

REPORT CONSUNTIVO ANNUALE DEL RISCHIO CLINICO

CASA DI CURA VILLA PINI - ANALISI ANNO 2022

Sommario

Sommario	1
1. Premessa: Descrizione della Struttura	1
2. Descrizione delle Attività: Anno 2022	2
3. Strumenti di Analisi e principali Azioni di Analisi del Rischio	3
➤ Sistema di Segnalazione degli eventi avversi (<i>Incident Reporting</i>):	3
➤ Dati relativi alle segnalazioni dell'Ufficio URP	5
➤ Dati relativi al sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni Protesiche (anno di riferimento: 2021).....	6
➤ Dati relativi all'implementazione del Sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni delle Vie Urinarie (IVU).....	8
➤ Dati relativi alla Sorveglianza di Laboratorio	10
➤ Dati relativi al Comitato Valutazione Sinistri	14

1. Premessa: Descrizione della Struttura

La Casa di Cura privata Villa dei Pini è una struttura ospedaliera accreditata e convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, fondata nel 1952 in località periferica rispetto al nucleo storico dell'abitato di Porto Civitanova Marche.

La Casa di Cura Villa dei Pini si occupa, inserendosi nella rete assistenziale dell'ASUR Marche, di acuzie e post-acuzie, di prestazioni ambulatoriali, e di servizi diagnostici.

La Struttura dispone di 184 posti letto complessivi, dei quali 119 per acuti in convenzione con il SSN e 65 PL di tipo residenziale.

La linea della chirurgia programmata include tutti i ricoveri per intervento chirurgico in elezione che fanno seguito ad una programmazione e valutazione *ex-ante*; comprende anche la chirurgia breve (*week surgery*) e di un giorno (*day-surgery* e chirurgia ambulatoriale complessa).

Il **Blocco Operatorio** dispone attualmente di 4 sale operatorie e di 2 ambulatori chirurgici.

La linea medica per acuti include tutti i ricoveri di tipo medico in regime ordinario per acuti. Nella grande maggioranza dei casi, il ricovero avviene per trasferimento diretto dal PS dell'Ospedale di Civitanova Marche, o per ricovero su richiesta e prescrizione del Medico di Medicina Generale.

Linea dei servizi clinico-diagnostici include i servizi e tutte le attività intermedie di diagnostica e servizi clinico-strumentali rivolti a pazienti ricoverati ed esterni: Radiologia, Endoscopia digestiva, Laboratorio analisi, Anatomia Patologica, ambulatori specialistici vari.

Linea della lungodegenza post-acuzie: include ricoveri ospedalieri a minore intensità di cura rispetto all'acuzie; l'accesso in lungodegenza può avvenire solo per trasferimento diretto dalla Medicina o dai reparti clinici del PUO (Presidio Unico Ospedaliero) di AV3.

2. Descrizione delle Attività: Anno 2022

Nel corso del 2022 sono state effettuate le seguenti prestazioni:

Ricoveri totali: 5917

Ricoveri pazienti solventi: 251

Ricoveri ordinari medici: 1417

Ricoveri DH medici/oncologici: 11

Ricoveri ordinari chirurgici: 2163

Ricoveri in Day Surgery: 2326

Prestazioni ambulatoriali complesse (ricomprese nell'Allegato 6B del DPCM del 12/01/2017): 1534

Prestazioni ambulatoriali semplici: 1095245

La gestione del Rischio Clinico rappresenta l'insieme di tutte quelle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, partendo dal presupposto che il processo di miglioramento continuo non può che passare dall'analisi e comprensione dei meccanismi che hanno generato degli errori per modificare e migliorare i processi assistenziali e/o organizzativi.

L'errore è definito dal Ministero della Salute come il *"fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato"*.

Il Risk Management pertanto, affinché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare e deve essere gestito in maniera integrata tra diverse figure professionali, servizi, funzioni organizzative al fine di determinare effettivi

cambiamenti migliorativi nella pratica clinica. Pertanto il sistema di gestione del Rischio Clinico è di fatto un sistema integrato in cui collaborano: Direzione Sanitaria, Ufficio SAI, Responsabili clinici di reparto, Responsabile del Servizio farmaceutico, CCICA (Comitato Controllo Infezioni Associate all'assistenza), URP, Controllo di Gestione, Ingegneria Clinica, Comitato Valutazione Sinistri (CVS), Responsabile Qualità e Accreditamento.

