stratificazione" del rischio infettivo ha un senso non tanto per riservare a questi individui particolari attenzioni o procedure, visto che gli standard di prevenzione esposti nella LG vanno applicati costantemente per tutti gli interventi di chirurgia ortopedica, quanto per giungere a informazioni affidabili e condivise tra chirurgo e paziente nell'ottica di effettuare una scelta adeguata sull'indicazione all'intervento e sulla prevenzione del rischio infettivo. Parlando di prevenzione delle complicanze infettive post-operatorie è d'obbligo parlare di terapia antibiotica: molti settori chirurgici (cardiochirurgia e ortopedia) non avrebbero avuto lo sviluppo che nella realtà hanno avuto, se non fosse stato possibile usufruire degli antibiotici. Ma se è comprovata l'efficacia di questi farmaci nella maggior parte delle pratiche medico-chirurgiche, è ugualmente importante il loro corretto utilizzo.

Una corretta profilassi può ridurre l'insorgenza di infezioni del sito chirurgico, cioè infezioni superficiali o profonde in sede di intervento e infezioni sistemiche (sepsi), ma, a tal fine, è importante che vengano considerati tre punti essenziali: quale tipo di antibiotico, quando e come somministrarlo, i quali interventi chirurgici è efficace. Pertanto obiettivo della riunione di oggi è condividere le linee di indirizzo sull'uso di antibiotici in profilassi chirurgica, sulla base delle evidenze scientifiche, ridurre l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica; ridurre il rischio di insorgenza di antibiotico-resistenze batteriche; minimizzare i costi dell'intervento migliorando il rapporto costo/beneficio nella profilassi antibiotica.

La formazione effettuata e la divulgazione del documento ORTO_IO_01 hanno determinato una adeguata sensibilizzazione rispetto al tema da parte degli operatori sanitari, tanto che al momento si è registrato un solo caso di ISC in un paziente sottoposto a protesi di ginocchio risultato affetto da S. Aureus MR. La diagnosi precoce e le misure di isolamento correttamente adeguate, hanno fatto sì che risultasse un caso isolato.

Presso DAM sono state effettuate **due indagini di prevalenza** una il 10/03/2025 e la seconda il 22/09/2025. Durante la prima rilevazione su 16 pazienti presenti in degenza ordinaria si è riscontrato un caso di positività al tampone di ferita chirurgica e alle emocolture con isolamento di Enterococcus faecalis e Klebsiella Pneumoniae. Pertanto la prevalenza di ICA riscontrata è stata pari al 6.25%. Il paziente in oggetto S.C. di 78aa era stato sottoposto il 15 gennaio 2025 ad intervento di artroprotesi di ginocchio destra. Dopo 4 settimane dall'impianto si è manifestata infezione da enterococcus faecalis documentata da artrocentesi eseguita il 19/02. Pertanto il 20 febbraio 2025 si è proceduto ad espianto della protesi ginocchio destra ed impianto di spaziatore di Hoffman. Terapia antibiotica empirica ed in seguito mirata con targosid. Buona evoluzione nell'immediato ma peggioramento rapido clinico e degli indici di flogosi e comparsa di una nuova fistola il 03/03. Il 05 marzo è stato sottoposto ad espianto impianto di spaziatore di Hoffman.



Nella seconda indagine effettuata il 22/09/2025 non si sono riscontrati casi di ICA né risultavano indagini microbiologiche in corso. I pazienti in degenza ordinaria erano 6 tre pazienti di chirurgia vertebrale, due PTG e 1 PTA.

Grazie alla sua semplicità e rapidità di esecuzione all'interno di una Struttura monospécialistica come DAM, l'indagine di prevalenza permette di confrontare i dati nel tempo, supportando come nel nostro caso la programmazione di interventi mirati di prevenzione e miglioramento della qualità assistenziale.

AUDIT E PIANI DI MIGLIORAMENTO (Periodo 01/01/2025 – 31/12/2025)

Il termine "Audit" proviene dal latino "audire" che significa "ascoltare". Le origini della parola risalgono al mondo romano ed indicavano quei soggetti che controllavano l'amministrazione del denaro pubblico mediante "l'audizione" dei risultati contabili. Quindi il termine veniva impiegato per indicare delle attività di controllo di natura fiscale e contabile.

Questa parola viene oggi comunemente impiegata per capire se nelle varie aree ed attività di un "sistema aziendale" vengono rispettate le procedure predisposte, se sono chiari ruoli e doveri e se obiettivi e policy aziendale sono correttamente gestiti e perseguiti. Lo scopo è quello di adempiere agli obblighi normativi o ottenere/mantenere una certificazione dei sistemi di gestione qualora questi siano stati implementati in azienda. Ma soprattutto quello di assegnare adeguata copertura alle attività aziendali che presentano maggior grado di rischiosità.

In ambito sanitario, l'audit è inteso come una revisione regolare e sistematica della pratica clinica e dei processi assistenziali, finalizzata al miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e alla garanzia di un'assistenza adeguata e sicura per i pazienti.

Esistono diverse tipologie di audit, che si differenziano in base all'ambito, agli obiettivi e alle modalità di esecuzione. Di seguito le principali tipologie:

1. Audit interno

Si riferisce a un processo di valutazione condotto all'interno di un'organizzazione da parte di auditor interni per monitorare la conformità agli standard, alle politiche e alle procedure aziendali con l'obiettivo di verificare che l'organizzazione stia rispettando le normative interne e identificare opportunità di miglioramento conformemente al sistema di gestione della qualità.

