

**RELAZIONE
RISCHIO CLINICO
Eventi Avversi e Sinistri
2023**

1.	Premessa.....	pag.2
1.1	Obiettivi del Nucleo Aziendale Rischio Clinico (NARC).....	pag. 2
1.2	Pianificazione ed azioni.....	pag.3
2.	Audit e risultanze.....	pag.4
3.	Giri per la sicurezza (Safety Walkaround).....	pag.4
4.	Analisi Cartelle Cliniche.....	pag.5
4.1	Valutazione qualità documentazione Cartelle cliniche.....	pag.5
4.2	La metodica Trigger Tool.....	pag.5
4.3	Valutazione specifiche delle cartelle cliniche.....	pag.5
5.	Il Decreto Concorrenza.....	pag.6
6.	La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).....	pag.6
7.	Gli Outcomes Clinici del PNE.....	pag.7
8.	Altre azioni e monitoraggi.....	pag.9
9.	La gestione dei sinistri (Co.Va. Si.).....	pag 12
10.	Conclusioni.....	pag. 13

1. PREMESSA

La CA.GI. S.p.a., società di gestione della casa di cura Villa Serena, è una struttura sanitaria privata accreditata con il SSR ad indirizzo ortopedico-riabilitativo il cui assetto organizzativo con i volumi di attività è puntualmente descritto nel Piano Annuale di Risk Management 2022-2023.

La Direzione Aziendale, in ottemperanza con la normativa regionale in materia specifica ha attivato la costituzione di un gruppo operativo aziendale NARC (Nucleo Aziendale Rischio Clinico) coordinato dal Direttore Sanitario, che si avvale del supporto di un team di una società di consulenza leader nel settore (INNOGEO srl) sia per le attività operative in termini di risk management che per quelle formative correlate alla tematica.

Il gruppo è così composto:

- Direttore Sanitario - Coordinatore del NARC
- Responsabile Rischio Clinico
- Responsabile Gestione Qualità;
- Medico Legale;
- Responsabile U.F. Ortopedia e Traumatologia;
- Responsabile U.F. Riabilitazione Motoria;
- Responsabile Medico Anestesista;
- Responsabile Diagnostica per Immagini;
- Responsabile Laboratorio di Analisi;
- Farmacista;
- Fisioterapista coordinatore Degenze – Ortopedia e Traumatologia e Riabilitazione Motoria;
- Infermiere coordinatore Degenze – Ortopedia e Traumatologia;
- Infermiere coordinatore Degenze – Riabilitazione Motoria;
- Infermiere coordinatore Degenze – Blocco Operatorio;

Il gruppo si riunisce tutte le volte che si renda necessario (risoluzione di eventi avversi o eventi sentinella occorsi) in ogni caso con cadenza almeno trimestrale per le tematiche organizzative specifiche. Le sedute vengono verbalizzate ed archiviate a sistema.

1.1 Obiettivi del NARC

- Promuovere e coordinare progetti finalizzati ad implementare politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi;
- Analisi degli eventi avversi
- Implementazione di politiche di formazione;
- Promuovere e coordinare azioni per l'applicazione di metodologie appropriate nella pratica professionale per identificare i rischi clinici ed i relativi determinanti negli specifici contesti professionali;
- Promuovere azioni e coordinare progetti per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errore, il riconoscimento, il monitoraggio e la segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella;

- Promuovere l'analisi delle cause delle insufficienze attive e di quelle latenti presenti relative al rischio clinico riscontrabili nelle UU.OO;
- Scegliere ed applicare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi e delle relative conseguenze;
- Sviluppare azioni finalizzate alla valorizzazione e al riconoscimento delle potenzialità della documentazione clinica e gestionale per la prevenzione del rischio clinico e l'analisi degli eventi ad esso correlati;
- Promuovere azioni per la compilazione in forma corretta della documentazione e collaborare alla sua adeguata gestione;
- Promuovere eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- Monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- Identificare le "migliori pratiche" in materia di prevenzione del rischio clinico e diffonderle;
- Promuovere la formazione degli operatori sanitari perché sia adottata una modalità di corretta comunicazione di eventi avversi ai pazienti e ai familiari;
- Promuovere il coinvolgimento dei pazienti e dei portatori di interesse nelle attività di gestione del rischio clinico;
- Promuovere la sperimentazione di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi anche finalizzati a ridurre la complessità dei processi organizzativi e produttivi ed ottimizzare la comunicazione;
- Promuovere misure organizzative e l'utilizzo di appropriate tecnologie per la riduzione di errori evitabili.