3. Strumenti di Analisi e principali Azioni di Analisi del Rischio

Gli strumenti utilizzati per l'analisi sistematica del Rischio Clinico, e pertanto presupposti per qualunque azione di miglioramento sono:

➤ **Sistema di Segnalazione degli eventi avversi (Incident Reporting):** dal 2019 è stato implementato un sistema di segnalazione anonimo, previa compilazione di apposita scheda, di tutti quegli eventi, realmente accaduti o che stavano per verificarsi (i cosiddetti "quasi eventi" o "near miss") che avevano le potenzialità per procurare un danno al paziente o agli operatori sanitari, e per segnalare eventuali eventi sentinella veri e propri, così come definiti dal Ministero della Salute.

Per l'anno 2022 sono stati segnalati in totale 10 eventi, di cui 3 eventi avversi e 7 quasi eventi, nessun evento sentinella. Gli ambiti in cui gli eventi si sono verificati sono riportati in tabella:

Tab 1: ambiti in cui si è verificato l'evento/quasi evento

servizio/reparto segnalante	n°	%
ortopedia	4	40,00%
medicina	1	10,00%
blocco operatorio	5	50,00%
totale	10	100,00%

Non vi sono state differenze nel corso del 2022 tra gli operatori segnalanti:

Tab 2: profilo di ruolo dell'operatore segnalante

operatore segnalante	n°	%
infermiere	5	50,00%
medico	5	50,00%
totale	10	100,00%

Su 10 casi, 8 (80%) si sono verificati nel turno del mattino e 2 (20%) nel turno pomeridiano; nessun caso è stato segnalato in orario notturno.

Il luogo dell'evento, fra i casi segnalati, è riportato nella tabella 3:

Tab.3 Luogo dell'evento segnalato

luogo dell' evento	n°	%
camera	3	30,00%
BO (sale preparazione)	5	50,00%
altro	2	20,00%
totale	10	100,00%

La tipologia di evento segnalato è riportata nella tabella 4:

Tab. 4: Specifica tipologia di evento segnalato

specifica dell' evento	n°	%
caduta	1	10,00%
inadeguata prestazione assistenziale	1	10,00%
evento collegato a somministrazione sangue	1	10,00%
ritardo procedura terapeutica	1	10,00%
ritardo procedura chirurgica	1	10,00%
inesatta posizione /lato/sede	1	10,00%
inadeguata procedura diagnostica	1	10,00%
inadeguata procedura terapeutica	3	30,00%
totale	10	100,00%

Dall'analisi delle segnalazioni si evincevano le seguenti cause/fattori favorenti l'errore:

Tab 5: Distribuzione delle cause/concause per tipologia di evento

Cause/concause identificate*	n°	specifica	
fattori legati al paziente	0		
fattori legati all'organizzazione	4	mancato coordinamento	2
		elevato <i>turnover</i> lavorativo	1
		insuccesso far rispettare procedure	1
fattori legati al personale	10	presa di scorciatoia	4
		difficoltà nell' eseguire istruzioni	4
		mancata verifica preventiva	
		apparecchiature	1
		mancata supervisione	1
fattori legati alla struttura	1	inadeguatezza di attrezzature	1
fattori comunicativi	5		
totale concause segnalate	20		

*Più concause possono essere identificate alla radice di un singolo evento segnalato

In 1 solo caso ci sono state conseguenze per il paziente (trasferimento in PS per accertamenti in seguito a caduta accidentale post prestazione chirurgica ambulatoriale complessa).

I fattori che hanno contribuito ad attenuare/evitare l'esito prodotto sono riportati in tabella:

Tab 6: Fattori attenuanti l'esito dell'evento

fattori che hanno ridotto l'esito	n°	%
individuazione precoce	5	50,00%
buona assistenza	1	10,00%
buona pianificazione lavoro	3	30,00%
altro	1	10,00%
totale	10	100,00%

Dall'analisi delle segnalazioni si evince che la tipologia di "errore" identificato alla base dell'evento/quasi evento segnalato si può suddividere come da allegata tabella:

Tab. 7 Tipo di errore causante l'evento/quasi evento

tipo di "errore"	n°	%
lapses	2	20,00%
violazione*	8	80,00%
totale	10	100,00%

*5 violazioni situazionali; 4 violazioni ottimizzanti

Criticità: dal 2019 al 2022 si è andata riscontrando una progressiva riduzione del numero di segnalazioni di Incident Reporting da parte del personale;

Proposte di miglioramento: a dicembre 2022 si è organizzato un corso di formazione ECM per il personale della Casa di Cura dedicato alla gestione del Rischio, e quindi alla riproposta del sistema di segnalazione al personale. Ad oggi sono già state effettuate 6 notifiche di Incident Reporting (da gennaio a metà marzo). Il corso verrà riproposto a cadenza annuale anche per ricomprendere tutti i nuovi assunti.

