

Città di Lecce Hospital GVM Care & Research

**RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO E DEGLI EVENTI AVVERSI 2022**
Città di Lecce Hospital e D'Amore Hospital

DIRETTORE SANITARIO: dott.ssa Stefania Donno

MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO E DEGLI EVENTI AVVERSI 2022
CDL Hospital e DAM Hospital

*Le due cose più importanti non compaiono nel bilancio di un'impresa: la
sua reputazione e i suoi uomini.
(Henry Ford)*

Lecce, maggio 2023

Sommario

Premessa	3
Strumenti e azioni principali.....	3
Il sistema di segnalazione degli eventi avversi: report anno 2022.....	4
Audit e Piani Di Miglioramento (Periodo 01/01/2022 – 31/12/2022)	15
Gestione e valutazione reclami	22
Valutazione e gestione dei sinistri (L. 24/2017 art.2 co. 5).	24

Premessa

Città di Lecce Hospital, Struttura Sanitaria privata Accreditata, rappresenta uno dei principali riferimenti sanitari a livello locale e, grazie ad alcuni settori di eccellenza, anche 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 e Chirurgia generale. Sotto la stessa denominazione rientra anche la Struttura D'Amore Hospital sita in Taranto centro di riferimento per le prestazioni di Ortopedia e Chirurgia Generale.

Volumi di attività CDL Hospital anno 2022:

✚	N. ricoveri.....	3625
✚	N. Day service.....	591
✚	N. procedure chirurgiche.....	2707
✚	N. prestazioni ambulatoriali.....	107000

Volumi di attività DAM Hospital anno 2022:

✚	N. ricoveri.....	1421
✚	N. Day service.....	752
✚	N. procedure chirurgiche.....	1393 (ord) 752 ds
✚	N. prestazioni ambulatoriali.....	136214 (diagnostica, lab. Analisi e med. Nucleare)

Il modello organizzativo per la gestione, il controllo e la riduzione del rischio clinico di cui entrambi i centri si sono dotati 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 esplicano tramite la costante verifica dei risultati e il confronto delle performance basato su indicatori validati a livello regionale e nazionale.

Strumenti e azioni principali.

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) Formazione specifica degli operatori sanitari finalizzata a creare consapevolezza e cultura della prevenzione dell’errore, quale pilastro portante delle attività cliniche.
- g) 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 2022

Alcuni esperti ritengono che un efficace sistema di segnalazione sia la pietra angolare della sicurezza e una misura di progresso dell’organizzazione verso il raggiungimento di una cultura della sicurezza. 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 di altre strutture 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.

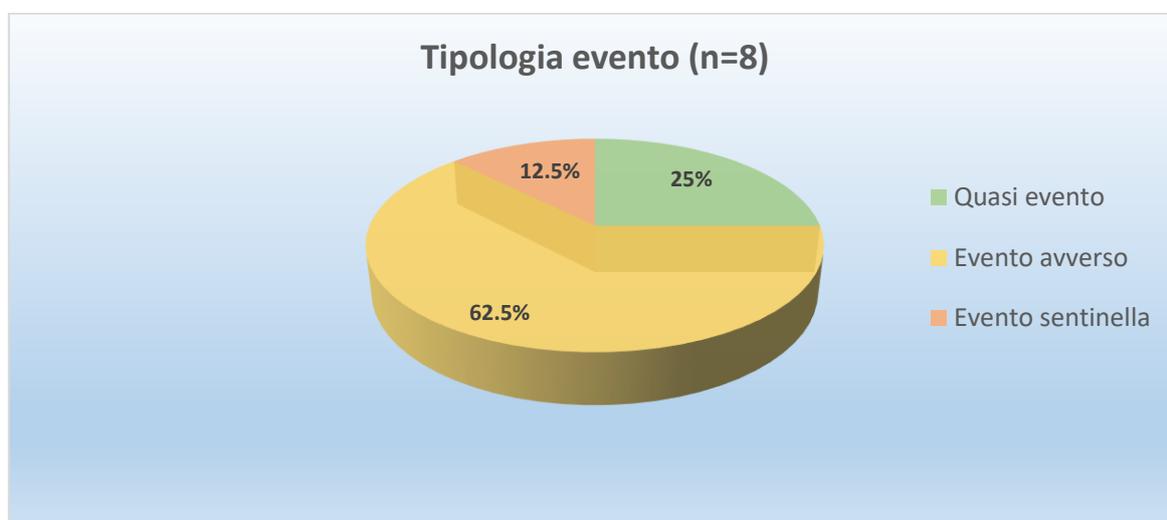
La sicurezza del paziente deriva, pertanto, dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) sia di contenere e governare gli effetti degli errori che comunque, inevitabilmente, si verificano (protezione).



Segnalazioni CDL e DAM pervenute dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Tipologia evento (n=8)

Quasi evento	Evento avverso	Evento sentinella
2	5	1



Qualifica segnalante

Medico	Professioni sanitarie	Personale Amministrativo
2	6	



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		5			5
	Ortopedia CDL	1				1
	Cardiochirurgia CDL			1	1	
	Neurochirurgia CDL	1			1	

Tipologia eventi/Quasi Eventi segnalati

Tipologia segnalazioni	Quasi Evento	Evento avverso	Evento Sentinella
Cadute		5	
Ritardo procedura assistenziale	1		
Inadeguata gestione complicanza	1		
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico			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 2022 rispetto al punto a) Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO: non si sono verificati eventi avversi o eventi sentinella nè 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. Nel periodo estivo si è verificata una carenza di sangue di alcuni gruppi in particolare, 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 ne sul presidio di Lecce, né sul presidio di Taranto. Presso DAM Hospital, sono stati effettuati due corsi interni sul Risk management indirizzati al personale sanitario in occasione dei quali è stato dedicato uno spazio di discussione sulla Prevenzione degli errori di farmacoterapia. Come già ribadito questi errori possono verificarsi in ogni fase del percorso di gestione del farmaco, pertanto, è fondamentale che il personale conosca ed utilizzi tutti gli strumenti utili a prevenire le fasi critiche della gestione della terapia farmacologica. Anche a CDL Hospital sono stati effettuati due corsi sul Rischio Clinico all'interno dei quali sono state riviste le Raccomandazioni Ministeriali con particolare interesse per quelle inerenti all'utilizzo dei farmaci e degli acronimi (Raccomandazione n. 1, n.7, n. 10, n. 12, n. 14, n.17, n. 18, n. 19).

