



**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 1 CENTRO**

Via Comunale del Principe n°13/A-80145-Napoli-C.F.06328131211
tel.081-254.44.03, email protocollogenerale@asnapoli1centro.it , PEC asnapoli1centro@pec.aslna1centro.it

DIREZIONE GENERALE

**Relazione sugli accadimenti relativi alla sicurezza
delle cure e alle relative azioni di miglioramento**
(Art. 2 Comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24)

Anno 2021

Sommario

1	Premessa	3
1.1	<i>Riferimenti normativi</i>	4
1.2	<i>Bibliografia e Sitografia</i>	5
2	Contesto di riferimento	5
3	Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi (Art.2Comma5 della Legge n.24/2017)	14
3.1	<i>Descrizione degli eventi avversi segnalati negli ultimi 3 anni</i>	15
3.2	<i>Descrizione degli eventi avversi registrati per tipologia e livello di gravità e per discipline</i>	15
4	Risultati dell'attività di analisi e approfondimento degli eventi occorsi	17
5	Descrizione della sinistrosità e dei risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni art. 4 comma 3 legge 8 marzo 2017 n. 24	17
6	Inquadramento generale (da Ministero della Salute)	18
7	Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico	20
8	Attività poste in essere ed implementate in ASL Napoli1 Centro nel corso degli anni	22
8.1	<i>Adempimenti LEA nell'ambito della sicurezza delle cure</i>	22
8.2	<i>Qualità della documentazione sanitaria</i>	24
8.3	<i>Sicurezza in area materno-infantile</i>	25
8.4	<i>Mappatura del rischio e relativi piani di miglioramento</i>	25
8.5	<i>Implementazione strumenti di supporto per la prevenzione e controllo del rischio</i>	25
8.6	<i>Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa</i>	26
8.7	<i>Attività realizzate per la gestione della pandemia da SARS CoV2</i>	26
9	Resoconto attività anno 2021	28
9.1	<i>Adempimenti LEA nell'ambito della sicurezza delle cure</i>	28
9.2	<i>Qualità della documentazione sanitaria</i>	29
9.3	<i>Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa</i>	31
9.4	<i>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure: formazione e comunicazione</i>	31
9.5	<i>Implementazione strumenti di supporto per la prevenzione e controllo del rischio</i>	32
9.6	<i>Sicurezza in area materno-infantile</i>	32
10	Conclusioni	32
11	Obiettivi generali e linee d'intervento per l'anno 2022	34

1 Premessa

I sistemi sanitari moderni pongono il problema di governare l'alta complessità derivata dai numerosi elementi umani e tecnologici che li compongono e dai rapidi cambiamenti che intervengono, orientandoli verso il raggiungimento di elevati standard di qualità, in sintonia con le aspettative dei pazienti, il contesto socio-culturale, le risorse disponibili. Il miglioramento della qualità richiede necessariamente di porre attenzione ai temi della sicurezza dei pazienti e di attuare misure di gestione del rischio clinico.

"La sicurezza dei pazienti è una componente strutturale dei LEA e rappresenta un aspetto fondamentale del governo clinico nell'ottica del miglioramento della qualità" (Ministero Salute)

Garantire la sicurezza delle cure, prevenire e ridurre il rischio all'interno di una organizzazione sanitaria è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale che pone al centro i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Il Ministero della Salute ha posto come cardine strategico, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità delle cure, la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management in Sanità" ha prescritto le seguenti raccomandazioni:

- *individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;*
- *lavorare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;*
- *promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;*
- *promuovere la segnalazione dei near miss;*
- *sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;*
- *monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;*
- *avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;*
- *definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;*
- *favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.*

Il rischio clinico può essere definito come *"la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento della degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte"* (Kohn, IOM 1999). E' compito delle organizzazioni sanitarie intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure da tale tipologia di eventi.

Tuttavia gli errori sono insiti nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente sorvegliata e le criticità individuate affrontate secondo un approccio multidimensionale, che consideri ed integri vari aspetti, quali:

- il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi,
- la diffusione e implementazione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza,
- il coinvolgimento di pazienti e cittadini,
- la formazione degli operatori sanitari,
- l'analisi delle interferenze e delle criticità dovuti ad aspetti di sicurezza diversi da quelli propri dell'ambito medico.

Il sistema di gestione del rischio clinico è volto sia alla prevenzione degli errori evitabili (attività di prevenzione) che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi (attività di protezione), nella ricerca di un

costante miglioramento della qualità. Requisito fondamentale per una corretta gestione del rischio clinico è la **promozione della cultura dell'imparare dall'errore**, volta a superare la cultura del senso di colpa. Garantire la sicurezza dei pazienti è un dovere dei professionisti, che a tal fine devono utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti/azioni di miglioramento necessari per evitarne la ripetizione.

Le organizzazioni sanitarie dispongono di un insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure.

Occorre precisare che gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure non sono solo quelli che causano un danno (*eventi avversi*), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (*eventi senza danno*) o le situazioni di pericolo (i cosiddetti "quasi eventi"/*near miss*: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

La Legge 8 marzo 2017,24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", **all'articolo 2 comma 5**, prevede che "le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto"; è previsto inoltre che detta relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

La relazione annuale descrive, quindi, le azioni predisposte e attuate successivamente all'analisi delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

L'Accordo Stato-Regioni del 20 Marzo 2008 aveva di fatto già impegnato le regioni e province autonome ad attivare una funzione aziendale permanente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente e delle cure, che includesse il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle pratiche per la sicurezza. L'accordo anticipava le raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 2009 e del 2014. Successivamente il Decreto del Ministero della Salute del 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" (SIMES) ha creato le condizioni operative e tecniche per il monitoraggio degli eventi sentinella e del contenzioso nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scopo principale di un sistema di segnalazione consiste, infatti, nell'imparare dall'esperienza al fine di migliorare il sistema sanitario (*learn from experience*). Le segnalazioni gestite tramite i sistemi di Incident Reporting devono rispondere alle caratteristiche di non punibilità, confidenzialità, indipendenza, tempestività, orientamento al sistema, rispondente e necessitano di essere analizzate da esperti di analisi in materia di sicurezza e qualità delle cure, per una riflessione costruttiva sui processi organizzativi legati alla qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure, indipendente rispetto a ulteriori indagini parallele che indagano l'eventuale responsabilità professionale.

1.1 Riferimenti normativi

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.D.P.R. 14/01/1997: *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- D. Lgs 229/99: *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.*
- D. Lgs 254/00: *Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.*

- D. Lgs 81/08: *Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.*
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES);*
- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2 *“Le Regioni si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l’attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi e l’implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell’ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali.....”;*
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 *“Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”*
- D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: *“Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;*
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.*
- Regione Campania D.D. n 35 del 08/02/2021 oggetto *“Istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente “.*
- Ministero della Salute- Decreto Ministeriale n.70 /2015 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.*
- Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539)

1.2 Bibliografia e Sitografia

- Ministero della Salute: *“Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;*
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 *“Safe Surgery Save Live”;*
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997; Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997;
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Ministero della Salute: *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori*
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- Ministero della Salute: *Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009*
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;

2 Contesto di riferimento

(dati riportati nella sezione Amministrazione Trasparente)

Il territorio dell’A.S.L. Napoli 1 Centro si estende per circa 128 kmq e comprende l’intera città metropolitana di Napoli e l’isola di Capri, con i due Comuni di Capri ed Anacapri.

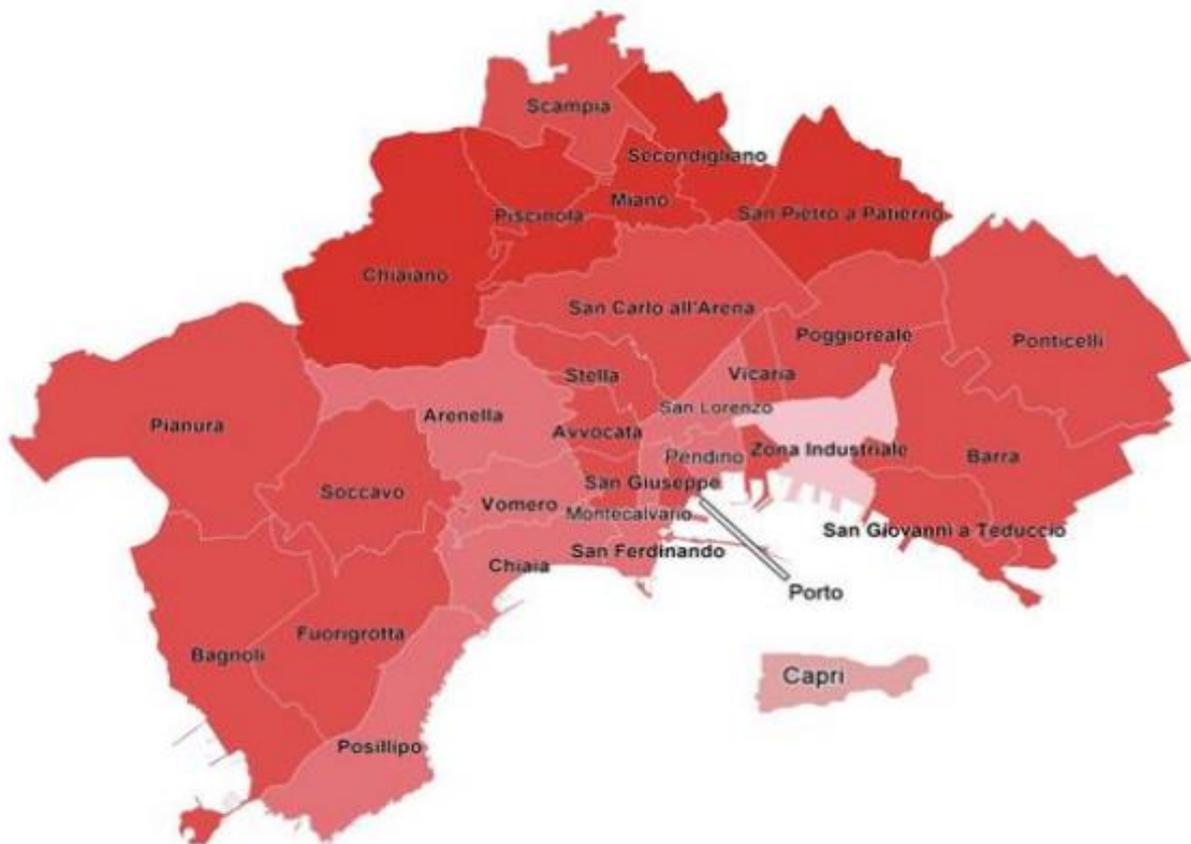
La popolazione assistita dalla ASL Napoli 1 Centro coincide con i residenti nel Comune di Napoli, nei Comuni di Capri e Anacapri e con i detenuti nella Casa circondariale di Napoli Poggioreale, nel Centro Penitenziario di Secondigliano e nell’Istituto penale minorile di Nisida.

La popolazione ASL Napoli 1 Centro per l’anno 2019 è pari a n° 947.440 assistiti (Fonte: Anagrafe Assistiti). Se si prendono in considerazione gli assistibili per fasce d’età, si evince che i cittadini che effettuano la scelta del medico di base presso la nostra azienda appartengono prevalentemente alla fascia di età 50 - 54 anni. La popolazione più giovane 0-14 anni è pari al 14%, la popolazione over 65 è pari al 21% del totale.

L’assistenza territoriale dell’ASL Napoli 1 Centro è articolata in 11 Distretti Sanitari.