2. Audit di sistema

Questo audit valuta l'efficacia di un sistema complesso, come un sistema di gestione della qualità e può riguardare interi processi aziendali o sanitari.

3. Audit clinico

Si riferisce all'analisi e alla valutazione dei processi assistenziali clinici in ambito sanitario per misurare l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza delle cure fornite ai pazienti garantendo che siano in linea con le migliori pratiche cliniche e linee guida.

L'audit clinico è un processo con cui medici, infermieri e altri professionisti sanitari, effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, dove necessario, la modificano" (*Primary Health Care Clinical Audit Working*



Group, 1995). Da questa definizione emergono in maniera molto netta le caratteristiche fondamentali dell'audit clinico che coinvolge tutti i professionisti sanitari.

È un'attività continua e sistematica che non può essere limitata a singoli casi. Ha come oggetto principale l'appropriatezza dei processi (anche se può essere utilizzato per misurare gli esiti assistenziali).

Permette di misurare il grado di inappropriatezza (in eccesso e/o in difetto) e identificare quali aree della pratica professionale devono essere oggetto di miglioramento. In altri termini, il clinical audit è un approccio di verifica e miglioramento di problematiche assistenziali rilevanti che si caratterizza per la "professionalità" dell'iniziativa, la competenza clinica dei partecipanti, la confidenzialità dei risultati e per l'oggetto fortemente connesso alla qualità tecnico-professionale.

Da questa definizione esulano due tipologie di audit utilizzate in sanità - audit di sistema e audit occasionale - spesso "confuse" con il clinical audit.

Audit di sistema.

Definito altresì "audit della qualità", viene utilizzato nelle procedure di accreditamento o certificazione di strutture sanitarie, per verificare sistematicamente la conformità dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Si caratterizza per l'oggetto non professionale e per essere effettuato da auditor esterni.

Audit occasionale.

Si identifica con la discussione di casi clinici realizzata, in maniera più o meno strutturata, in tutte le organizzazioni sanitarie. Anche se ha contenuti professionali e viene effettuato tra pari, l'audit occasionale non è uno strumento sistematico; inoltre, nella maggior parte dei casi, riguarda pazienti difficili e complessi (*outliers*), non rappresentativi della media dei pazienti trattati. Pertanto, pur confermandone il valore educativo, oltre che l'efficacia nello stimolare il *decision making* individuale e di team, l'audit occasionale non è adeguato a misurare la qualità dell'assistenza, anche perché si presta a selezionare *convenience samples*.

Città di Lecce Hospital

AUDIT CLINICI

Nel corso del 2025 sono stati condotti quattro **audit clinici**.

1. SEGNALAZIONE ANOMALIE PERCORSO ESAME ISTOLOGICO

In data **24.04.2025**, poco dopo il ritiro di due campioni prelevati per esame istologico da inviare in service, il personale di laboratorio, durante l'archiviazione delle richieste cartacee, riscontrava un'anomalia: sulla stessa richiesta risultavano applicate **due etichette differenti**, appartenenti a **due pazienti diversi**.

Veniva immediatamente avviata una verifica interna al fine di accertare l'eventuale presenza di criticità nella tracciabilità dei campioni lungo l'intero percorso, dal momento del prelievo fino all'arrivo presso il laboratorio esterno.



Come previsto dalla procedura, l'etichettatura dei campioni avviene in sala, subito dopo il prelievo, mediante apposizione di un'etichetta riportante l'anagrafica completa del paziente e i riferimenti del campione. Una volta giunto in laboratorio, il campione viene tracciato attraverso il **check-in del barcode** presente sul contenitore. L'intero processo risulta informatizzato, ad eccezione della **richiesta cartacea** che accompagna il pezzo anatomico.

23

Considerato che la fase potenzialmente più critica è stata individuata nella compilazione cartacea della richiesta di esame istologico e/o citologico, verrà effettuata una riunione con il personale di laboratorio al fine di condividere la decisione di introdurre la **firma anche del biologo che riceve il campione**, quale ulteriore verifica della correttezza e completezza della compilazione.

2. SEGNALAZIONE CONSEGNA FARMACO SCADUTO

In data **23.10.2025**, la Coordinatrice infermieristica della Terapia Intensiva, nel riordinare la farmacia di reparto ricevuta il giorno precedente, riscontrava la presenza di un **farmaco scaduto**, utilizzato per l'induzione della sedazione nei pazienti degenti in Terapia Intensiva o durante alcune procedure diagnostiche invasive.

La Coordinatrice provvedeva a informare tempestivamente il Direttore Sanitario e il referente del magazzino, segnalando l'accaduto. Evidenziava, inoltre, che sulla bolla di consegna era riportata una **data di scadenza diversa** rispetto a quella indicata sulla confezione del farmaco.

È stata ribadita la responsabilità del processo in capo all'**infermiere coordinatore**, deputato alla verifica dei farmaci consegnati in reparto. Si è altresì constatato che il personale ha correttamente aderito e applicato le procedure previste, consentendo di intercettare l'anomalia ed evitare potenziali danni ai pazienti in caso di erronea somministrazione.

3. SEGNALAZIONE PAZIENTE DIALISI

In data 09/07/2025 la dottoressa in turno presso il servizio di Emodialisi riceveva una telefonata da parte del familiare di un paziente dializzato che con toni minatori e accesi sosteneva che il parente non si sarebbe presentato per la seduta dialitica programmata. Il paziente aveva già rifiutato trattamenti e presentava un peggioramento delle condizioni cliniche.

Il personale ha tempestivamente informato la Direzione e il Responsabile medico, gestendo la situazione con un incontro chiarificatore con paziente e familiare, durante il quale è stata ribadita l'importanza della regolare esecuzione della dialisi.