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 si sono verificati alcuni errori di valorizzazione della data di dimissione sulla SDO per l'U.O. di Cardiologia 15 cartelle cliniche in tutto. In 52 cartelle si sono riscontrati errori di codifica. Per DAM Hospital la criticità riscontrata è inerente lo scarico del materiale protesico per i ricoveri di Ortopedia che non viene effettuato in tempo reale pertanto su alcune SDO non è presente il codice di repertorio. Questa anomalia incide per il 15.6% sul totale delle cartelle.

In merito al punto e) ed f) non vi sono state segnalazioni e/o eventi avversi che abbiano coinvolto in maniera diretta i pazienti.

Per CDL Hospital anche per il 2022 si sono registrati continui guasti alle grandi macchine, in particolare:

- in Risonanza Magnetica tanto che a novembre a seguito di improvviso *Quench* si è deciso di accelerare i lavori di sostituzione della macchina.
- In Radioterapia il problema è stato risolto a maggio 2022 con il completamento dell'installazione e la messa in funzione della nuova apparecchiatura ELEKTA VERSA.
- In Emodinamica si sono avuti diversi fermo macchina dell'angiografo motivo per il quale nel 2023 anche quest'apparecchiatura è stata sostituita con una di ultimissima generazione.

Per il Presidio di Taranto, l'installazione di una TAC di ultimissima generazione ha consentito un miglioramento significativo della qualità delle immagini di radio diagnostica e di conseguenza una maggiore appropriatezza della refertazione, oltre alla riduzione dei disservizi dovuti a guasti e fermo macchina.

Circa l'ultimo punto inerente le ICA e le epidemie di malattie infettive, anche l'anno 2022 è stato caratterizzato dalla necessità di fronteggiare l'emergenza sanitaria legata alla diffusione pandemica del virus SARS COV-2.

A dicembre 2021 è stata acquistata e messa in funzione sia sul presidio di Lecce che su quello di Taranto un'apparecchiatura ad alta sensibilità e specificità per l'effettuazione di test antigenici rapidi di terza generazione. Questa strumentazione ha consentito di ottimizzare gli sforzi organizzativi gestionali e assistenziali che si sono concentrati nella messa in atto di misure volte alla prevenzione di focolai. In ottemperanza ai provvedimenti governativi e regionali nel mese di maggio 2022 i test antigenici di terza generazione hanno gradualmente sostituito i molecolari (tranne casi particolari), nelle attività di screening pre-ricovero e di monitoraggio del personale sanitario.

La Direzione Sanitaria di entrambi i presidi considerata l'evoluzione della situazione epidemiologica sul territorio regionale ha mantenuto e messo in atto una serie di azioni di contenimento del rischio in termini di Ospedale Sicuro che di seguito andiamo ad elencare:

- Informazione rivolta a tutto il personale sanitario sulle caratteristiche principali e sulle modalità di diffusione note del virus; ridefinizione di caso PROBABILE, SOSPETTO o CONFERMATO
- Informazione rivolta a tutto il personale sanitario e non circa l'utilizzo corretto dei DPI ed il mantenimento dell'obbligo all'uso degli stessi sino a diverse indicazioni ministeriali;
- Informazione rivolta agli utenti attraverso materiale divulgativo circa le regole comportamentali per ridurre la diffusione del contagio
- Limitazione dell'accesso ai visitatori consentendo per le prestazioni ambulatoriali l'accesso all'utente interessato e ad accompagnatore solo in caso di minore, persona disabile, o non autosufficiente.
- Aumento del numero di sanificazioni delle aree di comune utilizzo (maniglie, pulsante ascensore, postazione reception, scrivanie ambulatori, corrimano etc etc)
- Elaborazione di percorsi ad Hoc per i ricoveri con carattere di urgenza non differibile provenienti altra Struttura Pubblica, P.S. e/o rete IMA-SCA.
- Elaborazione di percorsi e protocolli assistenziali per la gestione di eventuale caso Sospetto, Probabile o Confermato che acceda presso l'emodinamica, la Terapia Intensiva, l'emodialisi e la Radioterapia.
- Aggiornamento del programma di sorveglianza sanitaria rivolto a tutti gli operatori

Non si sono verificati altri eventi o segnalazioni. Inoltre, la diffusione capillare di corrette informazioni e procedure ha consentito per tutto il 2022 di prevenire l'insorgenza di focolai attraverso l'isolamento preventivo e tempestivo dei casi dubbi o confermati verificatisi tra gli operatori sanitari e tra i degenti.

In merito alla sorveglianza e monitoraggio delle Infezioni Correlate all'assistenza, nel 2022 il Comitato ICA si è riunito due volte su entrambi i Presidi.

Per CDL la prima riunione è stata incentrata sulla rivalutazione dell'incidenza di casi di infezione da CIED dopo gli interventi di prevenzione messi in atto. La diagnosi di infezione di Pacemaker (PM) e

defibrillatori automatici impiantabili (ICD), anche noti come dispositivi elettronici cardiovascolari impiantabili (CIED), non è sempre agevole e dipende molto dalla presentazione clinica. In alcuni pazienti, la sintomatologia è molto vaga e generica per cui si arriva purtroppo ad una diagnosi solo tardivamente. Nei casi eclatanti invece, è fondamentale informare il paziente che deve rivolgersi il prima possibile al nostro centro per la presa in carico.

I sintomi principali riferiti dal paziente sono l'astenia e la dispnea. Il segno clinico più caratteristico è quello della febbre solitamente persistente e resistente alle normali terapie.

La raccolta della storia del paziente così come la visita clinica rivestono un ruolo fondamentale, al fine di poter associare la sintomatologia riferita alla possibile causa.

Un prodigioso avanzamento tecnologico di questi devices ha portato negli anni 90 alla disponibilità di defibrillatori automatici impiantabili per via transvenosa in sede pettorale ed alla terapia di risincronizzazione dello scompenso cardiaco.

