

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 aslna1centro@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 2022

Sommario

1	Premessa	3
2	Contesto di riferimento	3
3	Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi (Art.2Comma5 della Legge n.24/2017)	8
3.1	<i>Descrizione degli eventi avversi segnalati negli ultimi 3 anni</i>	9
3.2	<i>Descrizione degli eventi avversi registrati per tipologia livello di gravità e per discipline</i>	9
4	Risultati dell'attività di analisi e approfondimento degli eventi occorsi	12
5	Descrizione della sinistrosità e dei risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni art. 4 comma 3 legge 8 marzo 2017 n. 24	13
6	Riferimenti Normativi	14
7	Bibliografia e Sitografia	15

1 Premessa

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.

La 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*”, **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.

2 Contesto di riferimento

Il 25 gennaio 2018 il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano ha approvato, con il decreto n.6, l'“Atto Aziendale della ASL Napoli 1 Centro” adottato dal Direttore Generale con la delibera 1 del 2 gennaio 2018.

Il territorio dell'A.S.L. Napoli 1 Centro si estende per circa 128 kmq e comprende la città di Napoli, con le dieci Municipalità, e l'Isola di Capri, con i due Comuni di Anacapri e Capri.

La popolazione residente al 01.01.2022 (fonte anagrafi comunali) è di 967.013 unità, cui si aggiungono n° 5.220 Stranieri Temporaneamente Presenti per un totale di 972.233 assistiti. La densità abitativa risulta pertanto essere di circa 7.596 abitanti/Kmq.

La tipologia sociale ed economica della popolazione assistita spazia in tutte le possibili categorie, caratterizzandosi - comunque - per un alto indice di deprivazione, per cui l'offerta sanitaria deve riferirsi all'intero spettro del prevedibile. Inoltre il territorio di competenza, ed in particolare la città di Napoli, specie per la sua rete ospedaliera, rappresenta lo sbocco naturale per le Aziende Sanitarie limitrofe, data la vastità e l'elevata specialità delle branche esistenti.

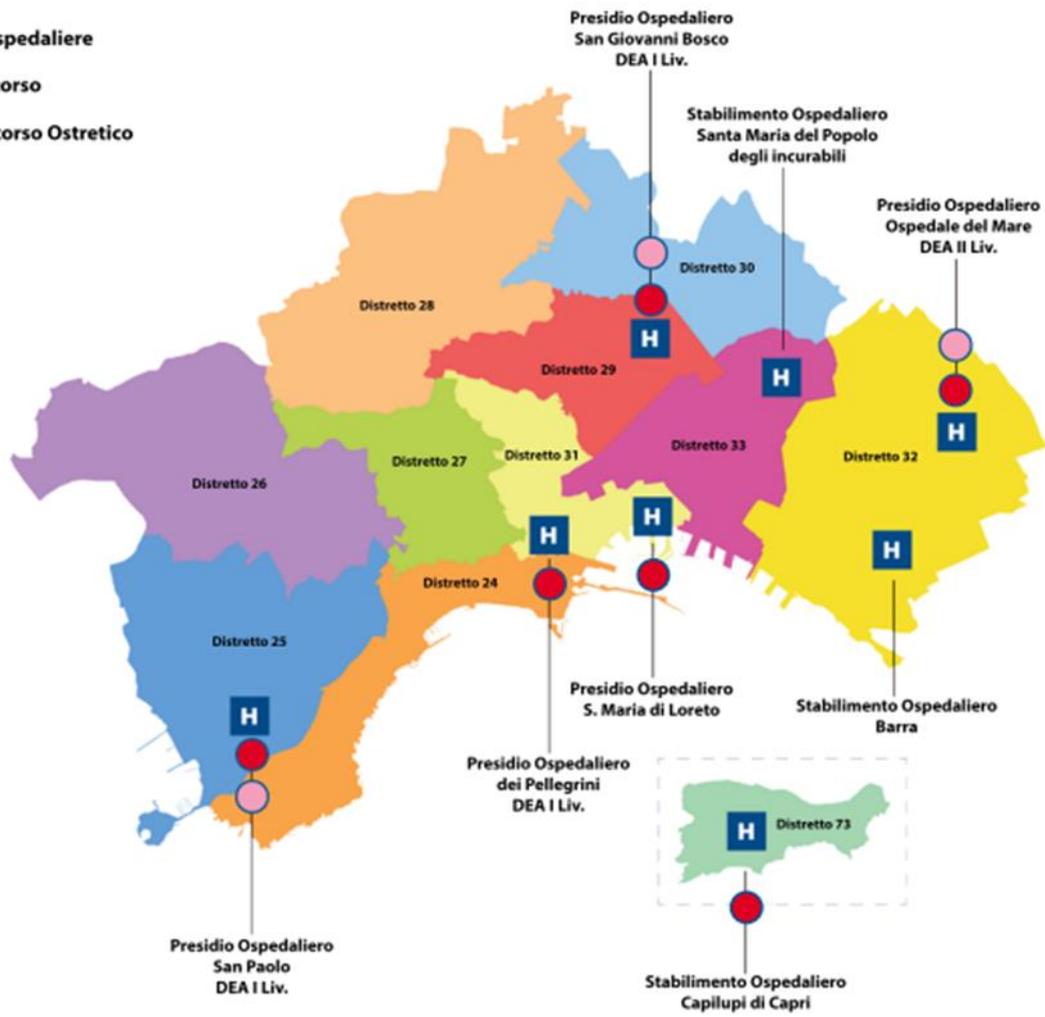
L'Azienda, inoltre, assicura la presenza di centri clinici situati presso la Casa Circondariale "G. Salvia" (Poggioreale), il Centro Penitenziario "P. Mandato" (Secondigliano) e l'Istituto Penitenziario Minorile (Nisida), nonché - conseguenzialmente alla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (già allocato presso la Casa Circondariale di Secondigliano) - , un'articolazione per la tutela della salute mentale in carcere. Il territorio cittadino è suddiviso in 11 Distretti Sanitari di base, 10 nella Città di Napoli (coincidenti con le 10 municipalità cittadine) ed uno nell'Isola di Capri:

- ✓ 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
- ✓ Distretto 73 – ambito territoriale isola di Capri.

L'Azienda è dotata di cinque Presidi Ospedalieri, con annessi tre stabilimenti ospedalieri, dei quali uno insulare, con Ospedali sede di DEA di I e II livello e Pronto Soccorso e con la presenza di discipline ad alta specializzazione.

- ✓ 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 D.E.A. I livello con annesso Stabilimento Presidio Sanitario Intermedio di Barra ;
- ✓ Presidio Ospedaliero Pellegrini (l'annesso Stabilimento Ospedaliero degli Incurabili è stato chiuso ad aprile del 2019 per crolli e le Unità operative sono state trasferite presso gli altri Presidi Ospedalieri aziendali).
- ✓ Presidio Ospedaliero Santa Maria di Loreto Nuovo con annesso Stabilimento Ospedaliero Capilupi di Capri -

- H** Strutture Ospedaliere
- Pronto Soccorso
- Pronto Soccorso Ostetrico



ASL NAPOLI 1 CENTRO	
DATI STRUTTURALI	
Indicatore	Riferimento
Estensione territoriale	128 Km²
Popolazione Residente	N°972.233 assistiti.
Distretti Sanitari	N° 11
Presidi Ospedalieri Pubblici	<p>Attivi n° 5+ 1 stabilimento insulare (il P.O. SMDP Degli Incurabili annesso al PO Dei Pellegrini non attivo da aprile del 2019 per crolli per cui le Unità operative sono state trasferite presso gli altri Presidi Ospedalieri aziendali. L'unica disciplina attiva è la Nefrologia in day hospital);</p> <p>N° 1 Presidio Intermedio (Napoli Est Barra) annesso al PO San Giovanni Bosco – <i>Fonte HSP11 Anno 2023</i></p>
Posti letto Ordinari totali	<p>N° PL 735 <i>Fonte NSIS Mod. HSP22 BIS PL attivi al 31/12/2022 - dati in progress suscettibili di variazione a chiusura Flusso NSIS D.M. 5 dicembre 2006</i></p>
Posti letto ordinari area medica	<p>N° PL 519 <i>Fonte NSIS Mod. HSP22 BIS PL attivi al 31/12/2022 dato in progress</i></p>
Posti letto ordinari area chirurgica	<p>N° PL 216 <i>Fonte NSIS Mod. HSP22 BIS PL attivi al 31/12/2022 - dato in progress</i></p>
Posti letto Diurni	<p>N° PL 69 Day Hospital N° PL 83 Day Surgery <i>Fonte NSIS Mod. HSP22 BIS PL attivi al 31/12/2022 dato in progress</i></p>
Servizi Trasfusionali	<p>N° 2 (PO Ospedale Del Mare e PO San Paolo) <i>Fonte NSIS Mod. HSP11 al 01/01/2023</i></p>
Blocchi Operatori	N° 9 attivi + N° 2 temporaneamente dismessi causa Covid
Sale Operatorie	<p>N° 40 <i>Fonte NSIS Mod. HSP11 al 01/01/2023</i></p>
Terapie intensive	<p>N° 5 <i>Fonte NSIS Mod. HSP22 BIS PL attivi al</i></p>