L'ambito territoriale della città di Napoli è suddiviso in 10 Distretti che corrispondono alle seguenti municipalità:

- ✓ Distretto 24 - Chiaia, Posillipo, S. Ferdinando
- ✓ Distretto 25 - Bagnoli, Fuorigrotta
- ✓ Distretto 26 - Pianura, Soccavo
- ✓ Distretto 27 - Arenella Vomero
- ✓ Distretto 28 - Chiaiano, Piscinola, Marianella, Scampia
- ✓ Distretto 29 - Colli Aminei, San Carlo all'Arena, Stella
- ✓ Distretto 30 - Miano, Secondigliano, S. Pietro a Patierno
- ✓ Distretto 31 - Avvocata, Monte Calvario, Pendino, Mercato, San Giuseppe Porto
- ✓ Distretto 32 - Barra, S. Giovanni, Ponticelli, Insediamento 167
- ✓ Distretto 33 - Vicaria, S. Lorenzo, Poggioreale
- ✓ I comuni di Capri e Anacapri afferiscono al Distretto 73 – Capri, Anacapri funzionalmente aggregato al Distretto 24.



I Presidi Ospedalieri assicurano tutte le funzioni di assistenza sanitaria destinate a persone affette da patologie che non possono essere trattate nei servizi territoriali o a domicilio. Nella Asl Napoli 1 Centro gli Stabilimenti Ospedalieri sono 9 funzionalmente concentrati in due presidi Napoli Est e Napoli Ovest, inoltre, l'Ospedale del Mare ha attivato il 30 giugno 2018 la funzione di ricovero. Afferiscono all'A.S.L. Napoli 1 Centro i Presidi Ospedalieri:

- ✓ Presidio Ospedaliero Ospedale del Mare - D.E.A. II livello;
- ✓ Presidio Ospedaliero San Paolo - D.E.A. di I livello;
- ✓ Presidio Ospedaliero S. Giovanni Bosco (trasformato in Presidio Covid) con annesso Stabilimento Presidio Sanitario Intermedio di Barra - D.E.A. I livello;

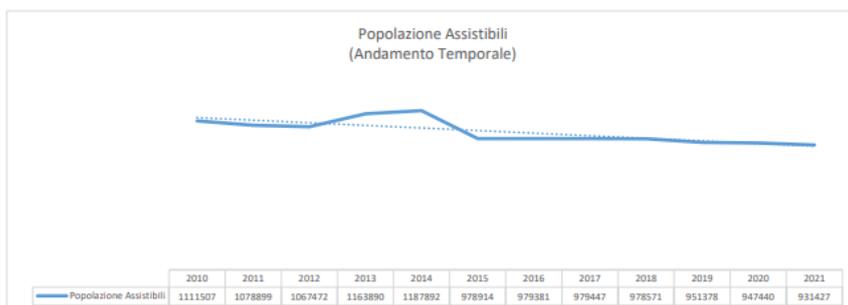
Nella tabella sottostante è rappresentata la popolazione suddivisa per sesso e fascia di età.

POPOLAZIONE PER FASCE D'ETA', SESSO E TIPOLOGIA DI ESENZIONE
ANNO 2021

Codice Regione	Codice USL	Anno	Assistibili .0 - 13 anni	Assistibili .14- 64 anni	Assistibili .65- 74 anni	Assistibili. Oltre 75 anni	Totale assistibili	Esenzioni per Età	Esenzioni per Altri motivi	Maschi. 0 - 13 anni	Maschi. 14- 64 anni	Maschi. 65- 74 anni	Maschi.Oltre 75 anni	Totale maschi	Femmine .0 - 13 anni	Femmine .14- 64 anni	Femmine .65- 74 anni	Femmine. Oltre 75 anni	Totale femmine
150	204	2021	118.766	609.864	107.618	95.179	931.427	353.943	230.840	61.037	295.164	49.330	36.284	441.815	57.729	314.700	58.288	58.895	489.612

La tabella descrive la Popolazione "Assistiti" ASL Napoli 1 Centro distinti per fasce di età e sesso .

Si precisa che per "Assistiti" si intende il soggetto che abbia effettuato presso l'ASL la scelta del medico di base o del pediatra e, pertanto, iscritto nell'anagrafe assistiti (Fonte: Piattaforma Sinfonia); Dal grafico che rappresenta l'andamento temporale si evince una diminuzione del n° di Assistiti che diventa costante a partire dal 2015.



STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PER TIPO DI STRUTTURA
ANNO 2021

DISTRETTI	STRUTTURE PUBBLICHE					TOTALE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE					TOTALE	TOTALE STRUTTURE
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE		ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE		
24	3	3	1	1	8	1	31	1	1	34	42		
25	4	4	1	1	10	2	22			24	34		
26	6	3	2	1	12	1	26			27	39		
27	3	3	1	1	8		35			35	43		
28	3	4	3	2	12		17	2		19	31		
29	6	5	4	2	17		24	2		26	43		
30	5	5	3	2	15	1	20			21	36		
31	3	7		1	11	1	33			34	45		
32	5	7	2	1	15	1	22	1		24	39		
33	4	5	2	1	12	2	53			55	67		
73		2			2						2		
ASL	42	48	19	13	122	9	283	6	1	299	421		

La tabella descrive il n° delle strutture effettive censite nella banca dati del Ministero della Salute per DSB, tipo di struttura, tipo di rapporto con il SSN

AMBULATORIO E LABORATORIO: rientrano in questa categoria di strutture le attività specialistiche (cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale) assicurate direttamente da personale dipendente, convenzionato interno (SUMAI) ed in convenzionamento esterno. Il dato comprende anche gli ambulatori delle strutture di ricovero pubbliche e accreditate che erogano attività specialistica nonché il PSI Napoli EST - BARRA

ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE: rientrano in questa categoria i Centri dialisi ad assistenza limitata (D.P.R. 1 marzo 1994, par. 5.C.3), gli Stabilimenti idrotermali, i Centri di salute mentale (D.P.R. 7 aprile 1994), i Consultori familiari, i Centri distrettuali, le strutture territoriali NPIA, le strutture sanitarie dedicate alla somministrazione dei vaccini anti Covid-19 ed in generale le altre strutture che svolgono attività di tipo territoriale non classificabili nella categoria precedente.

STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE: rientrano in questa categoria i Centri diurni psichiatrici (D.P.R. 7 aprile 1994) e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

STRUTTURA RESIDENZIALE: rientrano in questa categoria le Residenze Sanitarie Assistenziali (Linee-guida n. 1/94 " Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze sanitarie Assistenziali"), le Case protette (indipendentemente dal tipo di utenza), le strutture extraospedaliere adibite all'assistenza di pazienti Covid-19 ed in generale tutte le strutture che svolgono attività di tipo residenziale.

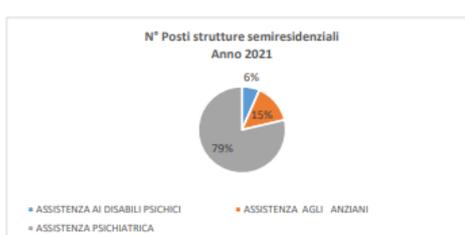
**STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PER TIPO DI ASSISTENZA
ANNO 2021**

DISTRETTI	ASSISTENZA AGLI ANZIANI		ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI		ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI		ASSISTENZA AIDS		ASSISTENZA IDROTHERMALE		ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI		ASSISTENZA PSICHIATRICA		ATTIVITA' CLINICA		ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE		ATTIVITA' DI LABORATORIO		DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		VACCINAZIONI ANTI COVID-19		TOTALE COMPLESSIVO	
	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.	Pub.	Priv.
24	1				2								1	2		4	12	1		1	18	2	14			12	46	58
25												1	1	3	5	9	1		1	14	2	8	1		14	32	46	
26			1										1	3	6	13	2			16	2	4			15	33	48	
27													1	3	4	13	1			21	1	8			10	42	52	
28	3			1				1					1	3	2	4	5	1		1	13	2	3			15	25	40
29	1	2	2	1									1	4		7	10	3		3	13	4	4			25	30	55
30													1	6		6	6	2			11	1	6	1		17	23	40
31													1	2		8	11	1		3	21	3	8			18	40	58
32	1									1			1	3		8	6	3		1	16	2	7			19	30	49
33													2	4		6	19	1		1	29	3	12			17	60	77
73																2				1		1				4	0	4
ASL	6	2	3	2		2		1	1		1	11		33	2	60	104	16		12	172	23	74	2		166	361	527

La tabella descrive il n° delle strutture censite nella banca dati del Ministero della Salute per DSB, tipo di rapporto con il SSN e tipologia di assistenza erogata

**STRUTTURE SANITARIE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI - POSTI LETTO
ANNO 2021**

DISTRETTI	NUMERO POSTI LETTO										TOTALE COMPLESSIVO
	RESIDENZIALI					SEMIRESDENZIALI					
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	TOTALE	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	TOTALE	
24			20		24	44	20		20	40	84
25						10	10			20	30
26		11				20	31			20	51
27						20	20			20	40
28		12		13	106	132	263		25	20	308
29		71			113	18	202		20	40	242
30						34	34			60	94
31										20	20
32					20	18	38			20	58
33						20	20			20	40
Totale	94	20	13	263	272	662	20	45	240	305	967



Distretto	ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ART 26 L. 833/78		POSTI			
	PUBBLICI	PRIVATI ACCREDITATI	ASSISTENZA RESIDENZIALE		ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE	
			PUBBLICI	PRIVATI ACCREDITATI	PUBBLICI	PRIVATI ACCREDITATI
24		3				0
25		3				90
26		3				28
27		2				10
28		1				0
29		1				50
30		3				229
31		2				60
32		1				48
33		4				222
73		0				0
Totale complessivo		23				737

Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti:

(Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente * 1.000

0,10

Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti :

(Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro G) / Popolazione residente * 1.000

0,38

Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti

(Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro F) / Popolazione residente * 1.000

0,81

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E ACCREDITATE - SERVIZI PER LE EMERGENZE
ANNO 2021

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo casa di cura	Dipartimento emergenza	Servizio rianimazione	Pronto soccorso	Pronto soccorso pediatrico	Ambulanz e tipo A	Ambulanz e tipo A con medico	Ambulanz e tipo B	Ambulanz e pediatriche	Ambulanz e trasp. emergenza neonato	Unità mobili rianimazione
150073	CASA DI CURA OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	04			X	X	X	1	1	0	0	1	0
150075	CASA DI CURA OSP. INTERNAZIONALE srl	05	1			X		0	0	0	0	1	1
150078	ALMA MATER S.p.A. "Villa Camaldoli" SpA	05	1					0	0	0	0	0	0
150079	CASA DI CURA VILLA ANGELA srl	05	1					0	0	0	0	0	0
150081	CASA DI CURA CLINIC CENTER SpA	05	1					0	0	0	0	0	0
150088	HERMITAGE CAPODIMONTE SpA	05	1					0	0	0	0	0	0
150092	CASA DI CURA VILLA DELLE QUERCE SpA	05	1					0	0	0	0	0	0
150093	CASA DI CURA RUESCH SpA	05	2		X			0	0	0	0	0	0
150094	CLINICA VESUVIO srl	05	1					0	0	0	0	0	0
150095	CLINICA MEDITERRANEA SpA	05	1		X			0	0	0	0	0	0
150099	CLINICA SANTA PATRIZIA	05	1					0	0	0	0	0	0
150104	CASA DI CURA VILLA CINZIA srl	05	1					0	0	0	0	0	0
150106	CLINICA PINETA GRANDE SpA	05	2					0	0	0	0	0	0
150109	CLINICA SANATRIX SpA	05	1					0	0	0	0	0	0
150196	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	04			X	X		1	1	0	0	0	0
150442	PRESIDIO OSPEDALIERO OSPEDALE DEL MARE	01		2	X	X		0	0	1	0	0	0
150443	P.O. SAN PAOLO	01		1	X	X	X	1	1	1	0	0	0
150444	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	01		1	X	X		0	0	0	0	0	0
150445	P.O. dei PELLEGRINI	01		1	X	X		0	0	0	0	0	0
150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	01				X		1	1	0	0	0	0

La tabella descrive le caratteristiche organizzative delle strutture di ricovero insistenti nel territorio dell' ASL Napoli 1 Centro distinte per tipologia di struttura con riferimento, in particolare, alla presenza dei servizi per le emergenze