È emersa la necessità di una corretta gestione delle situazioni di aggressione; la formazione e l'applicazione delle procedure hanno consentito di affrontare l'evento in sicurezza, tutelando operatori e paziente.

4. EMOCROMO A CALDO

In data 31.10.2025, la Sig.ra P.T. si presentava in sala prelievi con la richiesta di effettuare un prelievo per emocromo "a caldo" ovvero di un'analisi che richiede di essere processata molto rapidamente dopo il prelievo al fine di evitare alterazioni dei risultati.

Il campione, che doveva essere mantenuto a 37°C, è stato erroneamente immerso in acqua bollente a causa di indicazioni incomplete e incertezza del personale. Nonostante ciò, il laboratorio ha processato il campione e validato un emocromo con valori fuori range, comunicati alla paziente. Successivamente, la paziente ha ripetuto l'esame in ospedale, ottenendo risultati completamente nella norma.



Garantire la qualità del processo di analisi e l'attendibilità del referto, è fondamentale evitare errori nel processo comunicativo tra operatori e nella formazione degli stessi, pertanto, Al fine di evitare che tali episodi possano ripetersi, sarà implementata una istruzione operativa volta a delineare tutte le fasi del processo di prelievo di un emocromo "a caldo"

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2, comma 5-bis, della L. 24/2017, la presente relazione consuntiva riporta l'analisi degli eventi avversi verificatisi nell'anno di riferimento, nonché le azioni di miglioramento e le misure di prevenzione del rischio clinico adottate dalla struttura, ai fini della trasparenza e del miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

TERMINE	DEFINIZIONE
Evento avverso	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"
Near miss event (Evento evitato)	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
Evento sentinella	Indicatore la cui soglia di allarme è 1. Basta cioè che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti. Un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI
Near Miss	2	50%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure Comunicazione (50%)
Eventi Avverso SENZA DANNO	1	25%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)
Eventi Sentinella	1	25%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)
Totale	4	100%	

1. Anomalia richiesta esame istologico

- **Tipologia evento:** Near miss (quasi evento)
- **Classe SIMES:** Evento senza danno intercettato
- **Fase del processo:** Identificazione paziente / etichettatura / documentazione
- **Descrizione errore:** Errata associazione etichette paziente–richiesta
- **Fattori contribuenti:**
 - Uso di documentazione cartacea
 - Assenza di doppia verifica formale
 - Disallineamento tra sistema informatizzato e cartaceo



- **Esito per il paziente:** Nessun danno
- **Gravità del danno:** Nessuno (livello 0)
- **Rischio potenziale:** Molto alto (possibile scambio campioni)



2. Consegna farmaco scaduto

- **Tipologia evento:** Near miss
- **Classe SIMES:** Evento senza danno intercettato
- **Fase del processo:** Approvvigionamento / logistica / stoccaggio farmaci
- **Descrizione errore:** Consegna farmaco con scadenza non conforme e discordante dalla bolla
- **Fattori contribuenti:**
 - Errore in fase di magazzino/fornitore
 - Mancata verifica a monte (supply chain)
- **Esito per il paziente:** Nessun danno (non somministrato)
- **Gravità del danno:** Nessuno (livello 0)
- **Nota SIMES:** Evento intercettato grazie a barriera efficace (controllo infermieristico)

3. Paziente dialisi (rischio comportamentale)

- **Tipologia evento:** Evento senza danno / rischio clinico-organizzativo
- **Classe SIMES:** Evento correlato a comportamento del paziente/familiari
- **Fase del processo:** Erogazione trattamento / compliance terapeutica
- **Descrizione evento:** Rifiuto/irregolarità nell'adesione al trattamento + comportamento aggressivo
- **Fattori contribuenti:**
 - Scarsa compliance del paziente
 - Interferenza del familiare
 - Comunicazione inefficace percepita
- **Esito per il paziente:** Nessun danno immediato documentato
- **Gravità del danno:** Nessuno (livello 0)
- **Rischio potenziale:**
 - Clinico (mancata dialisi)
 - Sicurezza operatori (aggressione)
- **Nota SIMES:** Evento rilevante per rischio sicurezza e qualità assistenziale, anche se non evento avverso classico

4. Emocromo "a caldo"

- **Tipologia evento:** Evento avverso
- **Classe SIMES:** Evento con danno lieve
- **Fase del processo:** Preanalitica / gestione campione / comunicazione
- **Descrizione errore:** Errata conservazione del campione → referto non attendibile comunicato
- **Fattori contribuenti:**
 - Formazione insufficiente
 - Istruzioni operative non standardizzate
 - Comunicazione non chiara tra operatori
- **Esito per il paziente:**
 - Referto errato
 - Necessità di ripetizione esame
 - Potenziale rischio clinico (decisioni su dati alterati)
- **Gravità del danno (scala Ministero):**
 - **Lieve (livello 1)** → nessun danno clinico permanente, ma disservizio/errore diagnostico
- **Nota SIMES:** Evento avverso diagnostico (errore preanalitico)



TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI CORRETTIVE O DI MIGLIORAMENTO ASSOCIATE
Near Miss	2	50%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Introduzione di una ulteriore verifica in fase di accettazione del campione con firma del biologo ricevente sulla documentazione cartacea; condivisione dell'evento con il personale di laboratorio; rafforzamento del controllo sui farmaci consegnati in reparto da parte dell'infermiere coordinatore; sensibilizzazione alla verifica della corrispondenza tra prodotto consegnato e bolla.
Eventi Avversi	1	25%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Predisposizione e implementazione di una istruzione operativa specifica per la gestione dell'emocromo "a caldo"; miglioramento della comunicazione tra operatori nelle fasi preanalitiche; formazione del personale sulle corrette modalità di conservazione e gestione del campione.
Eventi Sentinella	0	0%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Nessuna azione correttiva specifica, in assenza di eventi sentinella nel periodo considerato.
Altri eventi (senza danno / rischio)	1	25%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Nuova diffusione al personale del vademecum per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari; richiamo all'importanza della segnalazione tempestiva anche delle aggressioni verbali; sensibilizzazione del personale sulla gestione delle situazioni conflittuali con pazienti e familiari.
Totale	4	100%		

ATTIVITÀ DI AUDIT

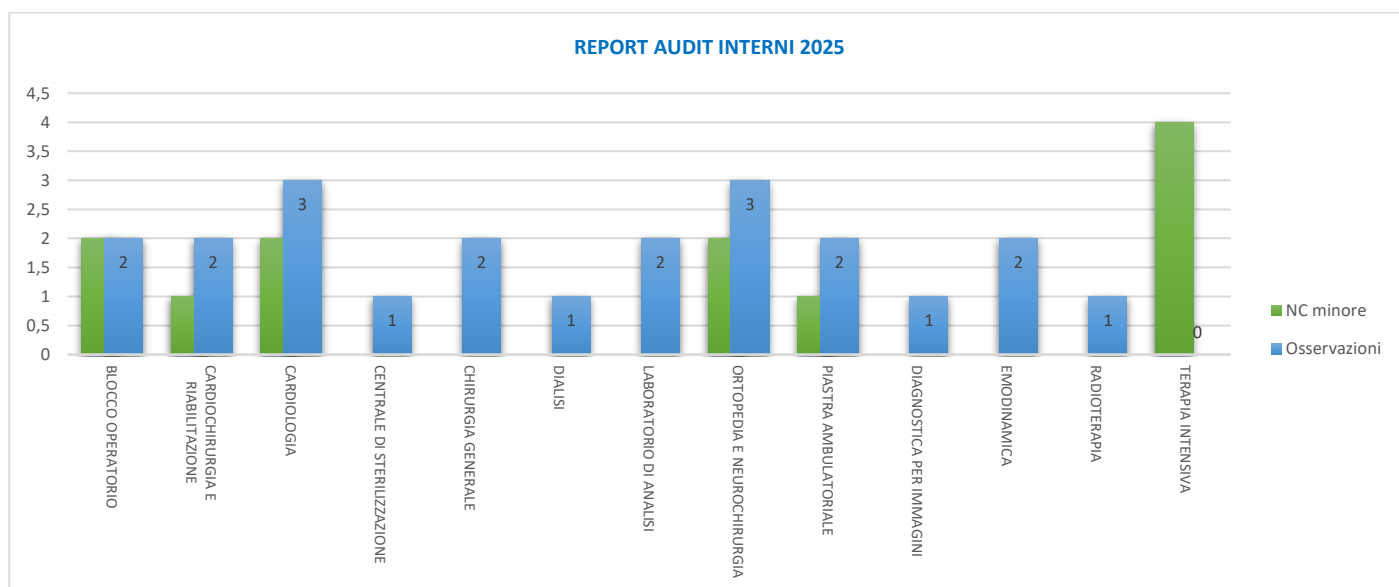
In particolare, nel 2025 l'attività di audit si è posta come obiettivo quello di accertare la corretta applicazione del Sistema di Gestione di Qualità, inteso come l'insieme delle procedure (regolamenti, istruzioni) adottate dal Presidio, nonché quello di individuare eventuali punti di debolezza del sistema e promuovere, allo stesso tempo, il miglioramento e l'ottimizzazione dei processi organizzativi aziendali con lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Efficacia ed efficienza delle attività operative nel perseguire le politiche aziendali;
- Affidabilità e tempestività della produzione di dati/informazioni (reporting);
- Conformità alle leggi e a regolamenti (UNI EN ISO 9001:2015 - R.R.16/2019).

➤ e/o del singolo professionista

AUDIT INTERNI

Entrando più nel dettaglio, per Città di Lecce Hospital, gli audit interni effettuati nel corso del 2025 hanno riguardato le UU.OO e Servizi riportati in tabella.



Le Non Conformità minori e le OSS hanno riguardato:

- Una parziale compilazione del Foglio Unico di Terapia o il mancato utilizzo della simbologia prevista;
- La raccomandazione di scrivere in modo leggibile in cartella clinica;
- La raccomandazione di siglare gli ECG per presa visione;
- La raccomandazione a porre maggiore attenzione nella registrazione dei dati richiesti dal consenso informato;
- La raccomandazione ad una maggiore attenzione alle firme richieste nei vari campi della cartella clinica.
- La raccomandazione di inserire in diario clinico la richiesta degli approfondimenti diagnostici
- La raccomandazione al non utilizzo di abbreviazioni all'interno del diario clinico
- La raccomandazione alla corretta e puntuale registrazione della riconciliazione farmacologica
- La raccomandazione all'utilizzo della documentazione propria di GVM Puglia e non quella di struttura

Le anomalie riscontrate durante gli audit interni sono state classificate secondo la seguente suddivisione:

NCM = Non Conformità maggiore NCm= Non Conformità minore OSS = Osservazione

Si sono registrate 0 NCM (Non conformità Maggiore) 12 NCm (non conformità minori) con un leggero miglioramento rispetto al 2024 e 22 OSS (Osservazioni).