1.2 Pianificazione ed azioni

IL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE (NARC), ha avviato nel corso del 2022/23 una nuova fase nella gestione del sistema di rischio clinico per rispondere più adeguatamente a sollecitazioni interne ed esterne, cogenti e volontarie, con l'obiettivo di conseguire un continuo innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni sanitarie e dei percorsi clinici. E' stata prestata attenzione massima al concetto di sicurezza del paziente

Allo scopo di seguito vengono descritti gli obiettivi perseguiti e le attività poste in essere:

Le aree di intervento specifiche hanno riguardato (e stanno riguardando in progress):

- a) Gestione Farmaci
- b) Complesso Operatorio
- c) Percorsi ambulatoriali
- d) Qualità della documentazione clinica
- e) Prevenzione cadute
- f) Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, attinenti, in tema di sicurezza
- g) Formazione su temi di rischio clinico di tutto il personale operante
- h) Valutazioni proattive ambientali ed organizzative di clima di lavoro (Safety Walkaround)
- i) Incident Reporting sia diretto che indiretto (metodo Trigger tool)

- j) Audit comportamentali periodici
- k) Prevenzione delle ICA
- l) Coerenza con il D.M. *“Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”*
- m) Valutazioni ottemperanza a normative regionale e nazionale vigenti.

2. Audit e risultanze

Nel corso del 2023 sono stati svolti audit comportamentali miranti a valutare il grado di implementazione da parte del personale delle pertinenti Raccomandazioni del Ministero della Salute (come previsto dal Piano Aziendale Rischio Clinico approvato) nonché l’implementazione delle procedure aziendali in tema di Chirurgia Sicura (anch’esse coerenti con i dettati sovraordinati del Ministero e dall’Assessorato alla Salute della Regione Calabria).

Gli esiti di questi audit sono stati segnalati alla Direzione Strategica della Casa di Cura ed oggetto di successivo confronto in ambito NARC esitando i provvedimenti necessari (richiami, revisione/adequamento di procedure esistenti, redazione di ulteriori documenti ed Istruzioni Operative). Gli audit sono stati condotti in coordinamento con il gruppo di prevenzione delle Infezioni Ospedaliere in ordine alla definizione, se necessario, di azioni di miglioramento condivise (es. appropriatezza e timing di somministrazione della profilassi antibiotica pre-operatoria, buone pratiche di normotermia intraoperatoria).

3. Audit comportamentali e Safety Walk Around

Gli audit comportamentali sono degli strumenti che prevedono l’osservazione diretta dell’applicazione dei regolamenti interni (procedure, protocolli) che hanno l’obiettivo di verificare che l’operato del personale soddisfi in pieno quanto predisposto nella documentazione di sistema. Il Safety Walk Around (SWA) è una metodica descritta in letteratura nazionale ed internazionale, in uso in Italia in alcune esperienze pubblicate dal Ministero della Salute. Il metodo consiste in interviste al personale condotte in maniera riservata ed anonima le cui risposte vengono successivamente inserite in forma aggregata in una matrice di *“fattori contribuenti all’errore”* determinando aree di intervento riferite secondo una modalità *“bottom up”*. Gli esiti illustrati al NARC sono stati consegnati alla Direzione Strategica aziendale per i provvedimenti a seguire.

4. Analisi delle Cartelle cliniche

4.1 Valutazione della qualità della documentazione clinica

Campioni casuali di cartelle cliniche sono stati sottoposti a verifica relativamente alla qualità dei dati inseriti nelle stesse, secondo metodo standardizzato.

Gli esiti dei controlli effettuati, in buona parte soddisfacenti anche grazie all'uso della cartella clinica informatizzata, sono stati discussi in sede di NARC consentendo alla direzione di prendere opportuni provvedimenti ed iniziative di miglioramento volte alla risoluzione delle criticità riscontrate.