- * 1 - ospedale a gestione diretta, presidio della USL;
- 4 - ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art. 1, ultimo comma L. 132/68 (art.41 L. 833/78);
- 5 - casa di cura privata
- ** **Tipo casa di cura:**
- 1 - accreditata
- 2 - non accreditata
- Dipartimento di emergenza:**
- *** 1 - primo livello
- 2 - secondo livello

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E ACCREDITATE - ALTRI SERVIZI
ANNO 2021

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo casa di cura	Centro trasfusionale	Diagnostica per immagini	Radioterapia	Oncologia medica	Servizio dialisi	Sale operatorie	Posti camere iperbariche	Incubatrici	Attività riabilitazione	Culle
150073	CASA DI CURA OSPEDALE FATEBENEFRAELLI	04			X		X		6	0	10		8
150075	CASA DI CURA OSP. INTERNAZIONALE srl	05	1		X				2	0	7		16
150078	ALMA MATER S.p.A. "Villa Camaldoli" SpA	05	1						0	0	0		0
150079	CASA DI CURA VILLA ANGELA srl	05	1		X				0	0	0		0
150081	CASA DI CURA CLINIC CENTER SpA	05	1						0	0	0	X	0
150088	HERMITAGE CAPODIMONTE SpA	05	1		X				0	0	0		0
150092	CASA DI CURA VILLA DELLE QUERCE SpA	05	1		X	X			2	0	20		0
150093	CASA DI CURA RUESCH SpA	05	2		X				4	0	2		8
150094	CLINICA VESUVIO srl	05	1		X				2	0	0		0
150095	CLINICA MEDITERRANEA SpA	05	1		X		X		10	0	8		18
150099	CLINICA SANTA PATRIZIA	05	1						3	0	4		12
150104	CASA DI CURA VILLA CINZIA srl	05	1						3	3	0		30
150106	CLINICA PINETA GRANDE SpA	05	2		X				4	0	0		0
150109	CLINICA SANATRIX SpA	05	1		X				6	0	6		22
150196	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	04			X		X		4	0	27		52
150442	PRESIDIO OSPEDALIERO OSPEDALE DEL MARE	01		X	X	X	X	X	14	0	1	X	12
150443	P.O. SAN PAOLO	01		X	X				6	0	6		12
150444	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	01			X		X		7	0	5		6
150445	P.O. dei PELLEGRINI	01			X			X	6	0	0		0
150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	01			X			X	9	0	1		0

La tabella descrive le "altre caratteristiche organizzative" delle strutture di ricovero insistenti nel territorio dell' ASL Napoli 1 Centro distinte per le seguenti tipologie di struttura:

- * 1 - ospedale a gestione diretta, presidio della USL;
- 4 - ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art. 1, ultimo comma L. 132/68 (art.41 L. 833/78);
- 5 - casa di cura privata
- ** **Tipo casa di cura:**
- 1 - accreditata
- 2 - non accreditata

Nella tabella sottostante sono riportati i posti letto delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate attivi 2021

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Mese	Codice struttura	Denominazione Struttura	Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Tipo di divisione	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	08	CARDIOLOGIA	NON COVID	01	22	0	18
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	01	0	0	11
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	02	0	0	5
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	03	0	0	4
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	04	0	0	12
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	10	CHIRURGIA VASCOLARE	NON COVID	01	0	0	4
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	12	CHIRURGIA PLASTICA	NON COVID	01	0	0	4
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	13	CHIRURGIA TORACICA	NON COVID	01	0	0	10
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	14	CHIRURGIA VASCOLARE	NON COVID	01	0	0	13
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	NON COVID	01	0	0	0
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	COVID	01	0	0	47
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	26	MEDICINA GENERALE	NON COVID	01	0	0	27
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	29	NEFROLOGIA	NON COVID	01	4	0	0
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	30	NEUROCHIRURGIA	NON COVID	01	0	0	20
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	32	NEUROLOGIA	NON COVID	01	18	0	13
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	32	NEUROLOGIA	NON COVID	02	0	0	0
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	34	OCULISTICA	NON COVID	01	0	0	5
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NON COVID	01	0	0	11
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NON COVID	02	0	0	10
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	NON COVID	01	0	0	23
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	38	OTORINOLARINGOIATRIA	NON COVID	01	0	0	13
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	40	PSICHIATRIA	NON COVID	01	0	0	8
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	40	PSICHIATRIA	NON COVID	02	0	0	0
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	43	UROLOGIA	NON COVID	01	0	0	14
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	49	TERAPIA INTENSIVA	NON COVID	01	0	0	20
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	49	TERAPIA INTENSIVA	COVID	02	0	0	24
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	50	UNITA' CORONARICA	NON COVID	01	0	0	10
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	51	ASTANTERIA	NON COVID	01	0	0	15
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	58	GASTROENTEROLOGIA	NON COVID	01	0	0	0
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	62	NEONATOLOGIA	NON COVID	01	0	0	12
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	64	ONCOLOGIA	NON COVID	01	7	0	10
2021	150	204	12	150442	PO OSPEDALE DEL MARE	68	PNEUMOLOGIA	COVID	01	0	0	0

Anno 2021

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Mese	Codice struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Tipo di divisione	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	08	CARDIOLOGIA	NON COVID	01	2	0	12
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	01	1	2	14
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	14	CHIRURGIA VASCOLARE	NON COVID	01	0	0	0
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	26	MEDICINA GENERALE	NON COVID	01	4	0	20
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	26	MEDICINA GENERALE	NON COVID	02	0	0	0
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	30	NEUROCHIRURGIA	NON COVID	01	0	0	0
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	31	NIDO	NON COVID	01	0	0	14
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	32	NEUROLOGIA	NON COVID	01	2	0	12
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	34	OCULISTICA	NON COVID	01	0	2	4
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NON COVID	01	0	2	16
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	NON COVID	01	0	8	14
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	38	OTORINOLARINGOIATRIA	NON COVID	01	0	2	10
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	39	PEDIATRIA	NON COVID	01	2	0	10
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	43	UROLOGIA	NON COVID	01	1	1	6
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	49	TERAPIA INTENSIVA	NON COVID	01	0	0	4
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	51	ASTANTERIA	NON COVID	01	0	0	4
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	62	NEONATOLOGIA	NON COVID	01	0	0	10
2021	150	204	12	150443	PO SAN PAOLO	94	SEMIINTENSIVA	NON COVID	26	0	0	10

Anno 2021

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Mese	Codice struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Tipo di divisione	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	08	CARDIOLOGIA		11	0	1	11
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	08	CARDIOLOGIA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	09	CHIRURGIA GENERALE		11	0	1	14
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	09	CHIRURGIA GENERALE	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	14	CHIRURGIA VASCOLARE		11	0	1	7
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	14	CHIRURGIA VASCOLARE	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	26	MEDICINA GENERALE		11	0	0	20
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	26	MEDICINA GENERALE	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	30	NEUROCHIRURGIA		11	0	1	15
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	30	NEUROCHIRURGIA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	32	NEUROLOGIA		11	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	34	OCULISTICA		11	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		11	0	1	7
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		11	0	1	17
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	40	PSICHIATRIA		11	0	0	4
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	49	TERAPIA INTENSIVA		11	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	49	TERAPIA INTENSIVA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	50	UNITA' CORONARICA		11	0	0	6
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	50	UNITA' CORONARICA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	51	ASTANTERIA		11	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	62	NEONATOLOGIA		11	0	0	6
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	62	NEONATOLOGIA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150444	PO SAN GIOVANNI BOSCO	94	SEMIINTENSIVA	COVID	11	0	0	0

Anno 2021

Anno	Codice Azienda	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Codice Regione	Codice struttura	Denominazione struttura	Mese	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	204	02	DAY HOSPITAL	150	150444	PSI NAPOLI EST -BARRA	12	21	2	0	0
2021	204	98	DAY SURGERY	150	150444	PSI NAPOLI EST -BARRA	12	21	0	6	0

150445_01 - PO DEI PELLEGRINI
HSP22 BIS - POSTI LETTO
Anno 2021

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Mese	Codice struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Tipo di divisione	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	08	CARDIOLOGIA	NON COVID	11	1	0	12
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	11	0	2	11
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	14	CHIRURGIA VASCOLARE	NON COVID	11	1	2	8
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	26	MEDICINA GENERALE	NON COVID	11	2	0	10
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	29	NEFROLOGIA	NON COVID	11	5	1	8
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	34	OCULISTICA	NON COVID	11	0	7	5
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	NON COVID	11	0	0	0
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NON COVID	11	0	2	14
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NON COVID	12	1	4	8
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	38	OTORINOLARINGOIATRIA	NON COVID	11	0	2	0
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	49	TERAPIA INTENSIVA	NON COVID	11	1	0	8
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	50	UNITA' CORONARICA	NON COVID	11	0	0	6
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	51	ASTANTERIA	NON COVID	11	0	0	4
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	52	DERMATOLOGIA	NON COVID	11	1	1	0
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	58	GASTROENTEROLOGIA	NON COVID	11	1	0	0
2021	150	204	12	150445	PO Dei Pellegrini	69	RADIOLOGIA	NON COVID	11	0	1	0

150446_01 PO SANTA MARIA DI LORETO
HSP22BIS - POSTI LETTO
Anno 2021

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Mese	Codice struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Tipo di divisione	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	09	CHIRURGIA GENERALE		11	0	2	0
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	18	EMATOLOGIA		11	8	0	10
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	COVID	11	0	0	0
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	26	MEDICINA GENERALE		11	0	0	10
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	49	TERAPIA INTENSIVA		11	0	0	4
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	49	TERAPIA INTENSIVA	COVID	12	0	0	0
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	60	LUNGODEGENTI		11	0	0	15
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	64	ONCOLOGIA		11	10	0	0
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	68	PNEUMOLOGIA	COVID	11	0	0	0
2021	150	204	12	150446	PO SANTA MARIA DI LORETO	94	SEMIINTENSIVA	COVID	68	0	0	0

150446_02 - PO CAPILUPI
HSP22 BIS - POSTI LETTO
Anno 2022

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Mese	Codice struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Tipo di divisione	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria
2021	150	204	12	150446	PO CAPILUPI	09	CHIRURGIA GENERALE	NON COVID	21	0	1	6
2021	150	204	12	150446	PO CAPILUPI	26	MEDICINA GENERALE	NON COVID	21	1	0	6
2021	150	204	12	150446	PO CAPILUPI	31	NIDO	NON COVID	21	0	0	5
2021	150	204	12	150446	PO CAPILUPI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	NON COVID	21	0	1	2
2021	150	204	12	150446	PO CAPILUPI	39	PEDIATRIA	NON COVID	21	0	0	2

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE
ANNO 2021

Numero Pazienti											
Cod	Denominazione Struttura	Tipo	Pazienti ricoverati (a)	Pazienti non ricoverati (b)	Pazienti inviati ad altra struttura	Pazienti deceduti (c)	Totale accessi (a+b+c)	% di ricoveri (*)	N° accessi per 1000 assistiti (**)	N° prestazioni (***)	N° prestazioni per accesso (****)
150073	CASA DI CURA OSPEDALE FATEBENEFRAELLI	4	468	1.448	8	2	1.918	24	2	1.916	1
150196	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	4	367	2.186	13	4	2.557	14	3	16.422	8
150442	PO OSPEDALE DEL MARE	1	695	2.980	14	30	3.705	19	4	48.876	16
150443	PO SAN PAOLO	1	370	3.057	291	2	3.429	11	4	10.302	3
150444 *	PO SAN GIOVANNI BOSCO/PSI NAPOLI EST	1					0		0		
150445	PO DEI PELLEGRINI /SMDP DEGLI INCURABILI	1	358	3.627	19	0	3.985	9	4	9.067	2
150446	PO SANTA MARIA DI LORETO/CAPILLUPI	1	26	192	2	3	221	12	0	576	3

* PO SAN GIOVANNI BOSCO: DATI 2021 NON PERVENUTI

(*) n. pazienti ricoverati / totale accessi al pronto soccorso *100

(**) n. totale accessi al pronto soccorso / totale assistibili ASL NA1 Centro (pari a) *1000

(***) si riferisce al totale delle prestazioni erogate a pazienti non ricoverati nella struttura.