L'audit ha rilevato tra i punti di forza:

- completezza del SGQ aziendale;
- strutturazione di operatività condivisa;
- buon sistema di monitoraggio.



Tra i punti di debolezza;

- Impossibilità al raggiungimento di quanto programmato nel piano di formazione;
- Programmazione di attività di monitoraggio in alcuni casi a ridosso di altre attività;
- Si denota, in alcuni casi, l'utilizzo di documentazione non validata a livello aziendale

In conclusione, il Sistema di Gestione per la Qualità ha dato evidenza di essere applicato nei processi oggetto di audit. Il SGQ è vissuto dagli operatori di CDL Hospital intervistati positivamente, infatti, hanno mostrato di partecipare attivamente alla sua implementazione, pur avendo constatato che in alcuni casi si denota ancora l'utilizzo di documentazione non validata a livello aziendali

AUDIT DI SISTEMA

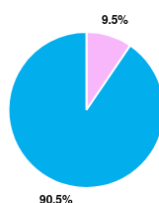
L'audit interno sui processi di sistema atto a verificare la conformità del SGQ alla norma UNI EN ISO 9001:2015 ed al RR 16/2019 "Disposizioni in materia di accreditamento - Approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie", ha dato evidenza di essere applicato, abbracciando tutti i campi previsti da entrambe le normative e risultando essere conforme al sistema di gestione reale dell'azienda. È stata richiesta la revisione dell'organigramma generale in quanto non conforme alla operatività interna.

CUSTOMERE CARE

NET PROMOTER SCORE

285 interviste

Consiglierebbe questo Ospedale ad un amico/familiare?



■ Detrattori
■ Neutrali
■ Promotori

Il Net Promoter Score di questa struttura è:

91

* Il Net Promoter Score (NPS) è un indice che attraverso una semplice domanda permette di comprendere il grado di fedeltà/endorsement/passa parola nei confronti dell'Ospedale. Sulla base delle risposte vengono definiti tre gruppi: Detrattori, Promotori e Neutrali. L'indice è dettato dalla semplice sottrazione dei Promotori con i Detrattori, mentre, i neutrali vengono scartati.

Città di Lecce Hospital - Tutte le Durate - Periodo di Rilevazione: dal 01-01-2025 al 31-12-2025 - Tipo di attività: Ricovero



1/1/25 - 12/31/25 Management report
Città di Lecce Hospital (2 units)

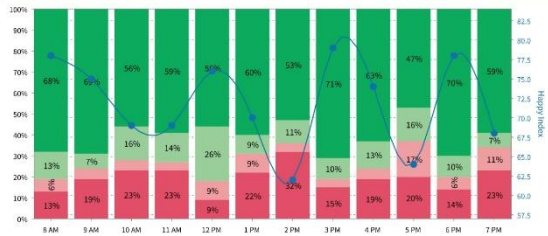
Come valuti il servizio dell'attività ambulatoriale e diagnostica?



All units combined - monthly distribution



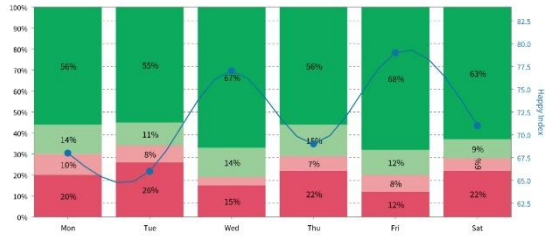
All units combined - hourly distribution



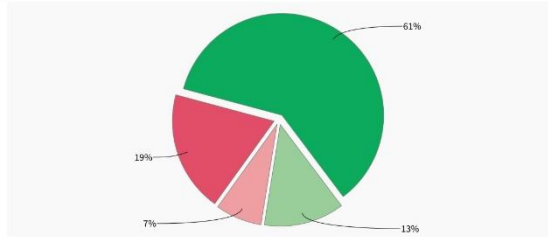
HappyOrNot®

1/1/25 - 12/31/25 Management report
Città di Lecce Hospital (2 units)

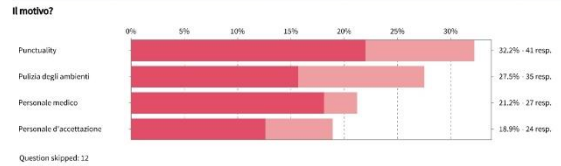
All units combined - weekday distribution



Total results



Pain Points



HappyOrNot®



D'AMORE HOSPITAL

30

AUDIT CLINICI

Nel corso del 2025 sono stati condotti tre *Significant Event Audit* (SEA) relativi ad eventi verificatisi in ambito chirurgico e post-operatorio.

1. ROTTURA ASTA DI SUPPORTO IN SALA OPERATORIA

In data 25.02.2025 si è verificata la rottura accidentale dell'asta di supporto per sacche di soluzione fisiologica durante attività in sala operatoria.

L'evento è stato segnalato e discusso in sede di audit. È stato confermato che:

- non si sono verificati danni al paziente;
- l'intervento è stato portato regolarmente a termine;
- l'asta risultava utilizzata entro i limiti di carico previsti, ma con possibile errore di comunicazione sui limiti stessi.

A seguito dell'evento:

- l'attrezzatura è stata posta fuori uso;
- è stata evidenziata la necessità di monitorare sistematicamente l'efficienza delle attrezzature.

Azione migliorativa: introduzione di controlli periodici su tutte le attrezzature di sala operatoria.

2. ROTTURA PROFILO FILETTATORE MANIPOLO

In data 30.04.2025 si è verificata la rottura accidentale del profilo filettatore del manipolo introduttore durante un intervento chirurgico.