	31/12/2022
UTIC	N° PL 22 (n°10 PL PO Ospedale Del Mare; n°6 PL PO SGB, n°6 PL PO Dei Pellegrini) <i>Fonte NSIS Mod. HSP22 BIS PL attivi al 31/12/2022</i>
Dipartimenti strutturali	N° 3 <i>Fonte NSIS FLS 11 al 01/01/2023</i>
SPDC	N°PL 16 (disciplina cod. 40_Psichiatria c/o PO Ospedale Del Mare) <i>Fonte NSIS Mod. HSP22BIS PL attivi al 31/12/2022</i>
Altri Posti letto	N° PL 1.011 per strutture residenziali <i>Fonte NSIS Mod. STS24 al 31/12/2022</i>
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	Numero 24.104 <i>Fonte DataWarehouse aziendale “ Misure ricoveri” 2022 a marzo 2023 – Dato in progress suscettibile di variazioni a chiusura flusso SDO</i>
Accessi PS	N° accessi PS: n° 150.846 <i>Fonte NSIS_HSP 24trasmessi dalle direzioni mediche di presidio – dati al 31/12/2022 suscettibili di variazione a chiusura flusso NSIS D.M. 5/12/2006</i> N° 134.525 <i>al 31/12/2022 Fonte: Procedura Triage e dati Virgilio - Webhospital per il PO Ospedale Del Mare. Con riferimento agli ospedali ASL, ad eccezione del PO Ospedale Del Mare, ottobre è parziale, novembre e dicembre non disponibili per il passaggio alla procedura Virgilio_Gesan.</i>
Branche Specialistiche	N° 81
Ricoveri diurni	N° 23.828 accessi DH N° dimessi 6.301 <i>Fonte DataWarehouse aziendale “ Misure ricoveri” 2022 a marzo 2023 – Dato in progress suscettibile di variazione a chiusura Flusso SDO</i>
Neonati o Parti	N° 997 <i>Fonte DataWarehouse aziendale a marzo 2023 – Dato in progress suscettibile di variazione a chiusura Flusso SDO</i>
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	<u>Strutture pubbliche complessive:</u> N°1.391.357 Prestazioni per esterni / N°4.622.435 Prestazioni equivalenti/ N°4.648.840 Prestazioni per interni; <u>Strutture di ricovero pubbliche</u> — dati in progress suscettibili di variazione a

	<p>chiusura Flusso NSIS D.M. 5 dicembre 2006: N° 318.013 Prestazioni per esterni/ N°1.727.745 Prestazioni equivalenti/ N°4.621.894 Prestazioni per interni;</p> <p><u>Strutture di ricovero pubbliche (escluso laboratorio)</u> -- dati in progress suscettibili di variazione a chiusura Flusso NSIS D.M. 5 dicembre 2006: N°180.713 Prestazioni per esterni/ N°1.605.707 Prestazioni Equivalenti / N°163.845 Prestazioni per interni;</p> <p><u>Strutture Pubbliche extraospedaliere</u> -- dati in progress suscettibili di variazione a chiusura Flusso NSIS D.M. 5 dicembre 2006: N°1.074.444 Prestazioni per esterni/ N°2.938.645 Prestazioni Equivalenti/ N°26.946 Prestazioni per interni.</p>
--	--

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:

Evento evitato (Near miss o close call)-Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento (Incident)-Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente

Evento avverso (Adverse event)-Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”

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.

Evento sentinella (Sentinel event)-Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema; che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna: a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.

Nel corso dell’anno 2022 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.

Le schede di segnalazione di eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie dell'Azienda ASL Napoli1 Centro, nel periodo compreso tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022, sono state compilate dal personale sanitario delle varie UUOO utilizzando il supporto informatico per la gestione del rischio clinico Taletweb.

Sono stati comunicati in totale **n. 82 episodi**, come riportato nella tabella 1.

Di questi **76 sono Eventi Avversi con esito lieve-medio** (Tabella 3) e **6 sono Eventi Avversi con esito significativo -Eventi Sentinella-** (Tabella 4).