Si considerano le prestazioni ricevute in pronto soccorso e anche quelle richieste ad altri servizi (per es. una lastra eseguita dal servizio di Radiologia della struttura di ricovero)

(****) n° prestazioni per esterni / non ricoverati

3 Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi (Art.2Comma5 della Legge n.24/2017)

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle sottostanti, è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di **evento evitato** (anche detto Near Miss) quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso (come di seguito specificato), viene intercettato prima di produrre danni oppure non ha conseguenze avverse per il paziente. Quando, invece, un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso**. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti a un errore. Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **evento sentinella** ed occorre procedere a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente vanno affrontati con adeguate misure correttive.

Durante l'anno 2021 sono stati comunicati in totale n. 81 episodi, come riportato nella tabella 1. Tali dati sono inferiori a quelli degli anni precedenti (n. 99 episodi nel 2020 e n. 94 nel 2019).

Degli 81 Eventi occorsi nelle strutture aziendali, 75 sono Eventi Avversi con esito lieve-medio (Tabella 3) e 6 Eventi Sentinella con esito significativo (Tabella 4).

Nonostante l'emergenza COVID-19, nell'anno 2021 l'attività di Incident Reporting, così come prevista dalle specifiche procedure aziendali, ha continuato a svolgersi regolarmente, configurandosi come strumento necessario per la predisposizione di successive attività di prevenzione e contenimento degli eventi accaduti.

3.1 Descrizione degli eventi avversi segnalati negli ultimi 3 anni

Totale Eventi registrati negli ultimi tre anni				
Anno	Near miss	Eventi Avversi	Eventi Sentinella	Totale
2019	1	83	10	94
2020	2	95	2	99
2021		75	6	81
				274
Totale	3	253	18	

Tabella 1

3.2 Descrizione degli eventi avversi registrati per tipologia e livello di gravità e per discipline

Tipologia dei Near Miss segnalati			
Anno	Non corretta identificazione del paziente	Rischio Infettivo (mancata azione di prevenzione infezione)	Totale
2019	1		1
2020	1	1	2
2021			0
			3
Totale	2	1	

Tabella 2

Tipologia degli eventi avversi segnalati con esito lieve-medio						
Anno	Caduta	Aggressione	Ogni altro evento avverso legato alla cura del paziente	Errori di terapia farmacologica	Ogni altro evento avverso correlato al processo vaccinale	Totale
2019	64	19				83
2020	91	3	1			95
2021	64		1	1	9	75
						253
Totale	219	22	2	1	9	

Tabella3

Tipologia degli eventi segnalati con esito significativo							
Eventi Sentinella							
Anno	Caduta	Suicidio	Aggressione	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico	Morte, coma o grave danno derivati da errori di terapia farmacologica	Totale
2019	3	2	2	1	1	1	10
2020	1			1			2
2021	3	1	2				6
							18
Totale	7	3	4	2	1	1	

Tabella 4

DISCIPLINE	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021
Neurologia	4	13	5
Oncologia	10	7	7
Medicina	28	45	35
Pronto Soccorso/Medicina d'urgenza	27	11	4
Anestesia e Rianimazione	1		
Cardiologia/Utic	10	9	7
Chirurgia	6		
Chirurgia d'urgenza	1		
Chirurgia senologica		1	
Chirurgia vascolare	1	2	2
Ematologia	1		
Malattie Endocrine		2	1
Medicina Nucleare		1	
Nefrologia		5	
Neonatologia/Pediatria			
Neurochirurgia	1		
Ostetricia E Ginecologia	1	1	
Ortopedia			
Otorinolaringoiatria	2	1	4
Oculistica			2
Distretti (Amb./SM)			1
Sala Operatoria			
SPDC			
Urologia	1		
118			
Altri (degenza multidisciplinare)		1	1
Degenza Covid			3
Ambul. Centri Vaccinali Covid			9
Totale eventi (near miss-eventi avversi-eventi sentinella)	94	99	81

Tabella5

4 Risultati dell'attività di analisi e approfondimento degli eventi occorsi

Le azioni attuate a seguito della segnalazione di eventi avversi sono state:

- ✓ la presa in carico di tutte le segnalazioni di incident reporting
- ✓ l'attivazione di SEA (Significant Event Audit) per tutti gli eventi di gravità maggiore (6 eventi sentinella) e per eventi ritenuti significativi anche se non seguiti da danno (2 eventi correlati al processo vaccinale per Covid 19)
- ✓ la predisposizione di piani di miglioramento
- ✓ l'attivazione del Protocollo Ministeriale con la trasmissione della Scheda A e B ai competenti uffici regionali
- ✓ l'alimentazione del flusso Ministeriale SIMES degli eventi Sentinella (DM 11.12.2009)
- ✓ l'implementazione dell'attività di formazione e della diffusione delle procedure aziendali

L'analisi degli eventi registrati nella nostra Azienda ha evidenziato che le cause e fattori predisponenti più frequentemente individuati riguardano:

- ✓ la comunicazione (problemi di comunicazione medico-paziente, problemi di comunicazione fra operatori)
- ✓ i fattori umani (organizzazione del lavoro -turni, stress-, conoscenze/competenze, formazione/addestramento)
- ✓ l'inadeguata applicazione di raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure (insufficiente adesione alle procedure adottate dall'Azienda)
- ✓ Cause e fattori legati alla fragilità del paziente
- ✓ Cause e fattori ambientali (strutturali, logistica)

Le azioni individuate per i piani di miglioramento sono state orientate a favorire momenti di confronto tra operatori delle UU.OO, Direzioni Mediche di Presidio , operatori della UOS Gestione Rischio Clinico per :

- ✓ evidenziare ed analizzare problematiche gestionali ed organizzative e in un caso anche strutturali
- ✓ approfondire gli aspetti relativi a fenomeni ricorrenti come le cadute dei pazienti e/o le aggressioni agli operatori sanitari
- ✓ sviluppare un piano di formazione sul campo con l'attivazione di **“Gruppi di Miglioramento”** per sensibilizzare gli operatori sulle tematiche della sicurezza delle cure
- ✓ realizzare corsi di formazione (anche a distanza) per gli operatori per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente
- ✓ implementare l'applicazione di raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure
- ✓ pianificare incontri periodici per monitorare l'attuazione delle azioni di miglioramento
- ✓ implementare le procedure/protocolli per la riduzione del boarding e dei tempi di permanenza dei pazienti nel Pronto Soccorso e per la corretta gestione in PS dei pazienti sotto l'effetto di sostanze di abuso ed alcol
- ✓ migliorare la qualità della documentazione sanitaria attraverso il monitoraggio della completezza e della corretta compilazione della cartella clinica e attraverso audit periodici

5 Descrizione della sinistrosità e dei risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni art. 4 comma 3 legge 8 marzo 2017 n. 24

(dati forniti dalla UOC Affari Giuridico-Legali e Contenzioso)

ANNO	N° SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2017	33	€ 3.317.055,62
2018	46	€ 5.638.561,12
2019	51	€ 7.694.051,18
2020	37	€ 4.890.732,00
2021	43	€ 3.345.799,00

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall'art.10 comma 4 della legge 8 marzo 2017 n. 24, si precisa che la ASL Napoli 1 Centro non ha al momento una polizza per responsabilità civile, si avvale di analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e pertanto gestisce in proprio le richieste risarcitorie per responsabilità civile.

6 Inquadramento generale (da Ministero della Salute)

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, contribuire indirettamente a una diminuzione dei costi delle prestazioni e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Il Servizio Sanitario Nazionale ha avviato dal 2003 un programma molto articolato per affrontare i principali rischi in ambito assistenziale.

Le azioni si sviluppano nei seguenti ambiti prioritari:

- elaborazione di Raccomandazioni
- monitoraggio e analisi degli eventi sentinella segnalati attraverso il "Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" (SIMES).
- elaborazione di Guide per il coinvolgimento dei cittadini, pazienti ed utenti
- monitoraggio degli adempimenti regionali e verifica attraverso il questionario LEA.

Il Ministero, inoltre, segue insieme alle Regioni e Province autonome e agli altri enti coinvolti il processo di attuazione della Legge 24 del 2017.

Le raccomandazioni derivano da fatti e situazioni di casi realmente accaduti e nascono dall'esigenza di poter fruire di indicazioni chiare e semplici da applicare per evitare l'accadimento di analoghe situazioni di rischio. Sono documenti specifici elaborati dal Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome e altri stakeholder, con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Le raccomandazioni sono oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell'Ufficio 3 - Direzione generale della programmazione sanitaria, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, AgeNas, AIFA, ISS, Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle Cure – Sub Area Rischio Clinico, Società scientifiche e altri stakeholder.

Elenco Raccomandazioni

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

Sono definiti "**eventi sentinella**" quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. La sorveglianza degli eventi sentinella, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Per questa ragione il Ministero della Salute ha elaborato, con il supporto tecnico di esperti un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale, a garanzia dei Livelli essenziali di assistenza.

La segnalazione di un evento sentinella deve essere fatta al Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) solo attraverso la piattaforma informatica dedicata.

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale

consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi. Tale processo rappresenta una parte molto importante, preliminare ad ogni azione di miglioramento continuo in tema di rischio clinico.

La checklist di sala operatoria

La chirurgia, per l'elevata complessità che la contraddistingue, è uno dei contesti nei quali è necessario assicurare elevati livelli di sicurezza.

In ambito internazionale viene data sempre più attenzione alle problematiche relative alla sicurezza in sala operatoria, in quanto gli eventi avversi in chirurgia costituiscono una percentuale rilevante sia nel nostro Paese che negli altri Paesi europei ed extra-europei. In questo senso, l'impiego della checklist di sala operatoria è uno degli strumenti introdotti nei diversi sistemi sanitari con l'intento di garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza. Anche in Italia sono state promosse attività per la diffusione dell'uso della checklist di sala operatoria. Nel 2010 il Ministero della Salute ha pubblicato e diffuso una checklist sulla base di quella proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, adattata al contesto del nostro Paese, ed è stata condotta una prima indagine nell'anno 2010 per verificare lo stato di implementazione della checklist. Successivamente, il monitoraggio dell'applicazione e dell'uso della checklist è stato effettuato in modo sistematico e puntuale.

Guide "Uniti per la sicurezza"

Il Ministero della Salute ha elaborato, in collaborazione con Regioni e Province autonome e altri stakeholder, dieci Guide per un'assistenza sanitaria più sicura, rivolte a tutti coloro che sono coinvolti, a vari livelli, nella promozione della sicurezza dei pazienti.

Scopo delle Guide è fornire indicazioni precise, provenienti dalla letteratura e dalle esperienze nazionali ed internazionali, a cittadini, familiari, volontari, pazienti degli studi odontoiatrici, operatori e aziende sanitarie per concorrere alla sicurezza delle cure.

Non si tratta di manuali, né di Linee guida per i servizi sanitari, ma di fogli informativi orientati a segnalare accorgimenti per la sicurezza dei pazienti. Solo se tutti collaboriamo la nostra salute potrà giovarne, poiché ognuno di noi, anche se inconsapevolmente, contribuisce alla qualità delle cure.

7 Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico

La ASL Napoli1 Centro, in ottemperanza a quanto sancito da norme e circolari in materia, nel recepire quanto disposto dalla programmazione nazionale e regionale, ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio clinico attivando all'interno della Direzione Aziendale la funzione per la gestione del rischio clinico con l'istituzione di un Team e l'individuazione di un Referente per i rapporti con la Regione (Delibera n° 127 del 7/02/07)

Con successiva Delibera Aziendale n° 574 del 22/03/2013 la suddetta funzione di gestione per il rischio clinico è stata attribuita alla UOC Controllo Qualità, sono state apportate modifiche e integrazioni al team ed è stato adottato specifico Modello Organizzativo per la gestione del rischio clinico che prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale articolato in un livello centrale (costituito da un team multidisciplinare definito "Team per la gestione del rischio clinico" che si avvale di competenze professionali tali da garantire un approccio sistemico ed una visione olistica della gestione del rischio) ed un livello periferico (costituito dalla rete di referenti di struttura per il rischio clinico e facilitatori) sviluppando una rete di interazione fra le strutture centrali ed i presidi ospedalieri e territoriali, in una ottica di sinergia operativa tra i ruoli manageriali e quelli più propriamente clinico-assistenziali.