➤ **Dati relativi alle segnalazioni dell'Ufficio URP**

Nel corso del 2022 sono pervenute all'Ufficio URP un totale di 64 segnalazioni, suddivise per tipologia come riportato in tabella:

Tab.4: Tipologia di segnalazioni all'URP

tipologia reclamo	n°	% sul tot reclami	% sul tot dei ricoveri*
ritardo consegna documentazione clinica	24	37,50%	0,41%
qualità vitto	12	18,75%	0,20%
servizi comfort	6	9,38%	0,10%
prenotazione prestazioni ambulatoriali	3	4,69%	0,05%
problemi amministrativi vari	5	7,81%	0,08%

comunicazione con personale sanitario	6	9,38%	0,10%
protesi dentarie perse	4	6,25%	0,07%
qualità prestazioni sanitarie (ambito ricovero)	4	6,25%	0,07%
qualità prestazioni sanitarie (ambito ambulatoriale)	2	3,13%	0,03%
totale	64	100,00%	1,08%

**Totale dei ricoveri: 5917*

Dall'analisi delle segnalazioni all'URP si evince una criticità legata alla tempistica di consegna della documentazione sanitaria richiesta in copia (per lentezza da parte del reparto ad inviare le cartelle richieste all'Ufficio Ricoveri) ed una criticità legata alla qualità percepita del vitto ospedaliero ed in generale del comfort alberghiero.

Molto contenute invece le segnalazioni relative alla qualità della prestazione sanitaria effettuata, sia in ambito di ricovero che in ambito ambulatoriale.

Criticità: Una prima criticità è costituita dalla scarsa sistematizzazione dei "reclami" da parte dell'utenza, in parte ridotta rispetto all'anno precedente. Persiste anche per il 2022 una certa tendenza alla segnalazione esclusivamente orale, e pertanto poco analizzabile e riscontrabile da un punto di vista documentale. Nell'ambito del totale delle segnalazioni, inoltre, si riscontra ancora come elemento di maggior insoddisfazione il ritardo nella consegna di copie di documentazione clinica (19 segnalazioni su 58 totali nel 2021 vs 24 su 64 totali nel 2022).

Proposta di miglioramento: Verrà esteso l'orario di apertura dell'URP anche al pomeriggio, in modo da poter garantire una maggiore finestra di accessibilità al servizio, al fine di contenere la perdita di informazione relativa ai reclami e quindi per poter procedere in modo più analitico e sistematico alle segnalazioni da parte dell'utenza.

➤ **Dati relativi al sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni**

Protesiche (anno di riferimento: 2021)

Poiché l'incidenza viene calcolata sul numero totale di infezioni protesiche rilevate entro 1 anno dalla data dell'intervento primario, ai fini del calcolo di un dato di incidenza di infezioni protesiche è necessario effettuare un follow-up di almeno 365 giorni. E' per questo motivo che in questo report, riferito all'anno 2022, si riportano i dati relativi agli interventi di chirurgia ortopedica protesica effettuati nel corso del 2021. Riportare infatti i dati del 2022 sarebbe del tutto prematuro e privo di significatività, non essendo ancora passato un lasso di tempo adeguato alla definizione stessa di infezione protesica (pertanto i dati di sorveglianza 2022 verranno riportati nelle Relazione Consuntiva Annuale del Rischio Clinico 2023).

Dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021 sono stati raccolti dati di sorveglianza relativamente ad un campione statisticamente significativo di pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore: 277 casi su 582 interventi di chirurgia protesica ortopedica nell'intero anno (48% dell'intera casistica chirurgica annuale 2021).