Le indicazioni cliniche all'impianto dei CIED si sono notevolmente ampliate. Si è registrato così un incremento notevole degli impianti, soprattutto di ICD, destinati in gran parte a pazienti sempre più anziani e con multiple comorbidity, che ha portato parallelamente ad un aumento anche delle infezioni dei CIED. Basti citare una casistica Statunitense (The National Hospital Discharge Survey) che tra il 1999 ed il 2003 ha riportato un aumento degli impianti di ICD del 160 % e dei PM del 31 % e parallelamente un aumento sproporzionato delle ospedalizzazioni per infezione di 6 volte per gli ICD e di 2,8 volte per i PM, così come un aumento di 2 volte del rischio di morte in ospedale per infezione di tali devices.

Fattori di rischio noti per le infezioni dei CIED sono tutte quelle affezioni che comportano uno stato di immunoppressione del paziente, come il diabete mellito, l'insufficienza renale cronica, la terapia corticosteroidica a lungo termine, le patologie neoplastiche ecc. Altri fattori di rischio sono la terapia anticoagulante e la formazione di ematoma della tasca, la stimolazione temporanea prima della procedura, un re-intervento precoce, la sostituzione o revisione del *dispositivo* rispetto al primo impianto, l'impianto di un ICD rispetto ad un PM ed il numero di elettrocateri impiantati.

Tra il 60 e l'80 % delle infezioni di CIED sono provocate da stafilococchi, coagulasi negativi in circa il 40-45 % dei casi, ed aureus in un altro 30% circa. Altri cocchi Gram +, bacilli Gram negativi, Candida ed infezioni polimicrobiche sono responsabili di quasi tutti gli altri casi. Micobatteri non tubercolari ed altri Miceti sono stati identificati molto raramente.

La principale porta di ingresso dell'infezione è rappresentata dalla cute del paziente al momento della manipolazione chirurgica. In questo modo i germi infettano la tasca del generatore, e da qui possono diffondersi agli elettrocateri nel sistema venoso fino alle sezioni destre dove possono formare vegetazioni sugli elettrocateri, sulla valvola tricuspide e sulla superficie endocardica atriale e ventricolare.

Alternativamente una batteriemia, soprattutto da Staphylococcus Aureus, proveniente da un focolaio di infezione distante può colonizzare gli elettrocateri o il generatore e provocare

l'infezione del device. Nella maggioranza dei casi le infezioni dei CIED sono localizzate alla tasca del generatore, dove si può osservare dolore o fastidio, cute eritematosa e aderente al generatore, oppure una tumefazione calda e fluttuante, che si può aprire all' esterno mediante una fistola o una più o meno ampia deiscenza che espone il generatore e gli elettrodi. È frequente anche il caso inverso in cui un'erosione della tasca causata da un decubito meccanico porti all' esposizione del generatore e degli elettrodi e quindi alla loro contaminazione batterica.

Le manifestazioni sistemiche sono invece dovute alla diffusione dei germi nel sistema circolatorio ed agli elettrodi nelle sezioni cardiache destre, dove si possono formare delle vegetazioni. Queste frequentemente embolizzano nel circolo polmonare causando focolai settici polmonari o addirittura aneurismi micotici polmonari. Frequente è l'interessamento della valvola tricuspide, ma rara la comparsa di insufficienza emodinamicamente significativa. I germi raramente arrivano ad infettare anche le altre valvole cardiache nelle sezioni sinistre, native o protesiche, e possono inoltre disseminarsi nella circolazione sistemica così da formare focolai settici in ogni tessuto. La manifestazione principale in questi casi è la febbre di tipo settico, ma non raramente si hanno quadri più sfumati e subdoli, che possono causare il ritardo della diagnosi, soprattutto negli anziani, come febbricola, malessere, anoressia, dolori articolari e lombari, infezioni respiratorie. Di fronte a tali manifestazioni in un paziente portatore di CIED, specie se anziano, è sempre opportuno prendere in considerazione, nel processo di diagnosi differenziale, la possibilità di un' infezione di CIED, anche in assenza di franchi segni di infezione della tasca.

Nel 2020 a seguito di riunione CICA sono state adottate delle misure preventive per ridurre il rischio di infezioni da CIED. Nello specifico:

- è stata modificata la preparazione preoperatoria del paziente applicando in reparto la stessa procedura di doccia paziente utilizzata in CCH;
- lo strumentario chirurgico è stato riunito e assemblato in contenitori appositi per la corretta sterilizzazione;
- è stata rivista la preparazione del campo sterile e la disinfezione della cute poco prima dell'arrivo sul tavolo operatorio;
- è stata attenzionata l'importanza della valutazione anamnestica dei fattori di rischio legati al paziente che possono aumentare il rischio di sviluppare infezioni del sito chirurgico.

Il comitato ha riscontrato una significativa riduzione dell'insorgenza di nuovi casi. L'osservazione sul campo ha portato nel 2022 a determinare che i pochi pazienti che risultano affetti da infezione di tasca sono per lo più anziani defedati, non autosufficienti e/o provenienti da RSA. Un'ulteriore misura che si è deciso di introdurre è legata al follow up post-dimissione. Questo perché si stima che una percentuale significativa di infezioni del sito chirurgico venga rilevata dopo le dimissioni del paziente. Questa proporzione varia a seconda degli ambiti e delle diverse definizioni, ma è stata stimata in letteratura tra il 13% e il 71%. Il fatto che la durata del ricovero sia costantemente diminuita, ha probabilmente contribuito negli ultimi decenni a spostare il peso del problema

infezioni dagli ospedali ai servizi ambulatoriali. Inoltre, le infezioni associate agli impianti possono non manifestarsi fino a un anno dopo l'intervento. Per questa ragione, riteniamo fondamentale la sorveglianza post-dimissione.

Per CDL Hospital nella seconda riunione è stata effettuata un'attenta valutazione dei dati complessivi 2022 ed un confronto rispetto alla tendenza degli isolamenti nell'anno precedente.

Si è discusso con i Responsabili delle U.O. e con i coordinatori dei dati relativi agli esami colturali positivi ed ai principali isolamenti per unità operativa, e si è distribuita una copia del report riassuntivo effettuato dal CICA in collaborazione con il Laboratorio Analisi.

L'incidenza di ICA per la Struttura nel 2022 è pari a 2.95 % in leggero aumento rispetto all'anno precedente (anno 2021 incidenza pari a 2.43%), ma comunque al di sotto del 5% di soglia di tolleranza riconosciuto a livello nazionale.