E' stato istituito il Comitato Valutazione Sinistri (delibera aziendale n° 574 del 22/03/2013) con lo scopo di fornire assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso.

E' stata istituita una rete di facilitatori nei presidi ospedalieri della ASL (delibera aziendale n.01074 del 19.12.2017)

Successivamente, con delibera aziendale n.501 del 15/03/2018, è stato adottato nuovo regolamento del CVS e procedura per la gestione e definizione delle richieste di risarcimento danni, e con Delibera n. 1018 del

17/05/2018 nominati i componenti del nuovo Comitato Valutazione Sinistri il cui coordinamento è affidato al Responsabile della UOC Affari Legali.

Con il DCA n.6 del 25/01/2018 la Regione ha approvato il nuovo Atto Aziendale.

Con il nuovo assetto organizzativo aziendale è stata istituita una UOS Gestione rischio clinico e PDTA in staff alla Direzione Sanitaria. La UOS è stata attivata con le Delibere aziendali 2213 del 16/11/2018 e 2307 del 30/11/2018 e l'incarico di Responsabile della UOS è stato conferito, a seguito di avviso interno aziendale, con Delibera n. 880 del 04/09/2020

Nell'ambito delle politiche aziendali per il miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza delle cure, come da Atto Aziendale vigente:

la UOS Gestione Rischio Clinico e PDTA cura direttamente le seguenti attività:

- Effettua la valutazione del rischio aziendale, promuove lo sviluppo di procedure finalizzate alla riduzione del rischio clinico, anche con riferimento all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali;
- promuove le attività di audit clinico ed i programmi di ricerca scientifica ed istituzionale;
- adotta sistemi di incident reporting;
- effettua revisioni periodiche delle cartelle cliniche e promuove l'adozione della scheda terapeutica unica;
- promuove l'informazione al paziente e l'implementazione del processo di consenso informato;
- analisi e valutazione dei sinistri sanitari aziendali;
- supporta la Direzione Sanitaria per le attività di governo della Medicina di Laboratorio e Trasfusionale Aziendale;
- supporta la Direzione Sanitaria per le attività di governo della Diagnostica per Immagini Aziendale;
- sviluppo di progettualità per la promozione del parto spontaneo e dell'allattamento al seno;
- promozione della formazione dei professionisti;
- identifica anche su indicazione delle aree cliniche i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali; fornisce supporto tecnico metodologico per la definizione degli stessi, ne promuove l'adozione e ne verifica l'implementazione;

il Comitato Rischio Clinico:

“definisce il programma di gestione del rischio clinico, identifica le circostanze che sono causa di rischio, definisce le modalità di monitoraggio degli eventi avversi, valuta periodicamente le informazioni provenienti dal monitoraggio, analizza i risultati delle valutazioni approfondite eseguite sugli eventi sentinella e raccomanda le azioni di miglioramento tese a minimizzare i rischi e/o ad evitare il ripetersi degli incidenti. I Componenti del Comitato Rischio Clinico sono nominati dal Direttore generale e sono scelti, tra i dipendenti, sulla base di una documentata competenza e rappresentativi di diverse specifiche professionalità”.

il Comitato per la prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA), ha la funzione di elaborare e diffondere:

- le linee guida sugli interventi di contenimento della diffusione delle infezioni nosocomiali;
- organizzare il sistema di monitoraggio e sorveglianza mediante indagini di prevalenza ed incidenza;
- definire le misure di prevenzione da adottare, in particolare nelle aree a rischio e per le procedure assistenziali che possono comportare un rischio di complicità infettiva;
- verificare la corretta e puntuale applicazione dei programmi di sorveglianza;
- promuovere la formazione del personale; fornire, periodicamente, report sui risultati ottenuti.

il Comitato per il Buon Uso del Sangue

è un organismo consultivo che ha la responsabilità di elaborare e diffondere le linee guida per:

- l'uso razionale, sicuro e appropriato degli emoderivati;

- sviluppare le azioni per l'incremento delle donazioni di sangue, anche al fine del perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e plasmaderivati;
- promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del predeposito di sangue per gli interventi programmati.

I Gruppi operativi interdisciplinari

sono momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello di Dipartimento/Distretto. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Technology Assessment, Sistemi di Indicatori, Accreditamento.

A far data dal 2008 l'Azienda ha individuato gli obiettivi generali e specifici per la gestione del rischio clinico pianificando le relative azioni per il raggiungimento degli stessi.

Obiettivi Generali:

- ✓ Promuovere la cultura della sicurezza per il paziente e per gli operatori
- ✓ Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure prestate
- ✓ Introdurre cambiamenti nella pratica clinica
- ✓ Ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevedibili
- ✓ Contenere i costi

Obiettivi Specifici:

- ✓ Sviluppo di un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori
- ✓ Identificazione, segnalazione, monitoraggio ed analisi degli eventi avversi
- ✓ Introduzione e sperimentazione di metodologie e strumenti, già validati a livello internazionale, per l'individuazione, analisi e valutazione dei rischi
- ✓ Promozione di una comunicazione efficace tra i diversi stakeholders
- ✓ Diffusione e sviluppo dell'Audit clinico come metodologia e strumento per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure
- ✓ Diffusione e sviluppo di Raccomandazioni, Linee guida, Manuali e procedure per la prevenzione di eventi avversi
- ✓ Valorizzazione delle competenze professionali
- ✓ Promozione e sviluppo di modelli organizzativi e gestionali in grado di modificare in senso positivo le attività clinico-assistenziali (corretta gestione della cartella clinica, consenso informato, scheda unica di terapia, procedure)
- ✓ Potenziamento dei flussi informativi (incident reporting, applicazione check list sala operatoria, schede valutazione rischio caduta) attraverso un processo di informatizzazione

8 Attività poste in essere ed implementate in ASL Napoli1 Centro nel corso degli anni

8.1 Adempimenti LEA nell'ambito della sicurezza delle cure

1) Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali:

- a) Attività di redazione, verifica e diffusione di documenti aziendali finalizzati all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali:**
- ✓ Attivazione gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura di procedure aziendali
 - ✓ Stesura, verifica e diffusione di procedure aziendali riferite alle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione di errori
 - ✓ Adozione del Manuale di sala operatoria ed adozione della check list ministeriale
- b) Attività di monitoraggio:**
- ✓ Verifica periodica dell'applicazione delle procedure aziendali riferite alle raccomandazioni ministeriali
 - ✓ Alimentazione e aggiornamento del flusso AgeNaS attraverso monitoraggio annuale per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali
 - ✓ Partecipazione alle attività di monitoraggio regionale per la verifica degli adempimenti LEA attraverso questionario standardizzato
 - ✓ Partecipazione alle attività di monitoraggio regionale per le cadute di pz
 - ✓ Partecipazione alle attività monitoraggio regionale per lo studio del fenomeno "violenza su operatore nelle strutture sanitarie"
- c) Attivazione tavolo aziendale per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno di operatori. Obiettivi assegnati al gruppo di lavoro:**
- ✓ realizzare azioni di monitoraggio, valutazione, analisi e proposta di misure di miglioramento
 - ✓ determinare una valutazione del fabbisogno formativo del personale coinvolto
 - ✓ condurre indagini ad hoc con il personale coinvolto in episodi di aggressione e audit con il Referente Aziendale Rischio Clinico
 - ✓ individuare strategie di miglioramento dell'informazione/comunicazione con i cittadini
 - ✓ implementare l'attività segnalazione degli eventi attraverso la piattaforma informatizzata aziendale Talete web
- 2) Monitoraggio applicazione manuale per la sicurezza in sala operatoria e adozione della check list in sala operatoria**
- ✓ Monitoraggio con presentazione di report annuale
 - ✓ Analisi e valutazione delle cartelle cliniche delle UUOO chirurgiche per la verifica del numero di UO chirurgiche che applicano la checklist sul totale delle UO chirurgiche
 - ✓ Individuazione di criticità e proposta di azioni di intervento
- 3) Prevenzione delle cadute**
- ✓ Recepimento del Piano Regionale cadute e Revisione della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute adottata con delibera aziendale n. 01130 del 30/05/2018
 - ✓ Attivazione corsi formazione per gli operatori sanitari (2 edizioni 2017 e 3 edizioni 2018)
 - ✓ Monitoraggio adozione nuove schede di valutazione dei fattori estrinseci ed intrinseci per la prevenzione cadute in tutte le UUOO dei presidi ospedalieri (Risk Assessment)
 - ✓ Analisi e valutazione delle cartelle cliniche delle UUOO dei presidi ospedalieri della Asl Napoli 1 Centro
 - ✓ Predisposizione di un report annuale
 - ✓ Predisposizione di materiale informativo: Brochure informativa "Prevenire la caduta in Ospedale: informazione in pillole per pazienti e familiari"
- 4) Monitoraggio degli eventi sentinella**
- ✓ Stesura, verifica e diffusione della procedura aziendale per la segnalazione, analisi, monitoraggio, comunicazione degli eventi sentinella (PG – ES Rev. 0 del 05/2017)

- ✓ Adesione al Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli Eventi Sentinella con:
 - Presa in carico della Segnalazione di evento avverso
 - Valutazione livello di gravità
 - Compilazione scheda A del protocollo ministeriale ed invio ai competenti uffici regionali
 - Attivazione audit con gli operatori coinvolti nella struttura in cui l'evento è occorso
 - Analisi approfondita dei fattori contribuenti e delle cause secondo i criteri del protocollo ministeriale
 - Predisposizione piano di miglioramento con individuazione di azioni coerenti con i fattori contribuenti individuati
 - Condivisione piano di miglioramento con tutti gli operatori interessati
 - Compilazione scheda B del protocollo ministeriale ed invio ai competenti uffici regionali
- ✓ Implementazione del flusso di segnalazione -Incident-Reporting
- ✓ Informatizzazione del sistema di Incident-Reporting
- ✓ Attività di supporto agli operatori dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali per l'inserimento su piattaforma Taleteweb delle segnalazioni di Eventi avversi
- ✓ Alimentazione del flusso informativo SIMES per Eventi Sentinella come da Decreto Ministeriale 11.12.2009- *Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità*

5) Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

Sono stati progettati ed attuati, nel corso degli anni, numerosi eventi formativi per diffondere la cultura della sicurezza delle cure e per fornire agli operatori sanitari conoscenze e strumenti atti a migliorare le pratiche di lavoro ed il rapporto con i pazienti.

Per ogni evento formativo si è proceduto alla:

- ✓ Rilevazione del bisogno formativo
- ✓ Definizione degli obiettivi formativi
- ✓ Scelta dei contenuti e delle modalità didattiche ritenute più idonee al raggiungimento degli obiettivi nel contesto aziendale
- ✓ Stesura del progetto formativo
- ✓ Attivazione corsi di formazione
- ✓ Preparazione supporti didattici
- ✓ Attuazione delle giornate di formazione

La formazione è stata incentrata su tematiche connesse alla gestione del rischio clinico:

- ✓ incident reporting
- ✓ raccomandazioni ministeriali
- ✓ sicurezza in sala operatoria
- ✓ modalità di comunicazione tra operatori e operatori-pazienti
- ✓ responsabilità professionale e aspetti medico legali
- ✓ qualità della documentazione sanitaria
- ✓ corretta acquisizione del consenso informato
- ✓ addestramento all'utilizzo di metodiche proprie della gestione del rischio.