L'evento ha comportato:

- la permanenza nei tessuti molli di un piccolo frammento metallico non recuperabile;
- esecuzione immediata di controllo radiografico;
- completamento dell'intervento senza compromissione dell'esito clinico.

Non sono stati rilevati danni immediati al paziente.

Fattori contribuenti:

- criticità legata allo strumentario chirurgico;
- possibile difetto o usura del dispositivo.

Azioni correttive:



- segnalazione alla ditta fornitrice;
- richiesta di controlli sull'integrità dello strumentario;
- diffusione delle raccomandazioni ministeriali sulla prevenzione di eventi correlati a materiali in sito chirurgico.



3. COMPLICANZE POST PROCEDURA DI LAMINECTOMIA

In data 13.10.2025, una paziente sottoposta a laminectomia decompressiva L4-L5 ha sviluppato complicanze nella fase post-operatoria immediata.

Durante il risveglio si sono verificati:

- episodio di desaturazione;
- crisi convulsiva;
- evidenza radiologica di emorragia cerebrale;
- necessità di trasferimento urgente presso struttura specialistica.

L'evento è stato gestito tempestivamente dal team con stabilizzazione clinica e trasferimento protetto.

Fattori contribuenti:

- elevata complessità della fase di risveglio anestesiológico;
- criticità organizzative nel cambio turno;
- necessità di continuità assistenziale elevata.

Azioni correttive:

- rafforzamento della presenza anestesiológica in fase di risveglio;
- miglior gestione del cambio turno;
- maggiore integrazione tra equipe medica e infermieristica.
-

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2, comma 5-bis, della L. 24/2017, la presente relazione consuntiva riporta l'analisi degli eventi avversi verificatisi nell'anno di riferimento, nonché le azioni di miglioramento e le misure di prevenzione del rischio clinico adottate dalla struttura, ai fini della trasparenza e del miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

Classificazione degli Eventi

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI
Near Miss	1	33%	Strutturali (%) Tecnologici (50%) Organizzativi (50%)



			Procedure Comunicazione (50%)
Eventi Avverso SENZA DANNO	1	33%	Strutturali (%) Tecnologici (50%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (%)
Eventi Avverso	1	33%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (100%) Procedure/Comunicazione (%)
Evento Sentinella	0		
Totale	3	100%	



Analisi Sintetica dei Singoli Eventi

1. Rottura asta sala operatoria

- **Tipologia:** Evento senza danno
- **Fase:** Utilizzo attrezzature
- **Errore:** Cedimento strutturale dispositivo
- **Esito:** Nessun danno
- **Rischio potenziale:** Medio (possibile caduta materiali)

2. Rottura manipolo chirurgico

- **Tipologia:** Near miss / evento senza danno clinico immediato
- **Fase:** Atto chirurgico
- **Errore:** Rottura strumentario con frammento residuo
- **Esito:** Nessun danno immediato
- **Rischio potenziale:** Elevato

3. Complicanza post-operatoria

- **Tipologia:** Evento avverso con danno
- **Fase:** Post-operatoria (risveglio)
- **Errore:** Non riconducibile a singolo errore, ma a complessità clinico-organizzativa
- **Esito:** Complicanza neurologica → trasferimento
- **Gravità:** Medio-alta

Azioni Correttive Complessive



TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI CORRETTIVE O DI MIGLIORAMENTO ASSOCIATE
Near Miss	1	33%	Strutturali (%) Tecnologici (50%) Organizzativi (50%) Procedure Comunicazione (50%)	Controlli periodici attrezzature; verifica integrità strumentario; coinvolgimento fornitori.
Eventi Avverso SENZA DANNO	1	33%	Strutturali (%) Tecnologici (50%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (%)	Segnalazione alla ditta fornitrice; richiesta di controlli sull'integrità dello strumentario; diffusione delle raccomandazioni ministeriali sulla prevenzione di eventi correlati a materiali in sito chirurgico.
Eventi Avverso	1	33%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (100%) Procedure/Comunicazione (%)	Miglioramento comunicazione e coordinamento tra equipe; gestione strutturata dei cambi turno; Rafforzamento continuità assistenziale; miglior gestione del risveglio anestesilogico
Evento Sentinella	0			
Totale	3	100%		

Conclusioni

L'analisi degli eventi evidenzia come:

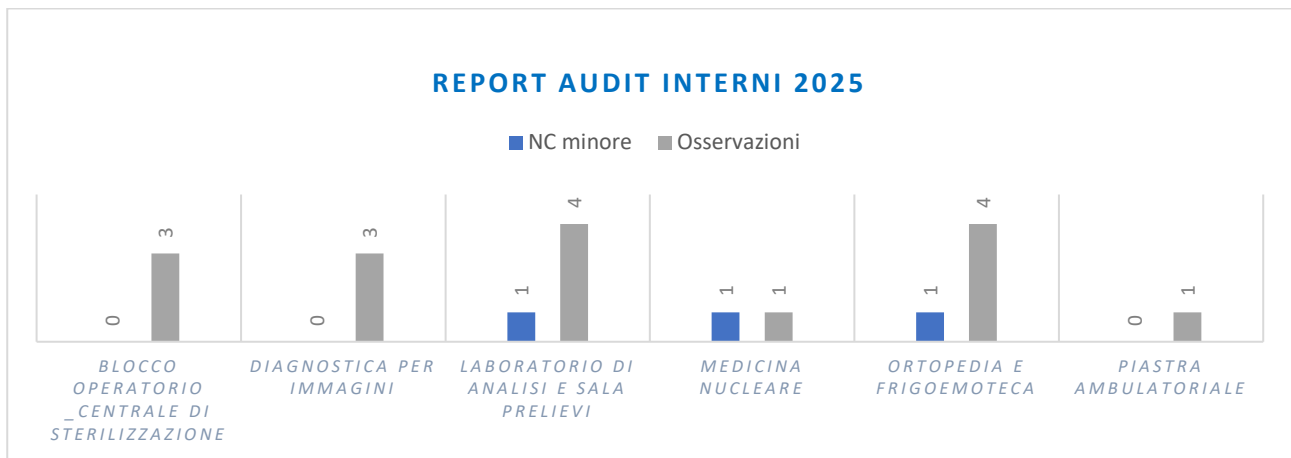
- i fattori **tecnologici e organizzativi** siano prevalenti negli eventi senza danno;
- le criticità **clinico-organizzative** emergano negli eventi con danno;
- le barriere di sicurezza risultano generalmente efficaci, ma necessitano di rafforzamento nei momenti critici del percorso assistenziale (in particolare fase post-operatoria).