4.2 Valutazione delle cartelle cliniche secondo la metodica del Trigger Tool

Il Metodo Trigger Tool rappresenta il completamento del sistema di Incident Reporting attualmente in uso presso la casa di cura in quanto capace di intercettare situazioni a rischio di evento avverso anche a prescindere che siano state fatte segnalazioni in tal senso.

Il metodo si avvale di una serie di Trigger riscontrabili in cartella il cui approfondimento consente di riconoscere se correlati ad un evento avverso non segnalato.

Sono state analizzate 8 cartelle cliniche ed all'interno dei percorsi delle stesse isolati 8 Trigger (prevalentemente farmacologici). Effettuati i necessari approfondimenti alcuni Trigger sono risultati essere compatibili con la pratica clinica fisiologica e non correlati a malpractice o ad eventi avversi o near misses. Durante la rilevazione sono emerse criticità relative alla prevenzione delle cadute che hanno indotto ad approfondire le valutazioni specificate nel paragrafo successivo.

4.3 Valutazione delle Cartelle Cliniche campionate per segnalazione cadute

Le cadute in ospedale rappresentano un problema frequente in particolare per quelle strutture, come la CA.GI., in cui le patologie Ortopediche ed i seguenti percorsi riabilitativi sono prevalenti.

Attesa la selezione specifica casuale periodica delle cartelle cliniche correlate ad episodi di caduta, anche senza evento avverso di particolare gravità (evento sentinella), è stata riscontrata la compliance rispetto a quanto indicato sia dalla Raccomandazione n.13 del Ministero della Salute che dalla Procedura Aziendale derivata dalla stessa.

Anche in questo caso sono emerse criticità ed esitata una relazione alla Direzione Strategica al fine di annullare le cause profonde alla base degli eventi accaduti (in ogni caso mai con grave danno tale da configurare un evento sentinella specifico).

In particolare si è resa necessaria una revisione della procedura aziendale "PT.CAD.8.5 Protocollo prevenzione delle cadute" al fine di rendere l'implementazione della procedura più efficiente ed efficace in termini di prevenzione dell'evento specifico.

5. Il Decreto "Concorrenza"

In G.U.R.I. n.305 del 31/12/2022 è stato pubblicato il D.M. "*Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie del 19/12/2022 Allegati A e B*"

Tale D.M. rappresenta una fondamentale occasione di riscontro di eventuali problematiche da risolvere la cui risoluzione in senso di cogenza rappresenta una serie di priorità per la Casa di Cura.

Insieme alla Direzione Strategica è stata condotta un'autovalutazione complessiva del grado di aderenza ai requisiti declinati dal Decreto, al fine di individuare aree di miglioramento organizzativo in tema di sicurezza delle cure.

Per la maggior parte dei requisiti la Casa di Cura ha riscontrato sostanziale ottemperanza degli stessi. Alcuni punti sono stati raccolti come spunto di miglioramento e segnatamente:

- 1) Svolgimento di specifica attività formativa sulle Raccomandazioni del Ministero della Salute
- 2) Redazione condivisa di specifica procedura emergenze cliniche
- 3) Redazione ed implementazione di una IO specifica per la copiatura e rilascio della Documentazione Sanitaria a consentire la consegna nei tempi previsti dalla Legge Gelli.
- 4) Valutazione periodica di DRG ARI e ricoveri ripetuti
- 5) Implementazione e monitoraggio sistemi di valutazione tempi ed appropriatezza liste di attesa
- 6) Sviluppo di ulteriori percorsi clinici aziendali approvati ed indicizzati a sistema

Tali attività saranno oggetto di azioni programmate all'interno del 2024

6. Prevenzione Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

Allo scopo di produrre efficaci politiche di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza la Casa di Cura Ca.Gi Villa Serena ha istituito il "**Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza**" che risulta essere così composto:

- Direttore Sanitario - Coordinatore del Comitato
- Responsabile Rischio Clinico
- Medico legale
- Responsabile U.F. di Ortopedia e Traumatologia
- Responsabile Medico Anestesista
- Responsabile U.F. di Riabilitazione Motoria
- Responsabile Laboratorio di analisi
- Coordinatori Infermieristici
- Responsabile Farmacia

Il Gruppo si riunisce con frequenza almeno trimestrale e prende visione dei dati riportati sulle schede di monitoraggio predisposte per l'attività di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere; l'esito delle riunioni viene formalizzato in apposito verbale.