3.1 Descrizione degli eventi avversi segnalati negli ultimi 3 anni

Tabella 1

Totale Eventi registrati negli ultimi tre anni				
Anno	Near miss	Eventi Avversi	Eventi Sentinella	Totale
2020	2	95	2	99
2021		75	6	81
2022		76	6	82
				262
Totale	2	246	14	

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

Tabella 2

Tipologia dei Near Miss segnalati			
Anno	Non corretta identificazione del paziente	Rischio Infettivo (mancata azione di prevenzione infezione)	Totale
2020	1	1	2
2021			0
2022			0
			2
Totale	1	1	

Tabella3

Tipologia degli eventi avversi segnalati con esito lieve-medio						
Anno	Caduta	Aggressione a operatore	Ogni altro evento avverso legato alla cura del paziente	Errori di terapia farmacologica	Ogni altro evento avverso correlato al processo vaccinale	Totale
2020	91	3	1			95
2021	64		1	1	9	75
2022	67	5	2		2	76
						246
Totale	222	8	4	1	11	

Tabella 4

Tipologia degli eventi segnalati con esito significativo					
Eventi Sentinella					
Anno	Caduta	Suicidio	Aggressione a operatore	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	Totale
2020	1			1	2
2021	3	1	2		6
2022	3		3		6
					14
Totale	7	1	5	1	

Tabella5

DISCIPLINE	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
Neurologia	13	5	4
Oncologia	7	7	10
Medicina	45	35	20
Pronto Soccorso/Medicina d'urgenza	11	4	11
Anestesia e Rianimazione			
Cardiologia/Utic	9	7	11
Chirurgia			1
Chirurgia d'urgenza			5
Chirurgia senologica	1		
Chirurgia vascolare	2	2	1
Ematologia			
Malattie Endocrine	2	1	3
Medicina Nucleare	1		
Nefrologia	5		2
Neonatologia/Pediatria			1

Neurochirurgia			1
Ostetricia E Ginecologia	1		
Ortopedia			1
Otorinolaringoiatria	1	4	6
Oculistica		2	
Distretti (Amb./SM)		1	
Sala Operatoria			
SPDC			
Urologia			2
118			
Altri (degenza multidisciplinare)	1	1	
Degenza Covid		3	
Chirurgia generale Covid			1
Ambul. Centri Vaccinali Covid		9	2
Totale eventi (near miss-eventi avversi-eventi sentinella)	99	81	82

Lo studio, condotto su tutte le schede di segnalazione di eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie dell'Azienda ASL Napoli1 Centro, nel **periodo compreso tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022**, ha evidenziato che:

-il numero totale delle segnalazioni registrate dal personale sanitario delle varie UUOO utilizzando il supporto informatico per la gestione del rischio clinico Taleteweb, nelle strutture ospedaliere e territoriali dell'ASL Napoli 1 Centro è quasi invariato rispetto all'anno precedente; degli 82 eventi segnalati 76 sono Eventi avversi e 6 Eventi Sentinella

-l'evento maggiormente segnalato è la **caduta del paziente** che rappresenta l'85,36% di tutti gli eventi segnalati, seguiti dall'evento **aggressione ad operatore** che rappresenta il 9,7%.

- gli eventi hanno interessato maggiormente le persone di **sesso maschile** (65,85%) rispetto alle persone di sesso femminile (34,15%)

-la **fascia di età** maggiormente interessata è compresa tra i **76-85 anni (31,71%)**, segue la fascia tra i 66 e 75 anni (24,39%), il 9,76% dei pazienti ha un età compresa tra 45-55 anni, il 8,54% ha un età compresa tra 61-65, il 7,32% dai 30-40 anni, il 6,10% tra i 56-60 anni, il 6,10% al di sopra degli 86 anni di età, il 3,66% dai 20-30 anni, e il 2,44% al di sotto dei 20 anni.

- le **unità operative** che hanno segnalato gli eventi avversi occorsi sono: medicina generale (24,39%), pronto soccorso (13,41%), cardiologia (13,41%), seguite dalle UUOO di oncologia (12,20%), otorinolaringoiatria (7,32%), chirurgia d'urgenza e del trauma (6,10%), neurologia (4,88%) , malattie endocrine (3,66%), nefrologia (2,44%), urologia (2,44%), ambulatori vaccinali (2,44%); una segnalazione è stata registrata nelle UUOO di : chirurgia vascolare (1,22%), ortopedia (1,22%), neurochirurgia (1,22%), chirurgia generale (1,22%), chirurgia generale Covid (1,22%), e neonatologia (1,22%)

- la **fascia oraria** più critica è quella delle 20.00-8.00 (45,12%) e riguarda soprattutto le ore notturne. Tuttavia il fenomeno si presenta anche nelle altre due fasce orarie in particolare durante il cambio turno del personale, il 39,02% dalle 8.00-14.00 e il 15,85% dalle 14-20.00