Si sono riscontrate 1 o più ICA in 107 pz su 3625 ricoveri (ricoveri ordinari al netto dei Day Service). L'incidenza di ICA suddivisa tra area cuore e polispecialistica è pari rispettivamente a 4.07% (Cardio, CCH, UTIC e T.I.) e 0.93% (Orto, NCH, CH.Gen, Ocu). Nel dettaglio:

- 95 pazienti con ICA su 2334 ricoveri area cuore;
- 12 pazienti con ICA su 1291 ricoveri area polispecialistica.

La mortalità generale della Struttura è pari allo 0.74% calcolata come decessi (27) su totale ricoveri ordinari (3625).

La mortalità correlata ad ICA su totale ricoveri è pari allo 0.27% in leggera riduzione rispetto all'anno precedente.

La % di decessi con ICA sul totale dei decessi è pari al 37.03%.

I pazienti deceduti con concomitanti ICA sono in totale 10 di cui 4 in T.I. e 4 in CCH sottoposti a procedure cardiocirurgiche maggiori e 2 in Cardiologia.

Rispetto ai dati monitorati negli anni precedenti è stata effettuata una valutazione d'impatto delle ICA rispetto alla degenza media per gli interventi Cardiocirurgici ricadenti nei DRG a maggior peso. Sui DRG di sostituzione valvolare con cateterismo DRG 104, la presenza di ICA determina un aumento di 4.57 gg rispetto alla degenza normale. Sul DRG 105 di sostituzione valvolare senza cateterismo l'incremento è di 9.1 gg. Questo dato apparentemente incoerente si giustifica considerando che il DRG 104 include sia le TAVI che hanno una degenza minore rispetto alle sostituzioni valvolari chirurgiche. Sui DRG di Bypass Aorto-coronarico le ICA incidono con un incremento della degenza di 1.37gg.

Anche in DAM Hospital il Comitato ICA si è riunito due volte. Nel primo incontro sono stati condivisi i dati di monitoraggio microbiologico effettuati in sede dal laboratorio analisi nei blocchi operatori e nelle aree critiche. I parametri rilevati sono risultati tutti nei range stabiliti per tipologia di campione e modalità di campionamento.

Nella seconda riunione si sono discusse le linee guida per la corretta profilassi perioperatoria per gli interventi di Ortopedia con particolare attenzione alla gestione del paziente sottoposto a procedura di impianto di protesi racchiuse nel documento ORTO_IO_01.

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

Infatti, il rischio di andare incontro a 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 perioperatoria. L'importanza di un'adeguata comprensione dei fattori di rischio è duplice: da un lato la migliore conoscenza degli elementi che predispongono allo sviluppo di un'infezione in chirurgia ortopedica può facilitare il tentativo di contenerli o eliminarli, ove possibile, al fine di ridurre l'incidenza d'infezione (fattori di rischio modificabili). Molti di questi aspetti vengono affrontati in questa LG. D'altra parte, la comprensione della relativa importanza di alcune situazioni o comorbidità 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.

Oltre alle riunioni CICA in CDL Hospital è stata effettuata dal Direttore Sanitario in collaborazione con il Responsabile del Laboratorio Analisi e con il Referente per la Qualità, un'indagine di prevalenza che ha fotografato la situazione delle ICA al momento della rilevazione 30/06/2022.

I principali risultati sono riassunti di seguito in tabella.

Microorganismi isolati al momento della rilevazione

	Unità Operativa	N° SDO	Diagnosi di ammissione	Età	Sesso	Localizzazione infezione	Microbiologia (registrare i microrganismi isolati)
1	Terapia intensiva	22001819	Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	78	Femmina	Infezione delle basse vie respiratorie	S.Epidermidis

	Unità Operativa	N° SDO	Diagnosi di ammissione	Età	Sesso	Localizzazione infezione	Microbiologia (registrare i microrganismi isolati)
2	Terapia intensiva	22001753	Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	75	Femmina	Infezione delle basse vie respiratorie Batteriemia, Infezione delle vie urinarie	Pseudomonas Aeruginosa, Candida albicans, Klebsielle Pneumoniae
3	Terapia intensiva	22001456	Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	70	Maschio	Infezione delle basse vie respiratorie Batteriemia,	Staphilococcus epidermidis, Staphilococcus Haemolyticus, Klebsielle Pneumoniae, Candida albicans,
4	Cardiologia	22001642	Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	82	Maschio	Infezione delle basse vie respiratorie	Enterococco Faecalis, S. Epidermidis
5	Cardiochirurgia	22001779	Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	67	Maschio	Batteriemia	Klebsielle Pneumoniae,
6	Cardiochirurgia	22001854	Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	61	Maschio	Batteriemia	Klebsielle Pneumoniae,

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 infezioni associate all'assistenza.

Le infezioni hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo il primo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e un rischio aumentato di mortalità, pertanto, tale indagine sarà ripetuta annualmente in sinergia con un ciclo

di azioni di miglioramento volte ad assicurare la migliore prevenzione dalle infezioni sia per gli operatori che per i Pazienti.

Audit e Piani Di Miglioramento (Periodo 01/01/2022 – 31/12/2022)

Il termine Audit proviene da “ascolto”. 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.

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 inappropriately (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*.

Fatta questa dovuta puntualizzazione, nell'anno 2022 per il presidio di CDL Hospital sono stati condotti tre Audit mirati a valutare l'adesione a procedure aziendali significative per la sicurezza dei pazienti. Gli audit si sono incentrati sulla definizione e applicazione di percorsi in sicurezza per i degenti da sottoporre a procedura TAVI. Un ulteriore Audit si è incentrato sulla gestione del paziente ad alto rischio che necessita di procedura chirurgica. Ed in particolare sull'importanza della corretta e costante comunicazione tra tutte le figure coinvolte nel processo assistenziale per prevenire complicanze e gestire in maniera appropriata il paziente particolarmente fragile o con un quadro clinico progressivamente ingravescente. Il terzo audit ha riguardato la gestione di un caso complesso di neurochirurgia che ha richiesto l'utilizzo di terapia Intensiva per la stabilizzazione della paziente. È stato rivisto il percorso assistenziale per evidenziare eventuali carenze e/o criticità. Dall'analisi del caso è emerso che la complicanza verificatasi rientrava tra quelle con maggiore probabilità d'insorgenza motivo per cui il servizio di Anestesia e rianimazione era stato preventivamente allertato già pre procedura. La paziente è stata gestita e trattata sino alla dimissione e data la complessità si è resa indispensabile la collaborazione tra anestesisti e neurochirurghi. Criticità da migliorare l'interazione tra professionisti medici.