Tab 5: Distribuzione dei casi clinici sottoposti a sorveglianza delle ICA

Tipologia di intervento	n°	%
PTA	111	40.1%
PTG	161	58.1%
PTS	4	1.4%
Altro*	1	0.4%
totale	277	100%

*artrite settica iatrogena

PTA: Protesi anca; PTG: protesi ginocchio; PTS: protesi spalla

Nella quasi totalità dei casi, trattandosi di chirurgia elettiva, è stata effettuata una chemiopprofilassi antibiotica secondo le Linee Guida SIOT del 2021, condivise con le équipe chirurgiche, e secondo specifica procedura aziendale.

Dal campione di 277 casi si sono riscontrati 11 ricoveri per re-intervento, distribuiti come riportato in tabella:

Tab 6: Numero di re-interventi con relativa distribuzione per cause

Reinterventi	n°	%
si	11	3,97%
no	266	96,03%
totale	277	100,00%
n° di re-interventi	n°	%
1	9	81,82%
2	1	9,09%
4	1	9,09%
totale pazienti con re-intervento	11	100,00%
cause re-intervento	n°	%
cause meccaniche	7	63,64%
pregressa infezione protesica*	4	36,36%
totale pazienti con reintervento	11	100,00%

*in 3 casi re-intervento per inserzione spaziatore; in 1 caso re-intervento per cause meccaniche (in paziente al 4° re-intervento per pregressa infezione protesica)

Ad inizio 2023 si sono rilevati pertanto i seguenti risultati relativi alle infezioni protesiche del 2021 (tempo di follow-up: 1 anno):

Tab 7: Tassi di incidenza di Infezioni protesiche Anno 2021

Tasso di Incidenza Infezioni Protesiche		
2021	n°	%
n° infezioni protesiche primarie*	0	0,00%
n° infezioni protesiche secondarie**	4	1,44%
totale	277	100,00%

*dati aggiornati al 10.04.2022

**casi di infezione protesica per interventi primari eseguiti presso altra sede e arrivati già infetti in struttura

Criticità: si riscontra anche per il 2021 una non perfetta conformità per durata della profilassi antibiotica pre-operatoria. L'adesione alle Linee Guida per quel che concerne la scelta della molecola è invece completamente conforme, o giustificata nel singolo caso.

Proposta di miglioramento: Stretto monitoraggio delle risultanze della Sorveglianza attiva con presentazione dei dati preliminari al Comitato CCICA (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza) e programmazione di apposita formazione accreditata sul corretto uso degli antibiotici.

➤ **Dati relativi all'implementazione del Sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni delle Vie Urinarie (IVU)**

Dal mese di aprile 2022 si è introdotto un nuovo protocollo operativo di gestione delle infezioni delle vie urinarie e si è parallelamente iniziato ad alimentare un sistema di sorveglianza attiva delle stesse, basata sulla rilevazione sistematica dei dati colturali e clinici di tutti i casi riscontrati in Area Medica, in soggetti con ricoveri superiori alle 48 ore di degenza (popolazione in studio).

Riassumendo i dati, si è riscontrato un Tasso di incidenza di positività all'esame colturale del 22.29%, pari a 165 casi su un campione di 740 pazienti, e del 16.9% di IVU, pari a 125 casi sul campione totale.

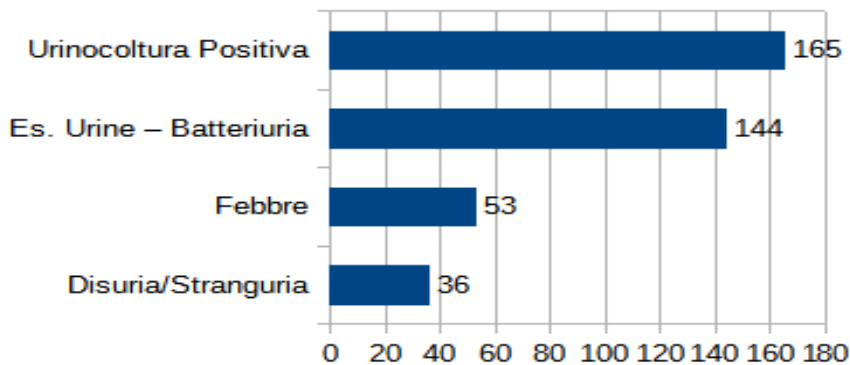
La descrizione della popolazione studiata e dei casi risultati positivi all'esame colturale delle urine è riportata in tabella 8.