- il **luogo** in cui si verificano gli eventi sono: la stanza di degenza (60,98%), segue poi bagno (21,95%), i locali del pronto soccorso (10,98%) ed il corridoio (2,44%), Ambulatori vaccinali (2,44%) e spazi comuni (1,22%). Relativamente all'evento caduta del paziente, si riscontra che la maggior parte dei pazienti va incontro a caduta deambulando per recarsi in bagno e quando si alza dal letto o dalla barella con o senza spondine di protezione

- la maggior parte dei pazienti, il 64,63%, **non ha riportato conseguenze in seguito all'evento occorso**, il 10,98% ferita lacerata contusa di grado lieve, il 6,10% escoriazioni, il 4,88% contusione il 2,44% stato d'ansia, il 2,44% frattura costale, il 2,44% frattura femore, il 1,22% trauma, il 1,22% infrazione costale, il 1,22% frattura braccio, il 1,22% frattura ossa nasali, il 1,22% ematoma

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

Ogni evento sentinella è stato approfondito mediante Audit, in relazione allo specifico contesto nel quale si è verificato, tenendo conto anche dell'ambito organizzativo e valutando la rilevanza degli aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi che potrebbero averne favorito il verificarsi.

Per tutti gli Eventi Avversi di gravità maggiore sono stati coinvolti durante l'Audit gli operatori interessati e la Direzione Medica di Presidio.

L'analisi degli eventi sentinella 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 e i fattori organizzativi (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 attuate a seguito della segnalazione di eventi avversi sono state:

- ✓ la registrazione di tutte le segnalazioni di incident reporting pervenute
- ✓ l'attivazione di SEA (Significant Event Audit) per tutti gli eventi di gravità maggiore (6 eventi sentinella e per 1 evento avverso di gravità minore). Sono stati, inoltre, effettuati dagli operatori della struttura interessata anche audit per n. 2 eventi avversi di gravità lieve-moderata. Gli Audit vengono effettuati rispettando rigorosamente la cultura "no blame" con l'unico scopo del miglioramento continuo.
- ✓ il coinvolgimento del SPP nell'attività di audit a seguito di aggressione a danno di operatori
- ✓ la predisposizione di piani di miglioramento
- ✓ l'alimentazione del flusso Ministeriale SIMES degli eventi Sentinella (DM 11.12.2009)
- ✓ l'implementazione dell'attività di formazione e della diffusione e condivisione delle procedure aziendali

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
- ✓ migliorare la qualità della documentazione sanitaria attraverso il monitoraggio della completezza e della corretta compilazione della cartella clinica e attraverso audit periodici

CONCLUSIONI

le proposte che possono essere messe in campo per una migliore gestione degli eventi futuri, riguardano essenzialmente alcuni aspetti già ripresi e trattati nelle relazioni degli anni passati e che si possono riassumerne sinteticamente nei seguenti punti:

1. garantire un maggior coinvolgimento dei referenti di struttura e dei facilitatori per il rischio clinico identificati all'interno delle UU.OO, valorizzandone il ruolo nel 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 identificando e gestendo le situazioni di rischio;
2. verificare l'attuazione delle azioni migliorative individuate a seguito di audit;
3. giungere ad una progressiva riduzione del n. di cadute avvenute in ambito di ricovero attraverso una maggiore consapevolezza degli operatori e l'implementazione delle strategie di prevenzione previste dal piano cadute;
4. adottare strategie organizzative aziendali per contrastare efficacemente gli eventi aggressione a danno di operatori;
5. 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);
6. promuovere, come previsto dal PARM, una vigilanza attiva sul campo tramite il Safety Walk Around nei setting assistenziali ritenuti più critici;

Tutte le azioni descritte, se svolte in modo organico, continuo e sinergico con le Direzioni di Presidio e Distretto ma anche con le altre aree aziendali strategicamente coinvolte nella formazione, nella gestione del patrimonio, delle strutture e delle apparecchiature e attrezzature, nella sicurezza dei luoghi di lavoro non potranno che condurre a livelli di sicurezza sempre più elevati, a beneficio di tutti.

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 LIQUIDATI	RISARCIMENTI EROGATI
2018	46	€ 5.638.561,12
2019	51	€ 7.694.051,18

2020	37	€ 4.890.732,00
2021	43	€ 3.345.799,00
2022	26	€ 3.978.701,16

Per l'anno 2022 dei 26 sinistri liquidati 18 sono stati liquidati in autoassicurazione (€ 2.849.511,38) e 8 con copertura assicurativa(€ 1.129.189,78)

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 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)

7 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;

La Responsabile UOS Staff
Gestione Rischio Clinico e PDTA
Dott.ssa Carmen Rucitolo



Il Direttore Amministrativo
Dott. Michele Ciarfèra



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Corvino



Il Direttore Generale
Dott. Ing. Ciro Verdoliva