Presso D'Amore Hospital sono stati condotti due *significant events audit* mirati ad individuare aree della pratica professionale oggetto di miglioramento. In particolare, un audit relativo alla verifica della pulizia e sanificazione di aree all'interno della piastra ambulatoriale ed un secondo audit che ha interessato la gestione delle cadute che rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi per il paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta specialmente se la loro età è superiore agli 80 anni, e se degenti nei reparti di medicina e/o sottoposti a procedure di protesizzazione di anca o ginocchio (come nel nostro caso). Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali. Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). Nel nostro caso i due eventi verificatisi possono essere ricondotti in quell'8% di cadute imprevedibili dovute a disturbi dell'equilibrio o a fattori accidentali in quanto nel primo caso il paziente già

mobilitato utilizzava calzature antiscivolo e girello, nel secondo la signora aveva un malore improvviso che provocava la caduta.

Gli eventi sono stati tardivamente segnalati in Direzione Sanitaria, pertanto, non si è provveduto alla segnalazione nei tempi previsti. Oltre a ciò, si è riscontrata un'applicazione parziale della procedura del rischio cadute RM_13 del 19/07/2021. Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Compito dell'equipe multiprofessionale che segue i pazienti durante la degenza è quello di adottare le migliori strategie di prevenzione al fine di ridurre il rischio di caduta e gli eventuali danni al paziente. In relazione alla tipologia e alla casistica degli eventi avversi segnalati sono state definite e attuate le seguenti azioni di miglioramento:

- Creazione di corsi di formazione 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;
- Diffusione di report sulle segnalazioni degli eventi avversi e degli audit da parte delle U.O. e dei servizi per sensibilizzare tutto il personale nei confronti dell'importanza della segnalazione degli eventi avversi o dei quasi eventi;
- Analisi delle criticità organizzative interne delle U.O. e dei servizi rispetto all'aderenza/scostamenti dei protocolli e procedure interne aziendali.

Ulteriore strumento di valutazione del rischio aziendale e della qualità e sicurezza delle cure è il Piano di miglioramento che costituisce la base per la progettazione di azioni correttive/preventive. Per entrambe le Strutture Sanitarie è stato stilato il piano di miglioramento della qualità e del rischio 2022 che comprende ed esamina:

- indicatori relativi alle aree previste per il PIMO (Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione);
- 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 il piano di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali;

- altre aree di Risk Management.

Il Piano di Miglioramento integrato 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 dalle strutture di Lecce e Taranto, 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 Responsabile Aziendale per la Qualità e dal Responsabile dell'Ufficio 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 e con il Piano di Comunicazione.

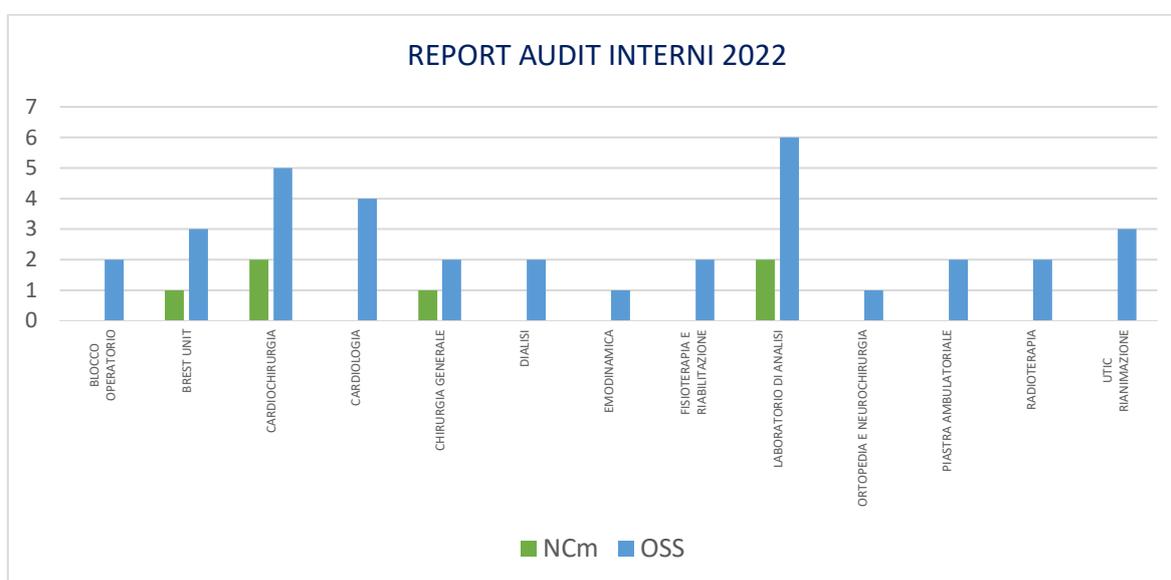
In particolare, nel 2022 l'attività di audit si è posta come obiettivo quello di accertare la corretta applicazione del Sistema di Gestione di Qualità, inteso come l'insieme delle procedure (regolamenti, istruzioni) adottate dalla Azienda, nonché quello di individuare eventuali punti di debolezza del 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).

Entrando più nel dettaglio, per CDL Hospital, gli audit interni effettuati nel corso del 2022 hanno riguardato le UU.OO e Servizi riportati in tabella.

CITTA' DI LECCE HOSPITAL REPORT AUDIT INTERNI 2022			
U.O./SERVIZIO	NON CONFORMITA' MINORE	OSSERVAZIONE	TOTALE COMPLESSIVO
BLOCCO OPERATORIO	0	2	2
BREST UNIT	1	3	4
CARDIOCHIRURGIA	2	5	7
CARDIOLOGIA	0	4	4
CHIRURGIA GENERALE	1	2	3
DIALISI	0	2	2
EMODINAMICA		1	1
FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE	0	2	2
LABORATORIO DI ANALISI	2	6	8

ORTOPEDIA E NEUROCHIRURGIA	0	1	1
PIASTRA AMBULATORIALE	0	2	2
RADIOTERAPIA	0	2	2
UTIC RIANIMAZIONE	0	3	3
CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	0	2	2
TOTALE	6	37	43



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.