Nel 2023, a seguito di attività specifiche di audit sia documentale che comportamentale sono stati predisposti/revisionati e diffusi al personale, perché ne implementassero i contenuti già condivisi, i seguenti documenti:

1. **PQ 011 Prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere**
2. **IO 09 Sanificazione del Blocco Operatorio**
3. **IO 010 Igiene delle mani**
4. **Bundle per la Prevenzione Delle Infezioni del Sito Chirurgico**

Nel corso del 2023 (Novembre) è stato svolto un corso di formazione con contenuti generali e specifici sulle Infezioni Ospedaliere e la prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza.

7. Outcomes clinici di interesse: edizione esiti PNE 2023

**RELAZIONE
RISCHIO CLINICO
Eventi Avversi e Sinistri
2023**

Come specificato nel Piano Aziendale Rischio Clinico 2022-2023, sono tenute sotto osservazione gli esiti pubblicati dall'AGENAS periodicamente al fine di intercettare possibili aree di miglioramento o provvedere a porre sotto osservazione/controllo indicatori forieri di malpractice che possano esitare in eventi avversi.

Di seguito si riportano le valutazioni di recente pubblicazione del Programma Nazionale Esiti edizione 2023 (valutazioni di cartelle cliniche del 2022) dall'Agenas effettuate secondo i protocolli di inclusione dell'Agenzia dei Servizi Sanitari.

PNE 2023: Villa Serena Ca. Gi. Indicatore volumi	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	Dm70**
Artodesi vertebrale: volume di interventi	44	32	10	10	14	24	5	2	
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	101	65	68	69	65	167	154	136	
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	5	13	5	5	3	2		1	65
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	6	7	3			1		1	
Frattura della tibia e perone: volume di ricoveri	6	7	3			1		1	
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	188	187	144	122	112	135	136	113	80
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	303	262	196	259	263	245	232	222	80
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	26	32	14	20	15	19	11	12	
VOLUMI COMPLESSIVI	679	605	443	485	472	594	538	488	

**Dati derivati dalle tabelle di cui al D.M. 70/2015 e/o dalla letteratura scientifica così come riportato in edizione PNE/2022

PNE 2023 Villa Serena Ca.Gi: Indicatori Esiti	N	N grezzo	Tasso Grezzo	Tasso ADJ	ITALIA
Intervento di artroscopia del ginocchio: <i>reintervento entro 6 mesi</i>	143	1	0,7	0,64	0,96
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni*	5		0		
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero*	5		80		
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero*	5		80		
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni*	137		0	0	
Intervento di protesi di anca: <i>revisione entro 2 anni dall'intervento</i>	119	4	3,36	2,86	1,92
Intervento di protesi di ginocchio: <i>riammissioni a 30 giorni</i>	216	3	1,39	1,24	1,33

Cagi villa serena	RELAZIONE RISCHIO CLINICO Eventi Avversi e Sinistri 2023				
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Intervento di protesi di ginocchio: <i>revisione entro 2 anni dall'intervento</i>	151	4	2,65	2,5	2,87
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni*	47		0	0	

*Volume non sufficiente secondo i protocolli AGENA a produrre solo indicatori grezzo

In rosso in corsivo gli indicatori con dati statistici di confronto con la sanità nazionale disponibili e di interesse al Rischio Clinico. La valutazione complessiva rispetto agli indicatori previsti dal PNE appare positiva. Solo per l'indicatore "revisione di protesi d'anca entro 2 anni dall'intervento" si denota uno scostamento, seppur poco significativo, dalle percentuali nazionali. Tuttavia considerata la limitatezza del dato percentuale di scostamento e le difficoltà oggettive del reperimento delle informazioni necessarie ad eseguire eventuale audit si è deciso di tenere sotto monitoraggio il dato valutando analisi e processi di miglioramento qualora il trend si dimostrasse in incremento alla prossima rilevazione PNE.