Tab. 8 Descrizione del campione analizzato e dei "casi" (positività all'esame colturale)

descrizione della popolazione	campione	casi di positività colturale
maschi	340	53
%	45,90%	32,10%
femmine	400	112
%	54,10%	67,90%
età media	81,4	82,9
degenza media	17,40%	293,00%
portatori di cv	54,00%	81,80%
totale	740	165

In tabella 9 vengono riportati i dati relativi alla distribuzione percentuale dei quadri clinici associati ai 165 "casi".

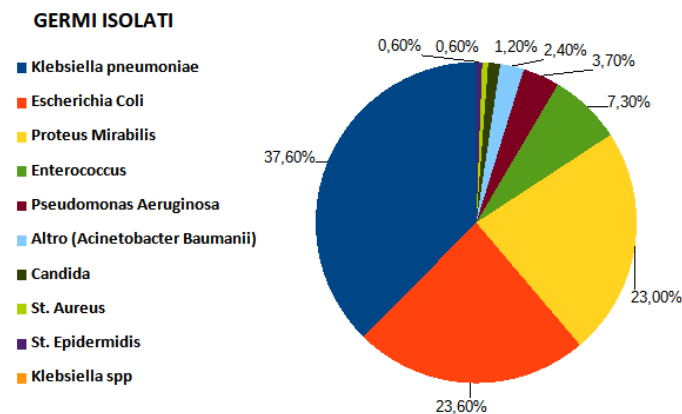
Tab. 9 Descrizione dello stato clinico* dei "casi"



**I quadri clinici possono essere combinati ed i pazienti positivi per più di un tipo di sintomo*

Nei 165 casi positivi all'esame colturale delle urine si sono riscontrati i microrganismi patogeni riportati in tabella 10.

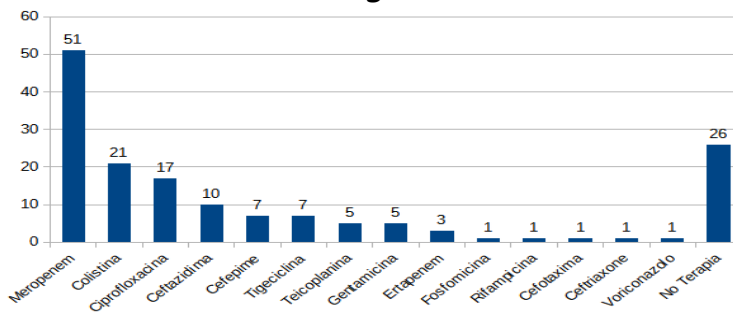
Tab 10 Distribuzione percentuale dei microrganismi patogeni nei 165 "casi"



In 125 casi sul totale di 165 (75,5%) l'infezione/colonizzazione era causata da un microrganismo resistente (microrganismo *alert*), e in 2 casi (1,2% del totale) si trattava di microrganismi con caratteristiche di multi-resistenza, sensibili ormai ad una sola classe di antibiotici.

Sulla base del risultato dell'antibiogramma, in 131 dei 165 casi si è optato per la scelta di terapia antibiotica mirata; la scelta del tipo di antibiotico è riportata in Tabella 11.

Tab 11 Distribuzione degli antibiotici utilizzati nei casi di IVU



In 13 casi dei 131 trattati (9.9%) si è dovuto optare per un trattamento combinato con antibiotici a largo spettro di ultima generazione.

Criticità: Il 2022 è stato il primo anno di attivazione di questo tipo di sorveglianza attiva, che è andata raffinandosi progressivamente. L'analisi dei dati inoltre pone il dubbio di una sovrastima dei veri casi di IVU rispetto alle semplici colonizzazioni.

Proposta di miglioramento: implementazione di appositi corsi di formazione obbligatoria per professionisti medici e infermieri sulla corretta gestione del paziente colonizzato/infetto e sul buon uso degli antibiotici. L'attivazione nel 2023 di un programma di sorveglianza attiva di laboratorio, inoltre, oltre a tenere alta l'attenzione su ogni singolo caso isolato di microrganismo *alert*, permetterà a fine 2023, inizio 2024, di incrociare i dati risultanti dai programmi paralleli di sorveglianza e dalla reportistica di consumo degli antibiotici, anche perché già dai primi dati preliminari del 2023 si evince che il 95% circa di tutti gli isolati *alert* provengono da esami colturali delle urine (in linea con la tendenza generale a livello nazionale e internazionale).