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.

Le anomalie riscontrate durante la verifica sono state classificate secondo la seguente suddivisione:

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

Si sono registrate 0 NCm (non conformità minori) e 5 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;
- Pianificare diversamente analisi del fabbisogno e valutazione delle competenze del personale.

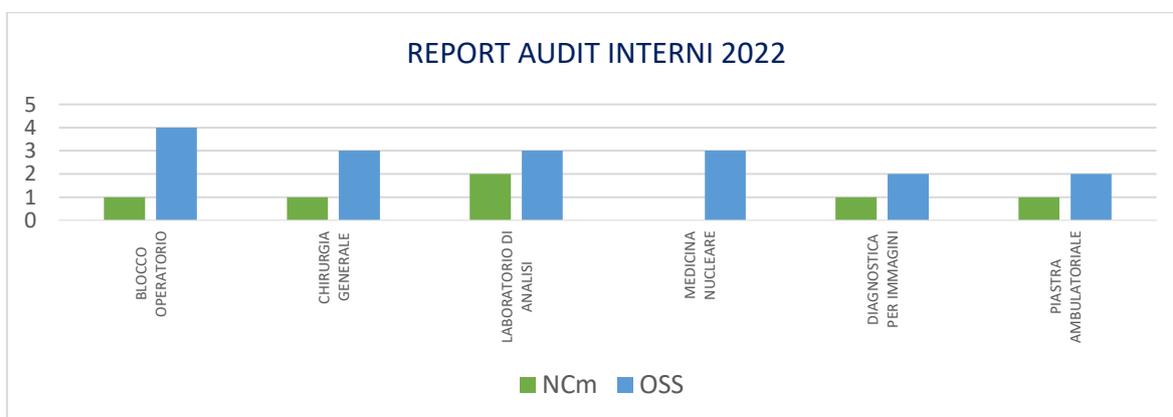
Le osservazioni hanno riguardato:

- La necessità di revisionare la MQ_13 Valutazione dei fornitori per allineamento alle azioni correttive richieste dall'Ente certificatore;
- La revisione dell'organigramma generale non conforme alla organizzazione interna;
- La necessità di implementare una procedura delle modalità di valutazione dei processi di qualità;
- La necessità di riprogrammare i corsi di formazione non erogati nel corso del 2022.

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

Per DAM Hospital il risultato della rilevazione è riportato in forma sintetica nella tabella e nel grafico sottostanti.

D'AMORE HOSPITAL REPORT AUDIT INTERNI 2022			
U.O./SERVIZIO	NON CONFORMITA' MINORE	OSSERVAZIONE	TOTALE COMPLESSIVO
BLOCCO OPERATORIO	1	4	5
CHIRURGIA GENERALE	1	3	4
LABORATORIO DI ANALISI	2	3	5
MEDICINA NUCLEARE	0	3	3
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1	2	3
PIASTRA AMBULATORIALE	1	2	3
ORTOPEDIA E FRIGOEMOTECA	0	3	3
TOTALE	6	20	26



AUDIT DI SISTEMA

Il SGQ ha dato evidenza di essere applicato nei processi oggetto di audit. Il SGQ è vissuto in maniera positiva dagli operatori di DAM Hospital intervistati che hanno mostrato di partecipare attivamente alla sua implementazione. Complessivamente i criteri previsti dalla norma UNI EN ISO 9001:2015 e dal Regolamento Regionale n°16 del 2019 sono soddisfatti. Migliorabile la condivisione della documentazione presente nel SGQ.

Le anomalie riscontrate durante la verifica sono state classificate secondo la seguente suddivisione:

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

Si registrano 6 osservazioni e 0 non Conformità minori.

In particolare, sarebbe opportuno:

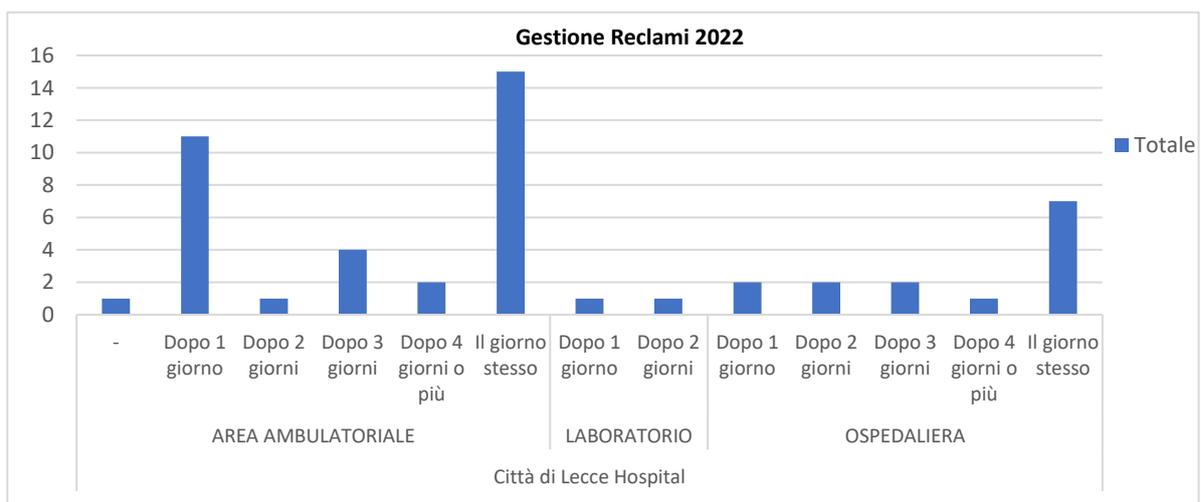
- Integrare il capitolo relativo alla rilevazione della qualità clinica indicizzando gli indicatori clinici con quelli presenti sulla modulistica di riferimento per parte Ospedaliera/Ambulatoriale/Laboratorio Analisi;
- Effettuare il verbale di riunione in cui si fa menzione della NC e della AC relativa al 08.01.2021 per la UO di Ortopedia e traumatologia;
- Che vengano comunicati ai Medici responsabili e agli infermieri Coordinatori i risultati della manutenzione da parte della Direzione;
- Condividere i risultati annuali derivanti dall'analisi dei reclami e della *customer satisfaction* con un'organizzazione per i diritti dei Pazienti.