I contenuti dei corsi di formazione realizzati sono visionabili sul sito web aziendale sezione intranet dedicata alla Gestione Rischio Clinico

8.2 Qualità della documentazione sanitaria

- Stesura, verifica e diffusione di specifica procedura aziendale per la corretta compilazione della cartella clinica (Delibera n.286 del 13/02/2014)

- Stesura, verifica e diffusione di specifica procedura aziendale per l'acquisizione del consenso informato (Delibera n.287 del 13/02/2014)
- Viene effettuato monitoraggio periodico per la valutazione della qualità della documentazione sanitaria con controllo a campione delle cartelle cliniche delle UUOO dei presidi ospedalieri
- Viene predisposto un report annuale per la Direzione Strategica e per le Direzioni Mediche di Presidio

8.3 Sicurezza in area materno-infantile

- La ASL Napoli1 Centro ha partecipato al progetto pilota dell'ISS per la *Sorveglianza Mortalità Materna* ed al progetto per il monitoraggio dei *Near Miss Ostetrici* con:
 - ✓ individuazione della rete aziendale dei Referenti nelle strutture pubbliche e private del territorio di competenza,
 - ✓ attivazione di SEA (Significant Event Audit) per i casi di mortalità materna,
 - ✓ supporto per la formazione a cascata nelle strutture
 - ✓ attività di auditing a seguito di eventi avversi e per attività di prevenzione ai fini dell'implementazione delle linee di indirizzo ministeriali

8.4 Mappatura del rischio e relativi piani di miglioramento

- Partecipazione alle attività del Comitato Valutazione Sinistri per l'analisi della sinistrosità aziendale con attivazione di azioni di miglioramento: formazione e attivazione di gruppi di miglioramento per le UUOO di Ortopedia, di Ginecologia e Ostetricia, di Pronto Soccorso
- Revisione delle cartelle cliniche
- Attività di auditing
- Implementazione del flusso di segnalazione -Incident-Reporting

8.5 Implementazione strumenti di supporto per la prevenzione e controllo del rischio

- Informatizzazione di processi (in particolare la segnalazione di eventi avversi e near miss; la prevenzione delle cadute di pazienti nelle strutture di ricovero con aggiornamento periodico delle schede di valutazione dei fattori estrinseci)
- Affiancamento alle strutture aziendali per la stesura di procedure/documenti organizzativi per la gestione dei processi clinico-assistenziali critici
- Partecipazione alle attività del COBUS aziendale (revisione della Procedura relativa alla Raccomandazione n 5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" adottata con delibera del DG n 799 del 07/08/2020 -Elaborazione e stesura del "Percorso diagnostico per donatori di sangue" adottato con delibera del DG n 1137 del 29/10/2020)
- Partecipazione alle attività del Comitato Tecnico Centrale Controllo Infezioni Ospedaliere con stesura di Procedure aziendali:
 - ✓ PO igiene delle mani (delibera del DG n 592 del 22/06/2020)
 - ✓ PO per la Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) (delibera del DG n 591 del 22/06/2020)
 - ✓ PO per la Pulizia e disinfezione degli strumenti endoscopici (delibera del DG n 597 del 23/06/2020)
 - ✓ PO per il Monitoraggio microbiologico ambientale (delibera del DG n 598 del 23/06/2020)
 - ✓ PO Applicazione misure di isolamento (delibera del DG n 599 del 23/06/2020)
 - ✓ PO Accesso alle aree critiche (delibera del DG n 773 del 29/07/2020)
 - ✓ PO Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e antibiotico profilassi perioperatoria (delibera del DG n 772 del 29/07/2020)

- ✓ PO Prevenzione delle infezioni da Cateteri intravascolari centrali e periferici (delibera del DG n 774 del 29/07/2020)
- ✓ PO Sterilizzazione dispositivi medici (delibera del DG n 775 del 29/07/2020)
- ✓ PO Prevenzione delle lesioni da pressione e relativo trattamento (delibera del DG n 1384 del 24/12/2020)

Tutti i documenti sono pubblicati nella sezione intranet del sito aziendale dedicata a Gestione rischio clinico

8.6 Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa

Sviluppo e implementazione di strumenti del governo clinico quali i percorsi assistenziali o percorsi assistenziali integrati: individuazione aree di intervento-Attivazione gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura dei seguenti PDTA e procedure:

- PDTA Dolore toracico (delibera del DG n 83 del 11/09/2019)
- Procedura gestione del pz con ostruzione delle vie aeree (delibera del DG n 266 del 31/10/2019)
- Procedura Gestione Percorso di accesso in OBI (delibera del DG n 283 del 11/11/2019)
- PDTA Emergenze Psichiatriche (delibera del DG n 367 del 03/12/2019)
- PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) (delibera del DG n 395 del 11/12/2019)
- PDTA Emorragie Digestive (delibera del DG n 840 del 19/08/2020)
- PDTA Gestione Frattura di femore in pz ultra65enne (delibera del DG n 1063 del 15/10/2020)
- PDTA gestione integrata del pz affetto da Scopenso Cardiaco (delibera del DG n 1091 del 19/10/2020)

Tutti i documenti sono pubblicati nella sezione intranet del sito aziendale dedicata a Gestione rischio clinico

8.7 Attività realizzate per la gestione della pandemia da SARS CoV2

La pandemia da SARS- CoV-2 ha avuto sulle organizzazioni sanitarie effetti devastanti, costringendo le stesse, per l'enorme carico assistenziale e per la rimodulazione dei modelli assistenziali, a modificare drasticamente le attività precedentemente programmate ed erogate.

Anche l'attività programmata di gestione rischio clinico e sicurezza delle cure ha dovuto rimodularsi in funzione dei nuovi assetti organizzativi imposti dalla pandemia, in funzione della necessità di definire nuove priorità di intervento richieste dai problemi emergenti e di realizzare azioni tempestive per rafforzare le attività di controllo dell'infezione, revisionare procedure di sicurezza, fornire consulenza e a volte affiancamento, informazione agli operatori nei diversi contesti assistenziali.

Sono state implementate attività proattive mirate al contenimento del rischio infettivo e degli eventi avversi ed alla gestione della comunicazione/informazione per cittadini e operatori, soprattutto nella prima fase della pandemia, la più critica per l'enorme mole di informazioni circolanti e non sempre affidabili.

A seguito dell'emergenza Covid-19, recependo gli aggiornamenti degli organismi nazionali ed internazionali competenti, la UOS Gestione Rischio Clinico e PDTA, attraverso le disposizioni emanate dalla Direzione Strategica per la gestione dell'emergenza epidemiologica, ha collaborato a promuovere le azioni per implementare e rafforzare le attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo attraverso sopralluoghi, redazione/revisione di procedure aziendali specifiche, partecipando a riunioni, realizzando audit e fornendo supporto metodologico per la stesura di procedure locali.

Di seguito si elencano in dettaglio le attività organizzative e clinico-assistenziali poste in essere nelle varie fasi della pandemia:

1) Comunicazione

L'emergenza sanitaria ha posto il tema della comunicazione al centro della gestione della stessa emergenza soprattutto nella fase iniziale: la circolazione di una mole d'informazioni spesso non verificate, o addirittura di numerose e pericolose fake- news, ha reso difficile, sia per i cittadini sia per gli operatori sanitari, orientarsi e individuare fonti di conoscenza affidabili. Una delle necessità emerse in questa situazione emergenziale è stata quella di fornire informazioni tempestive, comprensibili e il più possibile accurate, presidiando tutti i flussi comunicativi, mantenendo sufficientemente alto il livello di consapevolezza ed evitando allarmismi generati da informazioni distorte. Pertanto, la UOS Gestione Rischio Clinico e PDTA ha curato l'impianto e la pubblicazione sul sito web aziendale di una sezione dedicata all'Emergenza COVID-19, al fine di agevolare l'accesso alle informazioni da parte degli operatori sanitari e dei cittadini.

Link di accesso <https://www.aslnapoli1centro.it/web/emergenza-covid-19>

Gli obiettivi specifici dell'iniziativa:

- ✓ comunicare al pubblico informazioni su aspetti sconosciuti riguardanti il rischio e la gestione della malattia, attingendo da fonti istituzionali, contrastando la disinformazione;
- ✓ supportare gli operatori sanitari attraverso la diffusione di informazioni normative e scientifiche, la pubblicazione di video dimostrativi per le attività assistenziali ed accesso a corsi FAD tematici aziendali e di vari enti o associazioni scientifiche.

2)Interventi mirati al contenimento del rischio infettivo e degli eventi avversi

- ✓ Elaborazione e stesura della Istruzione Operativa “Sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti nell'emergenza sanitaria da COVID-19” (delibera del DG n 614 del 26/06/2020)
- ✓ Elaborazione e stesura della istruzione operativa “IO per la gestione dei farmaci in struttura residenziale per soggiorno post ricovero pz clinicamente guariti, paucisintomatici, asintomatici ma positivi al Covid-19 provenienti da struttura ospedaliera o dal proprio domicilio: Covid Residence” e della relativa cartella infermieristica (delibere del DG n. 1041 del 13/10/2020 e n. 1309 del 09/12/2020)
- ✓ Audit a seguito di Near Miss segnalato presso la UOC MeCAU PO OdM, effettuato in data 07/05/2020
- ✓ Audit a seguito di segnalazione criticità degli operatori sanitari UOC MeCAU PO OdM effettuato in data 04 e 05 /11/2020 -Ridefinizione percorsi Covid
- ✓ Audit a seguito di richiesta di individuazione percorso neonato sano nato da madre Covid positiva presso la UO di Neonatologia PO SG Bosco effettuato in data 07/12/2020
- ✓ Attività di supporto ed organizzazione dei percorsi presso l'Ospedale del Mare per la Campagna Vaccinale – V-day del 27-12-2020

3)Implementazione strumenti di supporto per la prevenzione e controllo del rischio

- ✓ Predisposizione e adozione di uno strumento per monitorare le azioni messe in essere in azienda a seguito delle disposizioni ministeriali, regionali e aziendali (Check list di controllo delle misure di prevenzione e contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2 attivate nelle strutture aziendali)
- ✓ Attivazione monitoraggio delle misure di prevenzione e contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2 attivate nelle strutture aziendali (nota 0268074 del 13/11/2020)

4)Diffondere la cultura della sicurezza delle cure: formazione e comunicazione

- ✓ Partecipazione al webinar organizzato dall'associazione scientifica HCRM (Hospital & Clinical Risk Managers) nella giornata del 06/05/2020 “Il Ruolo del Risk Manager nelle Unità di crisi in era COVID-19” con l'intervento “La realtà campana: dal rischio focolaio a modello virtuoso”
- ✓ Realizzazione di poster informativo, distribuito nelle strutture aziendali ospedaliere e territoriali, in cui sono focalizzati i macrotemi che hanno caratterizzato la difficile e faticosa gestione dell'emergenza Covid-19 nella prima fase nelle strutture aziendali
- ✓ Realizzazione di evento informativo con collegamento web nella giornata del 17 settembre 2020 per un approfondimento con le Direzioni di alcune strutture aziendali su quanto posto in essere nel corso dell'epidemia da SARS-CoV-2 e per valutarne l'efficacia e gli ambiti di miglioramento.
- ✓ Presentazione di n 2 Poster al Forum Risk Management Arezzo 15-18 Dicembre 2020:

- “Esperienza dell’ASL Napoli 1 Centro nella gestione dell’emergenza sanitaria da SARS-CoV2- Fase 1”
- “L’informazione e la comunicazione on line in relazione all’emergenza SARS – CoV-2. La scelta dell’ASL Napoli 1 Centro”
- ✓ Predisposizione di materiale informativo da destinare agli operatori sanitari CPSI assunti temporaneamente per l’attività presso il Covid Residence e le strutture territoriali per le attività di sorveglianza sanitaria effettuate dal Dipartimento di Prevenzione.
- ✓ Realizzazione Corso di formazione su tematiche correlate alla sicurezza del paziente erogato per gli operatori CPSI assunti temporaneamente per l’attività presso il Covid Residence e le strutture territoriali per le attività di sorveglianza sanitaria effettuate dal Dipartimento di Prevenzione e tenutosi presso il PO Ospedale del Mare il 14-10-2020

9 Resoconto attività anno 2021

La verifica annuale dell’andamento delle attività e programmi finalizzati alla gestione del rischio clinico costituisce lo strumento di rendicontazione per analizzare i risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi aziendali indicati dal programma per la qualità e sicurezza delle cure e rappresenta un importante feedback per gli operatori e le strutture aziendali.