➤ **Dati relativi alla Sorveglianza di Laboratorio**

Nel corso del 2022 sono stati complessivamente isolati 404 germi con diverse caratteristiche di resistenza all'antibiogramma, provenienti da materiale biologico vario (emocultura, urine, materiale da ferita chirurgica o da LDP, nefrostomie, drenaggi chirurgici, tamponi faringei, altro).

In totale sono stati isolati 273 germi sentinella, come riportato nella seguente tabella:

Tab 12 Distribuzione assoluta e percentuale degli isolati Alert nel corso del 2022

Isolati Alert Villa Pini - Anno 2022	n°	% sul totale
<i>Acinetobacter Baumanii</i>	9	3,30%
<i>Enterococcus faecium VRE</i>	6	2,20%
<i>Enterococcus faecalis VRE</i>	24	8,79%
<i>Pseudomonas Aeruginosa MDR</i>	26	9,52%
MRSA	38	13,92%
<i>Citrobacter koseri R ai carbapenemi</i>	1	0,37%
<i>Escherichia coli R ai carbapenemi</i>	89	32,60%
<i>Klebsiella oxytoca R ai carbapenemi</i>	1	0,37%
<i>Proteus mirabilis R ai carbapenemi</i>	76	27,84%
<i>Proteus penneri R ai carbapenemi</i>	1	0,37%
<i>Serratia marcescens R ai carbapenemi</i>	2	0,73%
totale	273	100,00%

Si sono analizzate le distribuzioni di microrganismi sentinella per reparto/servizio e per tipologia di materiale sottoposto ad indagine colturale. Data la numerosità dei casi si suddividono le evidenze in due tabelle: nella Tabella 9 vengono riportati i risultati delle Enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi, nella tabella 13 le risultanze di tutti gli altri isolati alert.

Tab. 13 Distribuzione degli isolati di Enterobatteriaceae Resistenti ai carbapenemi per reparto e tipo di materiale colturale

Isolato	AC	AM	LD	RSA	Totale
Citrobacter koseri	0	1	0	0	1
urine	0	1	0	0	1
Escherichia coli	8	74	2	5	89
urine	5	67	2	5	79
nefroscopia	3	1	0	0	4
sangue	0	4	0	0	4
tampone uretrale	0	1	0	0	1
tampone vaginale	0	1	0	0	1
Klebsiella oxytoca	1	0	0	0	1
urine	1	0	0	0	1
Proteus mirabilis	0	68	1	7	76
escreato	0	1	0	0	1
ferita	0	7	0	1	8
liquido drenaggio	0	2	0	0	2
sangue	0	4	0	0	4
urine	0	54	1	6	61
Proteus penneri	0	1	0	0	1
urine	0	1	0	0	1

Serratia marcescens	0	2	0	0	2
<i>escreato</i>	0	1	0	0	1
<i>ferita</i>	0	1	0	0	1
totale	9	146	3	12	170

Legenda: AC area chirurgica; AM area medica; LD lungodegenza

Tab. 14 Distribuzione degli isolati* Alert per reparto e tipologia di materiale colturale

Distribuzione di Germi Alert* per reparto e materiale colturale						
isolato	AC	AM	LD	BO	RSA	totale
Acinetobacter Baumanii	0	9	0	0	0	9
<i>sangue</i>	0	1	0	0	0	1
<i>ferita</i>	0	1	0	0	0	1
<i>urinocoltura</i>	0	5	0	0	0	5
<i>urinocoltura da CV</i>	0	2	0	0	0	2
Enterococcus faecium VRE	0	4	0	0	2	6
<i>CVC</i>	0	0	0	0	1	1
<i>nefrostomia</i>	0	0	0	0	1	1
<i>sangue</i>	0	2	0	0	0	2
<i>urine</i>	0	2	0	0	0	2
Enterococcus faecalis VRE	1	21	0	0	2	24
<i>accesso</i>	0	1	0	0	0	1
<i>ferita</i>	0	1	0	0	0	1
<i>nefrostomia</i>	1	1	0	0	0	2
<i>sangue</i>	0	1	0	0	0	1
<i>tampone uretrale</i>	0	1	0	0	0	1
<i>urine</i>	0	16	0	0	2	18
Pseudomonas Aeruginosa MDR**	4	18	0	0	4	26
<i>cvc</i>	1	0	0	0	0	1
<i>escreato</i>	0	1	0	0	0	1
<i>ferita</i>	2	0	0	0	1	3
<i>nefrostomia</i>	1	0	0	0	0	1
<i>LDP</i>	0	1	0	0	0	1
<i>sangue</i>	0	3	0	0	0	3
<i>urine</i>	0	13	0	0	3	16
MRSA	12	22	0	3	1	38
<i>CVC</i>	0	0	0	0	1	1
<i>escreato</i>	0	1	0	0	0	1
<i>essudato</i>	0	1	0	0	0	1
<i>ferita</i>	3	7	0	0	0	10
<i>liquido sinoviale</i>	1	0	0	1	0	2
<i>materiale protesico</i>	0	0	0	2	0	2
<i>nefrostomia</i>	1	1	0	0	0	2