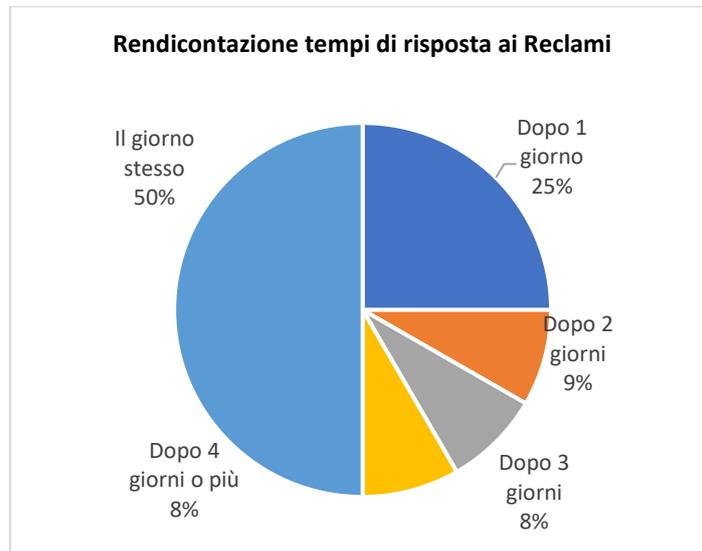
Gestione e valutazione reclami

Nel corso del 2022 sono stati registrati 50 reclami per CDL Hospital così suddivisi:

- Area Ambulatoriale/Laboratorio 36 (due per il laboratorio analisi) reclami riguardanti tendenzialmente i tempi di attesa e la prenotazione delle visite;
- Area Ospedaliera 14 reclami riguardanti tendenzialmente tempi di attesa nella consegna dei risultati.

Oltre il 90% dei reclami sono stati gestiti entro tre giorni dalla richiesta, come si evince dai seguenti grafici:

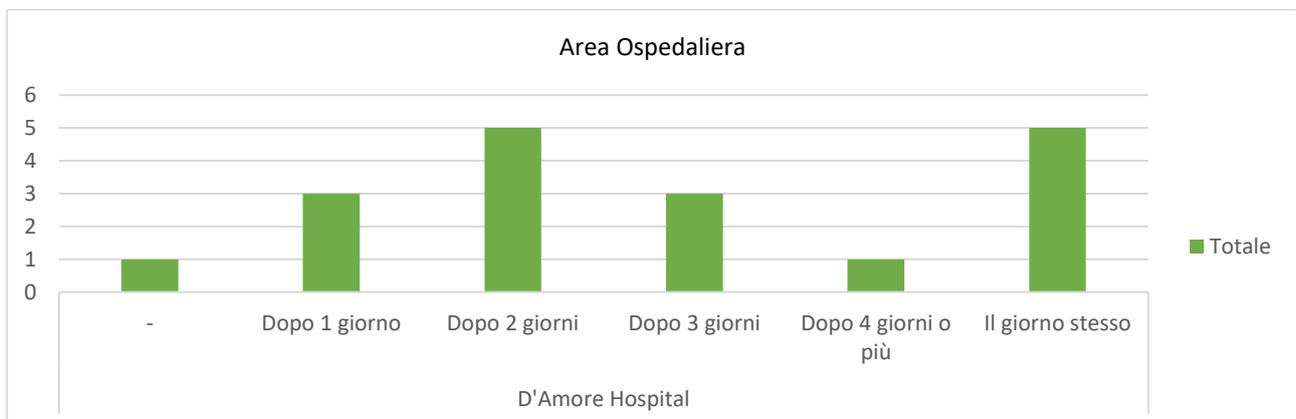


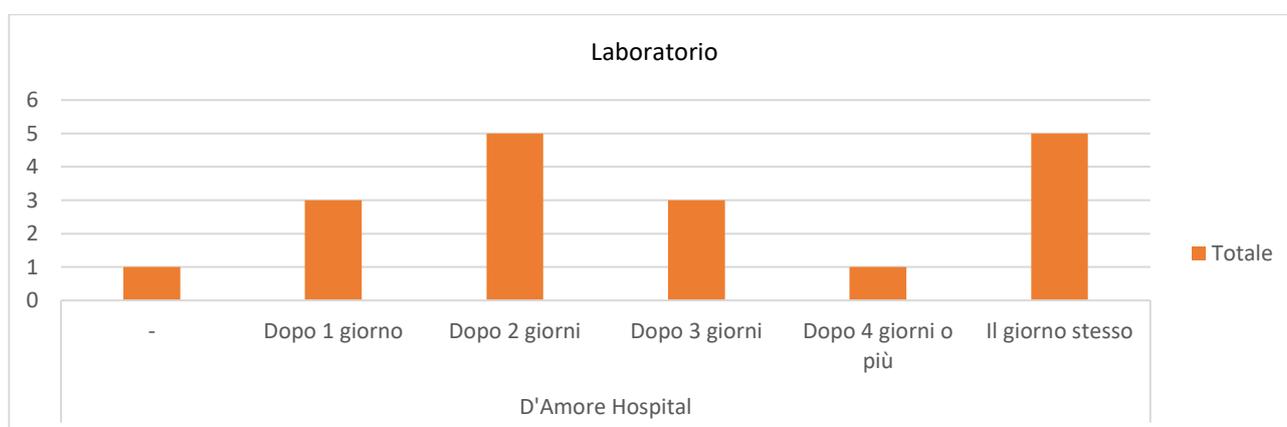
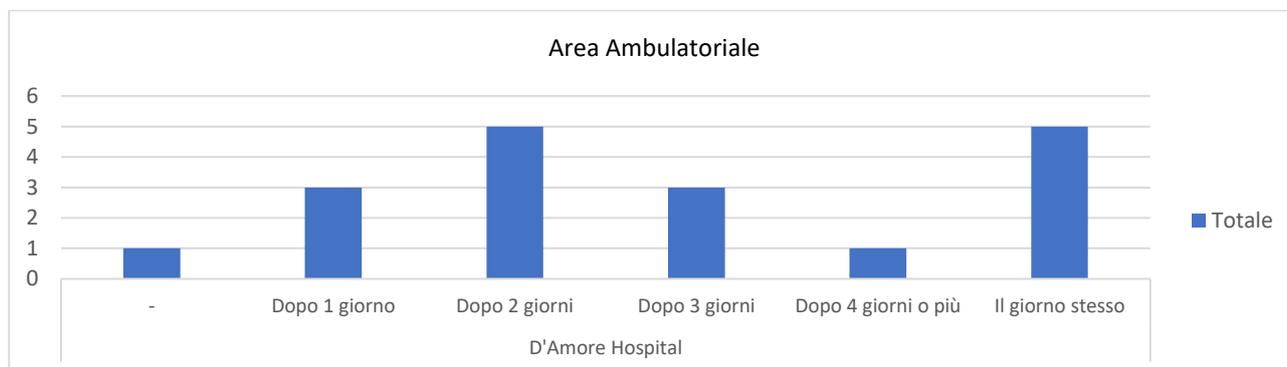