8. Ulteriori azioni proattive

Azioni di miglioramento/monitoraggio condotte coerenti con politiche proattive di prevenzione degli errori	
<i>Organizzazione di procedure e percorsi operativi aziendali</i>	<p>Procedure operative relative ai principali interventi chirurgici e procedure diagnostiche sono in uso in Casa di Cura ed oggetto di costante revisione ed aggiornamento.</p> <p>Di seguito si indicano i percorsi in atto oggetto di osservazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) SINDROME TUNNEL CARPALE 2) PROTESI SPALLA 3) RICOSTRUZIONE LCA 4) PROTESI GINOCCHIO 5) CHIRURGIA DEL PIEDE 6) PROTESI ANCA 7) ARTROSCOPIA di GINOCCHIO 8) ARTROSCOPIA di SPALLA <p>Nel corso del 2024 sono in programma ulteriori definizioni di percorsi e l'integrazione con le pratiche riabilitative ad essi correlati</p>
<i>Raccolta ed analisi dei reclami</i>	<p>Esiste un sistema interno di segnalazione e analisi dei reclami come descritto nella Carta dei Servizi e definito nel Sistema Gestione Qualità.</p> <p>Nel 2023 non sono pervenuti reclami specifici inerenti il rischio clinico.</p>

Cagi villa serena	RELAZIONE RISCHIO CLINICO Eventi Avversi e Sinistri 2023
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------

<i>Implementazione buone pratiche organizzative</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso Cartella clinica informatizzata e integrata - Percorsi di pre-ospedalizzazione - Percorsi per procedura diagnostica - Adozione ed uso del Sistema di Gestione Qualità certificato aggiornato all'ultima edizione
<i>Segnalazione ADR (adverse drug reactions)</i>	non sono state segnalate significative ADR nel 2023.
<i>MDAE (medical device adverse event)</i>	non sono stati segnalati eventi avversi legati al malfunzionamento di dispositivi medici nel 2023

Azioni di miglioramento/monitoraggio condotte coerenti con politiche proattive di prevenzione degli errori		
Obiettivo	Indicatore valutato	Esito
Prevenzione rischio cadute	N. di valutazioni effettuate sul numero di pazienti ricoverati 100%	Per ogni paziente è presente nella cartella clinica informatizzata, la scheda di valutazione rischio cadute A seguito di valutazione di specifica coorte di cartelle cliniche correlate a segnalazione cadute è stata aggiornata la procedura aziendale.
Contenimento rischio cadute	N. cadute sul totale dei pazienti ricoverati < 2%	1,21% Si registrano nel 2023, n° 24 cadute su 1.985 ricoveri
Efficace Segnalazione rischio cadute	N. di segnalazione caduta sul numero di pazienti caduti 100%	Per ogni caduta è stata attivata la relativa scheda di segnalazione
Capillare Riconciliazione farmacologica	N. di Schede di riconciliazione compilate sul totale dei pazienti ricoverati 100%	Per ogni paziente ricoverato è compilata la scheda di riconciliazione farmacologica, prevalentemente su modello informatizzato.
Completa Prescrizione farmaci pericolosi	N. di prescrizioni complete (con tutti campi valorizzati) sul totale pazienti ricoverati 100%	Il modulo in uso "richiesta Potassio", unico farmaco pericoloso, viene redatto ad ogni singola richiesta da parte dell'infermiere e consegnato alla farmacia
Comunicazione efficace e sicura con il paziente	N. di Lettere di dimissione con acronimi ed abbreviazioni sul totale pazienti ricoverati 100%	Per ogni paziente è presente nella cartella clinica informatizzata, la lettera di dimissioni completa di dettagli ed indicazioni necessarie anche per il post-operatorio
Efficace prevenzione della ritenzione di garze strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	N. di RX di controllo eseguite per verificare il rilascio di materiale nel sito chirurgico sul totale degli interventi chirurgici < 2%	Nel 2023 non risultano essere eseguite RX di controllo, non avendo registrato in fase di "conta" garze o materiali mancanti
Efficace Prevenzione dell'errore di persona, del sito chirurgico e/o della procedura chirurgica	N. di check list compilate sul n. totale di interventi chirurgici 100%	Viene compilata per ogni paziente Il dato è estrapolato sia in concorrenza che in retrospettiva sulle cartelle cliniche
Obiettivo	Indicatore valutato	Esito