AZIONI INTRAPRESE E RISULTATI CONSEGUITI

9.1 Adempimenti LEA nell’ambito della sicurezza delle cure

1) Diffusione e Monitoraggio dell’implementazione delle raccomandazioni ministeriali

- ✓ E’ stato attuato il monitoraggio dell’applicazione delle procedure aziendali riferite alle raccomandazioni ministeriali mediante check list all’uopo predisposta (e già utilizzata per il monitoraggio dell’anno 2020) ed inviata alle UUOO dei presidi ospedalieri, per consentire la verifica, in autovalutazione, dell’applicazione delle procedure aziendali (nota prot. 0250410 del 09/11/2021)
- ✓ E’ stato valutato un campione di cartelle cliniche, relative all’anno 2020, delle UUOO di 5 Presidi Ospedalieri e di 1 PSI dell’ASL Napoli 1 Centro
- ✓ E’ stata assicurata la partecipazione alle attività di monitoraggio regionale per la verifica degli adempimenti LEA attraverso questionario standardizzato (nota prot.0287623 del 23/12/2021)
- ✓ E’ stato aggiornato il flusso AgeNaS attraverso il monitoraggio annuale per l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali

2) Monitoraggio applicazione manuale per la sicurezza in sala operatoria e adozione della check list in sala operatoria

- ✓ E’ stato valutato un campione di cartelle cliniche, relative all’anno 2020, delle UUOO di 5 Presidi Ospedalieri e di 1 PSI dell’ASL Napoli 1 Centro
- ✓ Si è proceduto al monitoraggio dell’applicazione delle procedure per la sicurezza in sala operatoria con particolare riferimento alla corretta compilazione della check list di sala operatoria, della check list per il conteggio delle garze, del verbale operatorio
- ✓ Si è proceduto alla informatizzazione delle schede di valutazione per la corretta compilazione della check list di sala operatoria, della check list per il conteggio delle garze, del verbale operatorio, sulla piattaforma Taleteweb

3) Prevenzione delle cadute

- ✓ E’ stata assicurata l’attività di Risk Assessment per la “Valutazione dei fattori estrinseci (ambientali /strutturali e dispositivi/presidi)” per la prevenzione della caduta del pz in tutte le UUOO dei Presidi Ospedalieri no Covid e di 1 PSI dell’ASL Napoli 1 Centro
- ✓ E’ stato fornito supporto agli operatori dei presidi ospedalieri per la compilazione delle schede di monitoraggio dei fattori estrinseci sulla piattaforma Taleteweb

- ✓ **E' stato predisposto il report annuale di risk assessment** per i fattori estrinseci
- ✓ E' stato valutato un campione di cartelle cliniche, relative all'anno 2020, delle UUOO di 5 Presidi Ospedalieri e di 1 PSI dell'ASL Napoli 1 Centro per verificare l'aderenza alla procedura aziendale e l'utilizzo di strumenti in uso (Scala di Conley) per la valutazione dei fattori intrinseci per il rischio caduta del paziente
- ✓ **E' stato predisposto il report annuale cadute**

4) Monitoraggio degli eventi sentinella

- ✓ E' stata assicurata l'attività di monitoraggio e presa in carico delle segnalazioni degli Eventi Avversi ed Eventi Sentinella effettuate dagli operatori sulla piattaforma TaleteWeb
- ✓ E' stata fornita attività di supporto agli operatori delle strutture aziendali per l'inserimento e/o completamento delle segnalazioni sulla piattaforma TaleteWeb
- ✓ E' stata assicurata l'adesione al Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli Eventi Sentinella con presa in carico degli eventi avversi di gravità maggiore ed analisi delle cause e fattori predisponenti
- ✓ Sono stati attivati audit a seguito di segnalazione di eventi sentinella
- ✓ E' stato alimentato il flusso informativo SIMES per Eventi Sentinella (Decreto Ministeriale 11.12.2009 Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità)
- ✓ **E' stato predisposto il Report Eventi Avversi ed Eventi Sentinella segnalati nell'anno 2021**

5) Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

- Sono stati progettati 4 corsi di formazione con accreditamento ECM e proposti alla UOC Formazione aziendale (nota prot.n.0239257 del 25/10/2021) per l'inserimento nel piano formativo aziendale per l'anno 2022. Di questi, 3 corsi sono da effettuarsi con modalità FAD ed un corso da effettuarsi con modalità "formazione sul campo", "gruppi di miglioramento". La metodologia prevede che l'attività di apprendimento avvenga attraverso l'interazione con un gruppo di pari al fine di approfondire conoscenze, scambiare informazioni, attivare una comunicazione fluida e produttiva per la messa in atto di azioni operative condivise finalizzate a conoscere le condizioni di rischio ed a prevenire errori attivi. I gruppi sono costituiti da un massimo di 20 operatori. Le tematiche oggetto degli incontri sono:
 - ✓ Sicurezza del paziente: raccomandazioni –linee guida- circolari ministeriali e aziendali
 - ✓ Le procedure aziendali per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali e l'applicazione nelle UU.OO dei Presidi ospedalieri
 - ✓ La Responsabilità professionale ed il contenzioso aziendale
 - ✓ Valutazione dei processi critici assistenziali, analisi delle priorità e azioni di miglioramento
- E' stata svolta attività di audit a seguito di eventi considerati critici con approfondimento di temi oggetto di audit, coinvolgimento degli operatori nell'analisi (reattiva e proattiva) dei processi critici e nell'individuazione e realizzazione di azioni di miglioramento
- Sono stati attivati Audit a seguito di segnalazione di criticità verificatesi durante la campagna vaccinale per Covid 19 presso alcuni centri vaccinali
- Sono stati elaborati e pubblicati contenuti nella pagina web dedicata all'"igiene delle mani" sul sito aziendale, in occasione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani per sensibilizzare gli operatori sanitari all'applicazione di buone pratiche

9.2 Qualità della documentazione sanitaria

La documentazione sanitaria può essere definita come l'insieme di dati, informazioni, atti che definiscono e oggettivano regole, comportamenti e azioni messe in atto nei confronti del paziente da parte di coloro i quali, a vario titolo, sono deputati ad erogare la prestazione sanitaria. All'interno di questo corpus di informazioni, fondamentale importanza riveste la cartella clinica.

La cartella clinica è “lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero episodio di ricovero del paziente nell'istituto di cura: essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'ospedale. La cartella clinica ospedaliera ha così inizio al momento dell'accettazione del paziente in ospedale, ha termine al momento della dimissione del paziente dall'ospedale e segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera.” (linee di guida del Ministero della Sanità 17 giugno 1992)

La cartella clinica, rappresenta una fonte informativa privilegiata per l'identificazione, l'analisi, la gestione, la prevenzione e la riduzione dell'errore in ambito sanitario. La registrazione sulla cartella clinica delle azioni, dei processi e degli avvenimenti relativi ad un ricovero costituisce un momento fondamentale e cruciale per assicurare quel carattere di trasparenza e di chiarezza in grado di garantire le decisioni corrette, appropriate e tempestive di tutti gli operatori sanitari. Oltre a ciò, quanto riportato nella cartella clinica consente la tracciabilità delle attività svolte, fornendo, quindi, informazioni relative alla responsabilità delle azioni, alla cronologia delle stesse, al luogo ed alla modalità della loro esecuzione.

La Revisione delle cartelle cliniche, è un metodo utilizzato per migliorare la conoscenza degli eventi avversi.

Con la adozione e diffusione di documenti e procedure aziendali, sono stati introdotti nella pratica assistenziale strumenti operativi per la verifica qualitativa e quantitativa dell'applicazione delle stesse per:

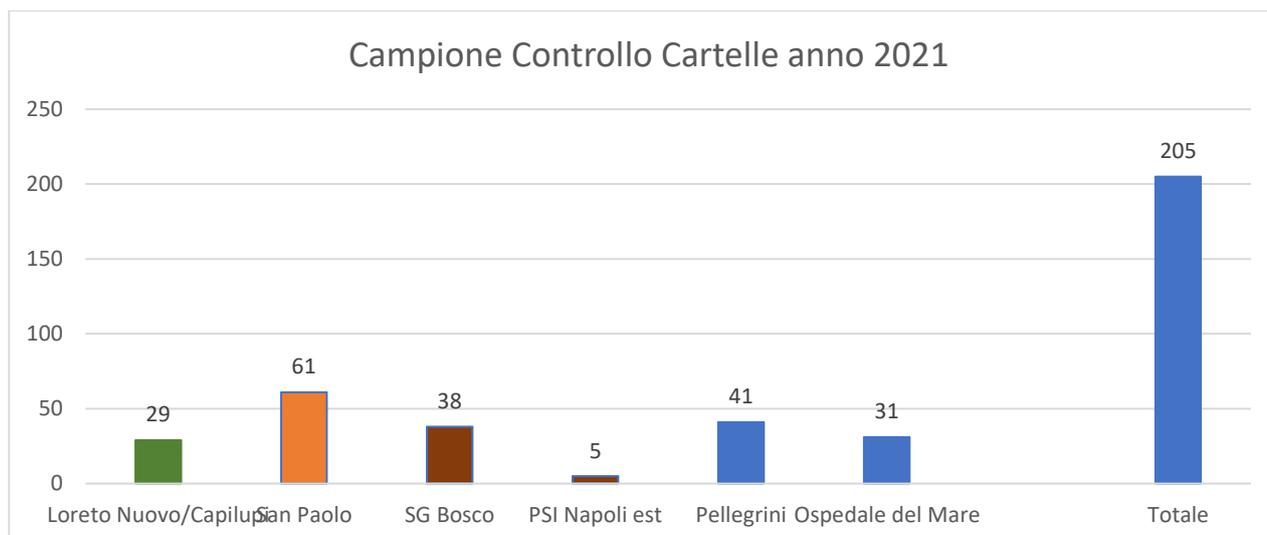
- ✓ la corretta compilazione della cartella clinica
- ✓ l'acquisizione del consenso informato
- ✓ l'implementazione di raccomandazioni ministeriali per la sicurezza in sala operatoria e della check list in sala operatoria
- ✓ la sicurezza nella gestione della terapia farmacologica e l'utilizzo della scheda unica di terapia (SUT),
- ✓ la sicurezza in ambito trasfusionale
- ✓ l'utilizzo della scala di valutazione rischio per la prevenzione delle cadute

Al fine di una puntuale valutazione dell'effettiva applicazione delle indicazioni operative declinate nelle procedure aziendali e della corretta compilazione della modulistica in uso e delle check list di valutazione finalizzate alla gestione del Rischio Clinico, è stato effettuato il controllo su un campione di cartelle cliniche delle UUOO dei 5 Presidi Ospedalieri e del PSI NA Est dell'ASL Napoli 1 Centro per l'anno 2021 (periodo di riferimento 01/01/2021-31/12/2021). Il campione casuale delle CC è stato selezionato dalle Direzioni Mediche di Presidio ed è stato valutato in parte dalle Referenti rischio clinico afferenti alla DMPO ed in parte è stato valutato dal personale della UOS Gestione Rischio Clinico.