Per DAM Hospital nel corso del 2022 sono stati registrati 19 reclami così suddivisi:

- Area Ospedaliera 2 reclami riguardanti l'impossibilità nel parlare con un operatore, richieste e problematiche varie (lamentate sull'organizzazione e sui tempi di attesa);
- Area Ambulatoriale 15 reclami riguardanti problemi nel parlare con un operatore, richieste e problematiche varie (lamentate sull'organizzazione e sui tempi di attesa)
- Area Laboratorio 2 reclami

Le risultanze e le relative analisi sono riportate nei grafici che seguono.





Valutazione e gestione dei sinistri (L. 24/2017 art.2 co. 5).

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.

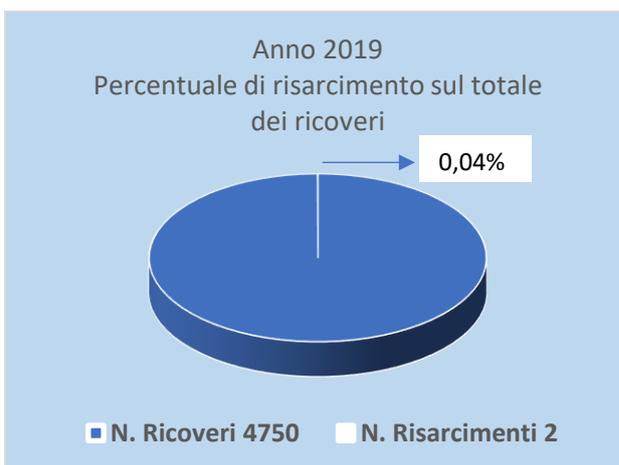
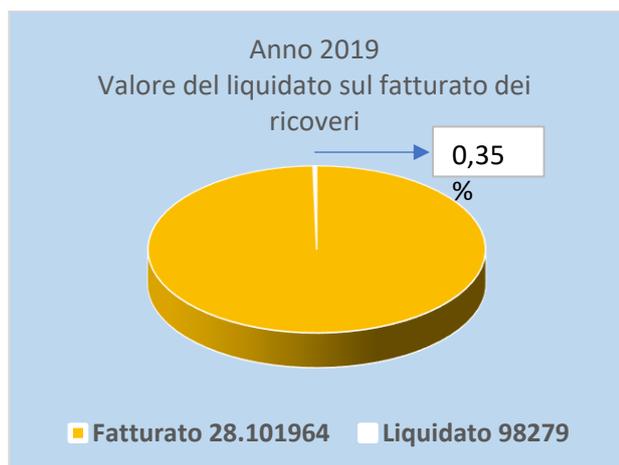
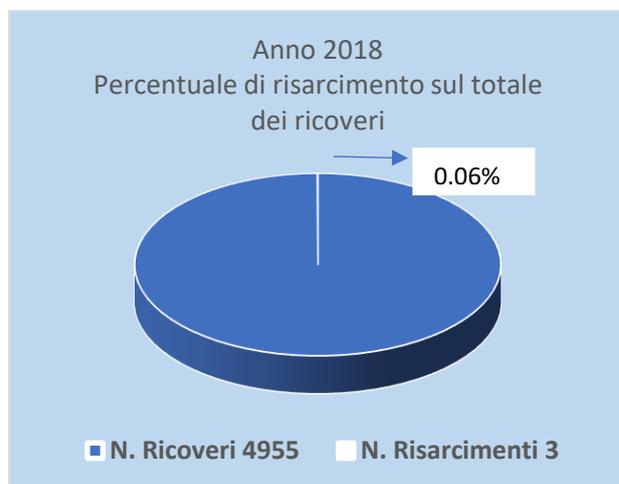
In tale contesto, l'art. 2 co. 5 della suddetta Legge Gelli-Bianco, prevede che le Strutture Sanitarie redigano e rendano pubbliche:

- 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 grafico, 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 triennio 2020 2022 per CDL Hospital in sintesi:

	<i>Casi</i>	<i>Importo</i>	<i>Risarcimento medio annuo</i>
2020	3	102.648,00 €	34.216,00 €
2021	10	129.316,71 €	12.931,67 €
2022	4	45.945,26 €	11.486,32 €
Tot	17	277.909,97 €	16.347,65 €

Posizioni risarcitorie definite nel triennio 2020 2022 per DAM Hospital:

	<i>Casi</i>	<i>Importo</i>	<i>Risarcimento medio annuo</i>
2020	2	7.717,00 €	3.858,50 €
2021	1	4.000,00 €	4.000,00 €
2022	1	600,00 €	600,00 €
Tot	4	12.317,00 €	3.079,25 €

Per l'anno 2022 si riporta di seguito la situazione riassuntiva in materia di sinistri relativa alle due Strutture Sanitarie.

CDL HOSPITAL ANNO 2022

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
4216	7

% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99,83%	0,17%

D'AMORE HOSPITAL ANNO 2022

Numero ricoveri+ DS	Richieste risarcitorie
2173	3

% ricoveri +DS indenni da richieste risarcitorie	% ricoveri +DS indenni con richieste risarcitorie
99,86%	0,14%

Numero prestazioni ambulatoriali	Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
136214	2

% prestazioni ambulatoriali indenni da richieste risarcitorie	% Richieste risarcitorie prestazioni ambulatoriali
99,99%	0,01%

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 2022 ha visto il consolidamento della politica di gestione dei seppur esigui 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 gli 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