Le azioni intraprese sono orientate al:

- miglioramento della sicurezza delle attrezzature;
- rafforzamento della gestione clinica nei momenti ad alta complessità;
- incremento della cultura della sicurezza e della comunicazione tra operatori.

AUDIT INTERNI

Gli audit interni effettuati nel corso del 2025 hanno riguardato le UU.OO e Servizi riportati nella seguente tabella.



Le Non Conformità minori e le OSS hanno riguardato:

- La raccomandazione a porre maggiore attenzione nella registrazione dei dati richiesti dal consenso informato;
- La raccomandazione ad una maggiore attenzione alle firme richieste nei vari campi della cartella clinica.
- La raccomandazione alla corretta e puntuale registrazione della riconciliazione farmacologica
- La raccomandazione all'utilizzo della documentazione propria di GVM Puglia e non quella di struttura e/o del singolo professionista

Le anomalie riscontrate durante gli audit interni sono state classificate secondo la seguente suddivisione:

NCM = Non Conformità maggiore NCm= Non Conformità minore OSS = Osservazione

Si sono registrate 0 NCM (Non conformità Maggiore) 3 NCm (non conformità minori) con un leggero miglioramento rispetto al 2024 e 16 OSS (Osservazioni).

L'audit ha rilevato tra i punti di forza:

- completezza del SGQ aziendale;
- strutturazione di operatività condivisa;
- buon sistema di monitoraggio.

Tra i punti di debolezza;

- Impossibilità al raggiungimento di quanto programmato nel piano di formazione;
- Programmazione di attività di monitoraggio in alcuni casi a ridosso di altre attività;
- Si denota, in alcuni casi, l'utilizzo di documentazione non validata a livello aziendale

In conclusione, il Sistema di Gestione per la Qualità ha dato evidenza di essere applicato nei processi oggetto di audit. Il SGQ è vissuto dagli operatori di CDL Hospital intervistati positivamente, infatti, hanno mostrato di partecipare attivamente alla sua implementazione, pur avendo constatato che in alcuni casi si denota ancora l'utilizzo di documentazione non validata a livello aziendali



AUDIT DI SISTEMA

L'audit interno sui processi di sistema atto a verificare la conformità del SGQ alla norma UNI EN ISO 9001:2015 ed al RR 16/2019 "Disposizioni in materia di accreditamento - Approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie", ha dato evidenza di essere applicato, abbracciando tutti i campi previsti da entrambe le normative e risultando essere conforme al sistema di gestione reale dell'azienda.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Nel corso del 2025 questa Direzione ha definito e attuato le seguenti azioni di miglioramento:

- Sono stati erogati di corsi di formazione (Rischio clinico e Raccomandazioni Ministeriali) specifici diretti a tutti gli operatori sanitari per aumentare la cultura della sicurezza delle cure;
- Revisione delle procedure aziendali alla luce delle nuove normative regionali e delle nuove disposizioni di legge in merito alle raccomandazioni ministeriali;
- Implementazione di sistemi informatici per migliorare la tracciabilità e la presa in carico sicura del paziente durante tutto il suo percorso di cura;

Ulteriore strumento di valutazione del rischio aziendale e della qualità e sicurezza delle cure è il Piano di miglioramento e il relativo piano di azione che costituiscono la base per la progettazione di azioni correttive/preventive.

Il piano di miglioramento della qualità e del rischio 2025 ha esaminato:

- indicatori relativi a diverse aree previste per l'Autovalutazione dell'Azienda;
- indicatori relativi al Riesame della Direzione quale documento del Servizio Qualità e Controllo Rischio Clinico;
- aree inerenti al piano di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali;
- altre aree di Risk Management.

Il Piano di Miglioramento costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dal presidio in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria.

Il Piano mette in risalto i risultati raggiunti (Quality report), la pianificazione del miglioramento ed il modello organizzativo attuato. Il Piano è stato coordinato dal Referente Aziendale per la Qualità e dal Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità e sono state coinvolte trasversalmente le funzioni aziendali interessate nel processo di miglioramento dell'organizzazione (Uffici di Staff e Gruppi di lavoro: Ufficio Qualità, Risk Manager, Formazione, Comunicazione, Personale, Valutazione, Controllo di gestione, Gruppo di Coordinamento del Rischio, Comitato Qualità). Il Piano è coerente con il Piano della Formazione.



CUSTOMERE CARE

NET PROMOTER SCORE

395 interviste

Consiglierebbe questo Ospedale ad un amico/familiare?