Sono state valutate in totale 205 CC di pazienti con età uguale o superiore ai 65 anni così suddivise

Valutazione CC periodo 01/01/2021-31/12/2021					
PRESIDI OSPEDALIERI ASL NAPOLI 1 CENTRO	Totale Campione CC	CC non valutabili	CC valutate dalla DMPO	CC valutate dalla UOS Gestione Rischio Clinico	Totale CC valutate
PELEGRINI	41		35	6	41
SAN GIOVANNI BOSCO	40	2	0	38	38
PSI NAPOLI EST	5		3	2	5
LORETO NUOVO	17		12	5	17
LORETO NUOVO /CAPILUPI	12		9	3	12
SAN PAOLO	61		39	22	61
ODM	34	3	16	15	31

Totale	210	5	114	91	205
---------------	------------	----------	------------	-----------	------------



L'analisi e valutazione delle CC è stata effettuata mediante la compilazione di n. 4 check list informatizzate, presenti nel sistema informatico Taleteweb, acquisito dall'Azienda per la Gestione Rischio Clinico e Qualità:

- ✓ check list per la valutazione della qualità della cartella clinica
- ✓ check list per la sicurezza del paziente in Sala Operatoria
- ✓ check list per il conteggio garze e strumentario
- ✓ check list per la valutazione di completezza del verbale operatorio

E' stato prodotto un report per la Direzione Strategica e per le Direzioni Mediche di Presidio con l'analisi delle criticità, le aree di intervento, le proposte di miglioramento.

9.3 Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa

Anche per il 2021 si è proceduto allo sviluppo ed implementazione di strumenti del governo clinico quali i percorsi assistenziali attraverso l'individuazione di aree di intervento, attivazione di gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura di PDTA e Procedure.

Si è proceduto alla elaborazione e stesura dei seguenti documenti:

- PDTA "Gestione integrata del Paziente con Ipertensione Arteriosa" adottato con delibera del DG n 45 del 18/01/2021
- PDTA "Emorragia Subaracnoidea spontanea" adottato con delibera del DG n. 791 del 10/06/2021)
- PDTA "Gestione integrata del Paziente con Cardiopatia Ischemica" adottato con delibera del DG n 1514 del 26/10/2021
- PDTA "Percorso assistenziale per la gestione integrata del paziente con malattia renale cronica" adottato con delibera del DG n 1137 del 09/08/2021
- E' stata assicurata la partecipazione alle attività e supporto metodologico al gruppo di lavoro per la stesura del "Documento Organizzativo rete territoriale dei Servizi Sociosanitari Distrettuali" Rev.1 adottato con delibera del DG n. 1692 del 03/12/2021

9.4 Diffondere la cultura della sicurezza delle cure: formazione e comunicazione

E' stata assicurata l'adesione alla "Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita" promuovendo iniziative di sensibilizzazione e coinvolgimento di operatori e pazienti:

- è stato realizzato un poster informativo, distribuito nelle strutture aziendali ospedaliere e territoriali, in cui si focalizzano i messaggi chiave della campagna attivata dall'OMS sulla tematica "Cure materne e neonatali sicure";
- è stato realizzato un opuscolo in cui si presentano in sintesi le attività e le buone pratiche assistenziali offerte alle donne ed alle famiglie presso i Consultori Aziendali;
- sono stati realizzati video, curati dagli operatori sanitari con il coinvolgimento delle pazienti, che illustrano l'offering del Percorso Nascita nei consultori aziendali e nei punti nascita ospedalieri;
- è stata realizzata una pagina web dedicata alle "Cure materne e neonatali sicure";
- è stato programmato un collegamento web nella giornata del 17 settembre con le Direzioni di alcune strutture aziendali (Presidi Ospedalieri, Consultori) e con gli operatori per un approfondimento sul tema oggetto della giornata.

9.5 Implementazione strumenti di supporto per la prevenzione e controllo del rischio

Si è proceduto alla elaborazione e stesura dei seguenti documenti:

- ✓ Procedura Operativa "Prevenzione delle Polmoniti associate a ventilazione" adottata con delibera del DG n. 397 del 25/03/2021
- ✓ Procedura Operativa per l'accoglienza di cittadini Covid negativi con obbligo di quarantena e per l'accoglienza e gestione di utenti Covid positivi paucisintomatici, asintomatici e/o clinicamente guariti (Prot. 0195486 del 25/08/2021)

Affiancamento agli operatori durante la campagna vaccinale per Sars-CoV2 negli Hub vaccinali attivati progressivamente (Mostra d'Oltremare, Stazione Marittima, Museo Madre, Fagianeria presso il Real Bosco di Capodimonte, Hangar Atitech Aeroporto di Capodichino e nei centri vaccinali attivati sul territorio per la stesura di procedure condivise per uniformare i comportamenti degli operatori e gestire in sicurezza l'intero processo vaccinale negli aspetti "amministrativi" e clinici

Partecipazione alle attività per la stesura dell'Istruzione Operativa "Modalità di accesso /uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali" Elaborazione e stesura di modulistica per regolamentare " Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le Strutture Residenziali "

Pubblicazione sul sito aziendale nella sezione dedicata alla Gestione rischio clinico delle Procedure per la prevenzione e controllo delle ICA adottate con delibera aziendale

9.6 Sicurezza in area materno-infantile

Sorveglianza Mortalità Materna e monitoraggio Near Miss Ostetrici (aggiornamento della rete aziendale dei Referenti nelle strutture pubbliche e private del territorio di competenza)

Sviluppo attività di monitoraggio per il ricorso al Taglio Cesareo. Studio, analisi e valutazione, secondo la classificazione Robson, dei dati forniti da tutti i punti nascita, pubblici e privati della ASL NA1 Centro.

E' stato predisposto un Report per la Direzione Aziendale.

10 Conclusioni

A seguito delle attività realizzate ed in relazione ai dati analizzati, alle criticità evidenziate nei report prodotti, emerge quanto segue:

➤ **I'analisi delle cartelle cliniche evidenzia:**

- una variabilità tra i diversi presidi e tra le UUOO anche dello stesso presidio nell'applicazione di strumenti per la prevenzione e controllo del rischio di errore e nell'applicazione delle procedure aziendali riferite alle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente.

- la documentazione sanitaria è spesso incompleta e a volte carente
- il consenso informato a volte incompleto
- la check list di sala operatoria non è sempre utilizzata e quando presente non perfettamente compilata; anche la check list per la conta di garze e strumentario non è sempre presente e spesso incompleta
- la scheda unica di terapia (SUT) non è usata diffusamente
- la scheda di valutazione rischio caduta (scala di Conley) non è usata diffusamente
- aderenza alle misure di prevenzione del rischio di errore da trasfusione

E' stato predisposto il report "Revisione CC Periodo di riferimento 01/01/2021-31/12/2021" per la Direzione Aziendale e le Direzioni Mediche di Presidio al fine di restituire un feedback agli operatori con la valutazione dettagliata di quanto riscontrato e orientare gli stessi alle azioni di miglioramento necessarie.

➤ **il Monitoraggio eventi avversi evidenzia:**

- una buona sensibilizzazione al riconoscimento e alla segnalazione spontanea di eventi avversi da parte degli operatori, indice di una sufficientemente diffusa cultura della sicurezza delle cure
- in linea con i dati di letteratura l'evento maggiormente segnalato, perché più frequente, è la caduta di paziente durante il ricovero.
- la necessità di implementare l'adesione alle buone pratiche e l'utilizzo di strumenti per la prevenzione del rischio di errore in tutti gli ambiti assistenziali
- la necessità di migliorare gli aspetti della comunicazione tra operatori e tra operatori e pazienti in tutte le aree specialistiche
- la necessità di implementare l'azione di sensibilizzazione e di formazione del personale
- la necessità di monitorare, sistematicamente, il livello di adesione a raccomandazioni, linee guida, PDTA e procedure che impattano sul livello di rischio
- la necessità di promuovere ed implementare l'utilizzo di Audit clinici e organizzativi per aumentare la consapevolezza dei professionisti, e monitorare i piani di miglioramento a seguito di eventi avversi

E' stato predisposto il report "Eventi Avversi ed Eventi Sentinella" per le Direzioni Mediche di Presidio al fine di restituire un feedback agli operatori con la valutazione dettagliata di quanto riscontrato ed orientare gli stessi alle azioni di miglioramento necessarie.

➤ **il monitoraggio delle cadute evidenzia che:**

- nel corso del 2021 sono state segnalate 64 cadute(EA) con esito lieve/medio e 3 con esito severo (ES)
- tra i fattori predisponenti intervenuti nel causare l'evento ricorrono principalmente fattori legati all'organizzazione del lavoro (la fascia oraria in cui si registra il maggior numero di cadute è quella dalle 20-8.00 (46,7%) e riguarda soprattutto le ore notturne; il fenomeno si registra anche nelle altre due fasce orarie in particolare durante il cambio turno del personale sanitario) e **fattori intrinseci legati alle condizioni cliniche del paziente** (multipatologie associate, farmaci, stato psicologico -tono dell'umore depresso, problematiche legate all'equilibrio e all'andatura)
- la valutazione dei fattori intrinseci del paziente (Scheda di Conley) non è sempre presente
- relativamente alla tipologia di utenti, frequente è la caduta nei pazienti di sesso maschile con età compresa tra i 65 e 85 anni.
- le Unità Operative maggiormente coinvolte sono: medicina generale, neurologia, cardiologia, MeCAU, oncologia, nefrologia
- la valutazione dei fattori estrinseci è a regime con l'aggiornamento periodico, da parte dei CPSE delle UUOO, delle schede in uso

Sono stati predisposti i report “Caduta di paziente” e “Valutazione dei fattori estrinseci” per la Direzione Aziendale e le Direzioni Mediche di Presidio al fine di restituire un feedback agli operatori con la valutazione dettagliata di quanto riscontrato e orientare gli stessi alle azioni di miglioramento necessarie.

Considerazioni

Bisogna promuovere e attuare **interventi formativi** per implementare la cultura della sicurezza delle cure e l’adesione degli operatori alle buone pratiche

E’ necessario implementare la diffusione dell’Audit nelle strutture a tutti i livelli come modalità sistematica di confronto multidisciplinare, di verifica, di monitoraggio delle azioni di miglioramento e promuovere **interventi finalizzati al confronto diretto e continuato** con il personale per instaurare un clima di fiducia e per realizzare un concreto miglioramento nella pratica assistenziale.

E’ necessario implementare l’informatizzazione dei processi, con l’introduzione di nuovi supporti informatici (cartella clinica informatizzata nei presidi in cui non è presente- cartella per l’assistenza domiciliare, cartella per i percorsi di cura).

Bisogna, inoltre, vincolare la valutazione delle performance professionali al raggiungimento di obiettivi per la sicurezza del paziente

11 Obiettivi generali e linee d’intervento per l’anno 2022

In ragione delle priorità individuate dalle criticità emerse, gli obiettivi da perseguire e le azioni necessarie da attuare per consolidare e potenziare il sistema per la gestione del rischio clinico riguardano:

- ✓ Promozione e sviluppo di un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori;
- ✓ Integrazione e armonizzare di diversi flussi informativi aziendali (incident reporting, sinistri, reclami, emovigilanza farmacovigilanza, sorveglianza infezioni correlate all’assistenza) per migliorare la raccolta e la conoscenza delle informazioni di interesse per la sicurezza;
- ✓ Promozione e realizzazione di programmi di formazione su tematiche correlate alla sicurezza del paziente e dell’operatore;
- ✓ Promozione ed implementazione di audit clinici e organizzativi;
- ✓ Promozione e realizzazione di Attività di monitoraggio per la verifica dell’applicazione di strumenti propri della gestione del rischio e per l’implementazione delle raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti;
- ✓ Implementazione del **confronto diretto e continuo** con il personale attraverso la pianificazione di incontri di approfondimento, in tema di sicurezza del paziente, nelle strutture ospedaliere e territoriali secondo priorità di intervento, per complessità dei processi assistenziali o per criticità segnalate;
- ✓ Miglioramento della comunicazione interna ed esterna;
- ✓ Valutazione della qualità della documentazione sanitaria in collaborazione con le unità operative;

Responsabile UOS Staff
Gestione Rischio Clinico e PDTA
Dott.ssa *Carmen Baotolo*

Il Direttore Amministrativo
Dott. *Michele Ciarferra*

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa *Maria Corvino*

Il Direttore Generale
Dott. Ing. *Ciro Verdoliva*