sangue	0	8	0	0	0	8
tampone auricolare	0	1	0	0	0	1
tampone congiuntivale	0	1	0	0	0	1
tampone faringeo	1	1	0	0	0	2
tampone nasale	6	0	0	0	0	6
urine	0	1	0	0	0	1
totale	17	74	0	3	9	103

Legenda: AC area chirurgica; AM area medica; LD lungodegenza; BO blocco operatorio

*Escluse le *Enerobatteriaceae* Resistenti ai carbapenemi

**MDR: Resistenza crociata a cefalosporine di III generazione, fluorochinoloni, aminoglicosidi

Clostridium Difficilis:

Per quanto riguarda la positività al Clostridium Difficile, nel corso dell'anno sono stati eseguiti in totale 181 esami a pazienti ricoverati per sospetta patologia da clostridium, i cui risultati sono riportati in tabella:

Tab. 15 Distribuzione per reparto/servizio della positività alla ricerca di Clostridium Difficilis

Presenza del CD nell'esame colturale			
Reparto	Negativo	Positivo	Totale
LD	1	1	2
area medica	94	61	155
area chirurgica	2	0	2
RSA	9	13	22
totale	106	75	181

*calcolo effettuato esclusivamente sulle positività riscontrate in pazienti ricoverati

Ai fini clinici ed epidemiologici, la rilevanza del riscontro di una positività al CD in corso di esame colturale è ovviamente legata alla positività o meno dello stesso al test per la presenza delle tossine A e B, responsabili delle manifestazioni cliniche della patologia causata da questo patogeno anaerobio sporigeno. Pertanto si riportano nella successiva tabella le risultanze riferibili a questa positività.

Tab. 16 Distribuzione per reparto/servizio della positività al test della tossina

Positività alla presenza della tossina A/B* del CD			
Reparto	Negativo	Positivo	Totale
LD	1	1	2
area medica	96	59	155
area chirurgica	2	0	2
RSA	9	13	22
totale	108	73	181

*rilevata con test immunocromatografico per la rilevazione qualitativa degli antigeni delle tossine A e B

Criticità: Il sistema di sorveglianza di laboratorio utilizzato fino al 2021 è di fatto sostanzialmente un sistema di sorveglianza passiva, con tutti i limiti intrinseci a questo modello.

Proposta di miglioramento: Formalizzazione di un nuovo protocollo di sorveglianza di tipo attivo (con relativa specifica procedura) caratterizzato dall'implementazione di un doppio sistema di alert (telefonico diretto e tramite mail) ogniqualvolta venga riscontrata la presenza di un Microrganismo sentinella nell'esame colturale di un paziente ricoverato, in qualsiasi setting assistenziale esso sia ricoverato.

➤ **Dati relativi al Comitato Valutazione Sinistri**

Nel corso del 2022 l'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) ha gestito la seguente casistica:

- Numero di nuove richieste risarcitorie in tutto il 2022: 18 (pertanto un 3.04‰ dei ricoveri totali effettuati);
- Numero di nuove richieste di risarcimento chiuse nell'anno 2022: 2 (11.1% del totale delle nuove richieste di risarcimento; 0.34‰ rispetto ai ricoveri totali effettuati) chiuse tra quelle aperte nello stesso 2022, 9 in totale quelle chiuse nel corso del 2022, anche aperte precedentemente;

Tutti i dati relativi al CVS sono reperibili nell'apposita pagina del sito.

Civitanova Marche
07/03/2023

Dr.ssa Nicoletta Damiani
Direttore sanitario