Il Net Promoter Score di questa struttura è: **97**

* Il Net Promoter Score (NPS) è un indice che attraverso una semplice domanda permette di comprendere il grado di fedeltà/endorsement/passa parola nei confronti dell'Ospedale. Sulla base delle risposte vengono definiti tre gruppi: Detrattori, Promotori e Neutrali. L'indice è dettato dalla semplice sottrazione dei Promotori con i Detrattori, mentre, i neutrali vengono scartati.

D'Amore Hospital - Tutte le Durate - Periodo di Rilevazione: dal 01-01-2025 al 31-12-2025 - Tipo di attività: Ricovero





VALUTAZIONE E GESTIONE DEI SINISTRI (L. 24/2017 ART.2 CO. 5)

La valutazione dei sinistri in ambito sanitario rappresenta una fase fondamentale del processo di gestione del rischio, finalizzata all'analisi degli eventi che hanno generato un danno al paziente e una conseguente richiesta risarcitoria. Attraverso un approccio multidisciplinare, la valutazione dei sinistri non si limita alla gestione del contenzioso, ma contribuisce anche all'individuazione delle criticità organizzative ed alla prevenzione di eventi analoghi, promuovendo il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

In data 1° aprile 2017 è entrata in vigore la legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017.

Obiettivo del legislatore favorire la costruzione di organizzazioni più sicure attraverso l'implementazione di meccanismi volti a ridurre gli eventi avversi prevenibili e l'istituzione di Centri Regionali che hanno il compito di gestire il rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

In tale contesto, l'art. 2 co. 5 della suddetta Legge Gelli-Bianco, prevede che le Strutture Sanitarie redigano e rendano pubbliche:

- una relazione annuale inerente i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, nell'ambito del monitoraggio della prevenzione e della gestione del rischio sanitario;
- una relazione annuale di Risk Management, ovvero una relazione relativa al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, tramite l'esercizio dei compiti di promozione delle attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Pertanto, il legislatore è orientato sia a promuovere la sicurezza delle organizzazioni ma soprattutto la trasparenza nei confronti del cittadino utente.

Sulla base di queste novità giurisprudenziali, per Città di Lecce Hospital in adempimento all'obbligo derivante dalla Legge Gelli-Bianco, vengono di seguito riportati in forma di tabella, il numero dei risarcimenti ed il valore liquidato rapportati, rispettivamente, al totale dei ricoveri ed al fatturato generato dagli stessi, riferito all'ultimo quinquennio e suddivisi per anno.

Gli importi liquidati, ovviamente, potrebbero riferirsi ad eventi e richieste risalenti anche ad anni precedenti.

Posizioni risarcitorie definite nel quinquennio 2021-2025 per CDL Hospital in sintesi:

	<i>Casi</i>	<i>Importo</i>	<i>Risarcimento medio annuo</i>
2021	10	129.316,71 €	12.931,67 €
2022	4	45.945,26 €	11.486,32 €
2023	5	80.215,66 €	16.043.13 €
2024	5	1.255.542,37 €	251.108.47 €
2025	6	132.545,62 €	22.090.94 €
Tot	30	1.643.565.62€	54.785.52 €



Per l'anno 2023 e l'anno 2024 si riporta di seguito la situazione riassuntiva in materia di sinistri.

CDL HOSPITAL ANNO 2023

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
4201	7
% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99.83%	0, 17%
Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
168993	0
% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
100%	0,00%

CDL HOSPITAL ANNO 2024

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
4072	5
% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99.88%	0, 12%

Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
168993	0
% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
100%	0,00%

CDL HOSPITAL ANNO 2025

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
3320+1773	5
% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99.902%	0.098%



Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
154586	1
% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
99.9994%	0.0006%



Posizioni risarcitorie definite nel quinquennio 2021 2025 per DAM Hospital in sintesi:

	<i>Casi</i>	<i>Importo</i>	<i>Risarcimento medio annuo</i>
2021	1	4.000,00 €	4.000,00 €
2022	1	600,00 €	600,00 €
2023	2	11.034,57 €	5.517.28 €
2024	5	80.025,98 €	16.005.20 €
2025	2	92.600 €	46.300 €
Tot	11	188.260.55 €	17.114.59 €

D'AMORE HOSPITAL ANNO 2023

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
1708	4
% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99,77%	0,23%
Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
141065	0
% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
100%	0,00%



D'AMORE HOSPITAL ANNO 2024

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
1902	5
% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99,74%	0,26%
Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
168993	0
% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
100%	0,00%

D'AMORE HOSPITAL ANNO 2025

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
1125+391	7
% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99.54%	0.46%
Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
30.009	1
% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
99.997%	0.003%

Dai prospetti soprariportati si evince che per entrambi i presidi più del 99 % delle prestazioni sono scevre da controversie legali. Le attività vengono svolte in piena sicurezza, con la giusta attenzione al paziente ed all'appropriatezza delle cure e dei percorsi di trattamento specifici per patologia.

L'anno 2025 ha visto il consolidamento della politica di gestione dei contenziosi medico legali per i due presidi. Infatti, in un'ottica di miglioramento continuo e di crescita dell'attenzione nei confronti dell'utenza, oltre alle attività di pura fase istruttoria della pratica legale, tali eventi sono occasione per rivedere percorsi, istituire nuove raccomandazioni o migliorare le pratiche esistenti costituendo un momento di confronto positivo per tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura.

Il miglioramento continuo è il percorso dinamico a cui le nostre Strutture devono tendere sempre per innalzare ogni giorno l'asticella della qualità e sicurezza delle prestazioni erogate in tutti i setting assistenziali.

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Stefania Donno