Azioni di miglioramento/monitoraggio condotte coerenti con politiche proattive di prevenzione degli errori		
Contenimento del rischio tromboembolico	N. di schede TEV non compilate sul numero di interventi chirurgici < 5%	In base a revisione retrospettive periodiche delle cartelle cliniche le schede TEV sono sempre correttamente compilate, adottando la linea guida regionale. Nel corso del 2024 saranno effettuati audit specifici su campioni di cartelle cliniche al fine di valutare la corretta implementazione del documento regionale. In atto da una valutazione informatica effettuata sulle SDO non risultano segnalati codici di complicità attinenti.

9. La Gestione dei Sinistri

La casa di cura Villa Serena opera in regime di copertura assicurativa con la compagnia AMTRUST. In ottemperanza alle Leggi e Normative vigenti i dati richiesti dalle stesse sono stati sempre puntualmente pubblicati sul sito web aziendale all'indirizzo:

<https://clinicavillaserena.com/amministrazione-trasparente/>

La casa di cura Villa Serena CA.GI. sempre in ottemperanza alla normativa regionale si è dotata di un gruppo di lavoro CVGS(Comitato Valutazione Gestione Sinistri) composto da:

- Responsabile Gestione Sinistri
- Avvocato incaricato (sogg. esterno)
- Medico Legale
- Risk manager
- Direttore Sanitario
- Rappresentante della Compagnia assicurativa vigente per la copertura della RCT/O

In occasione degli incontri sollecitati dalla compagnia assicurativa sono stati discussi ed approvati i passi successivi da adottare (ritenzione/accordo stragiudiziale) ad ogni sinistro portato al confronto.

I dati relativi ai sinistri con riferimento agli ultimi 5 anni disponibili sono riportati di seguito

Richieste risarcimento danni

Anno 2019	2
Anno 2020	5
Anno 2021	7
Anno 2022	5
Anno 2023	4

RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI A CASUSA DI INFEZIONE

Anno 2019	0
Anno 2020	0
Anno 2021	1
Anno 2022	1
Anno 2023	1

RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI A VARIO TITOLO

Anno 2019	0
Anno 2020	0
Anno 2021	0
Anno 2022	0
Anno 2023	0

CASI CORRELATI AD EVENTI SENTINELLA

Anno 2019	0
Anno 2020	0
Anno 2021	0
Anno 2022	0
Anno 2023	0

CASI CON PROCEDIMENTI PENALI CON IDICAZIONE DEGLI ESITI

Anno 2019	0	
Anno 2020	0	
Anno 2021	0	
Anno 2022	0	
Anno 2023	1	Giudizio in corso – chiamata come responsabile civile

CASI CON PROCEDIMENTI CIVILI CON IDICAZIONE DEGLI ESITI

Anno 2019	1	Definito con transazione tra il chirurgo ed il paziente. Nessun coinvolgimento della struttura
Anno 2020	3	Per un sinistro si rileva una ATP favorevole alla struttura; per gli altri due il giudizio di primo grado è ancora in corso
Anno 2021	3	Per un sinistro vi è soccombenza in primo grado ; per gli altri due il giudizio di merito è ancora in corso
Anno 2022	5	Giudizio di merito ancora in corso
Anno 2023	0	

Conclusioni:

La Casa di Cura nel corso degli ultimi anni ha posto sotto controllo diverse aree a rischio di errore sia con metodiche classiche che con metodiche “sperimentali” suffragate da letteratura internazionale (SWA, Trigger Tool).

Il metodico e periodico svolgimento di Audit Comportamentali, l’osservazione delle Buone Pratiche, le valutazioni periodiche dell’implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute, oltre al soddisfacimento dei bisogni formativi per tempo individuati ed inseriti nei piani formativi annuali, evidenziano l’elevata attenzione della Direzione Strategica al tema della sicurezza e della qualità delle cure.

Un ringraziamento va a tutti gli operatori della Casa di Cura per il costante impegno profuso nell'applicazione di metodi e procedure atte a rendere sempre più sicura la struttura ed i pazienti che ad essa afferiscono.

Catanzaro li 22/03/2024

Il coordinatore NARC


il RISK MANAGER


