



Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele"

Relazione

**Comitato
Aziendale per la
Valutazione dei
Sinistri**

2018

Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele"

Catania

Relazione

Comitato
Aziendale per la
Valutazione dei
Sinistri

2018

Comitato Aziendale per la Valutazione dei Sinistri

Dott.ssa Maria Antonietta Licciardello – Coordinatore CAVS , Direttore Settore Affari Generali e Legali

Dott. Giuseppe Coco – DMPO Vittorio Emanuele con Specializzazione in Medicina Legale

Dott.ssa Daniela Cutuli - DMPO Rodolico

Sig. Antonino Di Stefano – Servizio Prevenzione e Protezione

Dott. Angelo Fichera – Settore Affari Generali e Legali

Dott.ssa Alessandra Fosco – Settore Affari Generali e Legali

Prof. Diego Geraci – Ricercatore confermato, Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Catania

Ing. Paola La Pergola – Settore Tecnico

Dott. Vincenzo Parrinello – Responsabile U.O. Qualità e Rischio Clinico

Prof. Cristoforo Pomara –Direttore U.O.C. Medicina Legale

Dott. Giuseppe Saglimbeni – U.O. Qualità e Rischio Clinico

Dott.ssa Italia Tomasello – Settore Affari Generali e Legali

Sommario

Presentazione	8
Attività del Comitato Aziendale Valutazione dei Sinistri	11
Stima dei costi dei sinistri	11
Analisi dei casi discussi	13
Azioni di Miglioramento	17

Obiettivo 2 - Esiti

Presentazione

Il Comitato Aziendale per la Valutazione dei Sinistri (CAVS) è stato istituito con delibera del Direttore Generale n° 326 del 06/03/2012 con il principale scopo di farsi carico della gestione diretta del contenzioso, in relazione alle previsioni del D.A 28 dicembre 2011.

Dopo la fase di avvio dell'anno 2014, nel corso del quale si è proceduto a insediare il CAVS, a sviluppare uno specifico regolamento per il funzionamento del CAVS stesso e ad avviare l'attività di valutazione, si è giunti nel 2015 alla messa regime dell'attività attraverso una sedute periodiche per la valutazione dei sinistri.

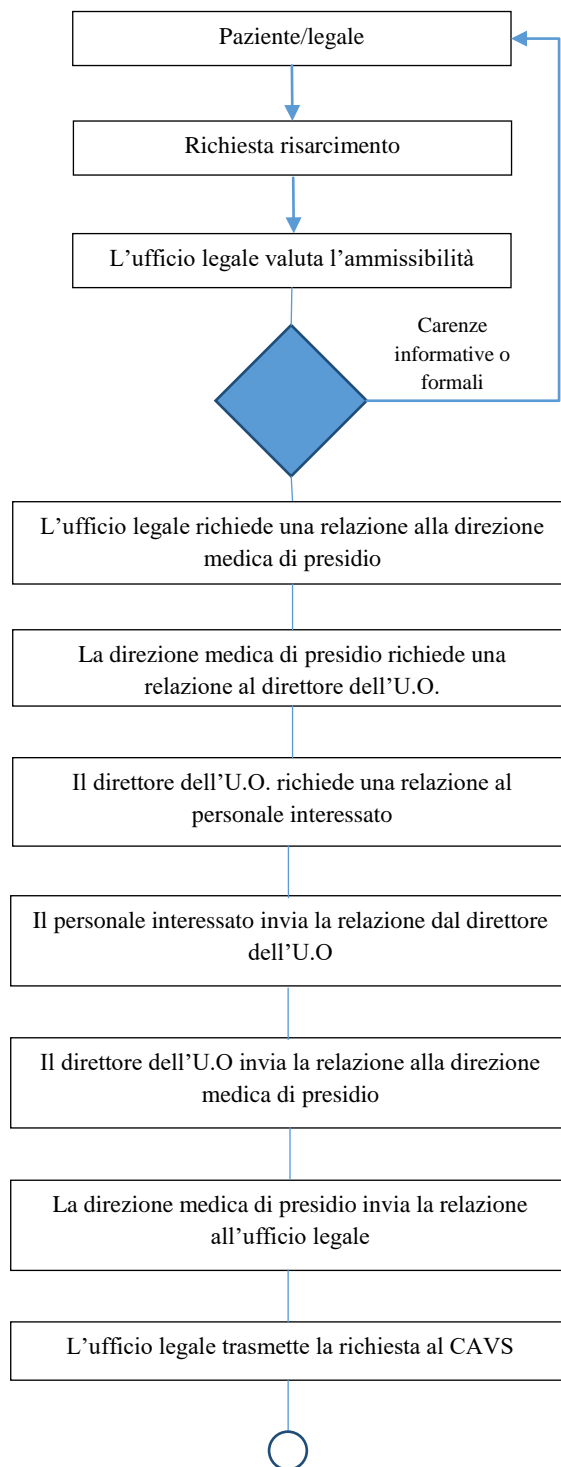
Nel corso dell'anno 2018 con deliberazione del direttore Generale n° 586 del 21 marzo si è proceduto all'integrazione della composizione del Comitato aziendale Valutazione Sinistri con l'inserimento del prof. Cristoforo Pomara, professore ordinario e direttore dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Catania

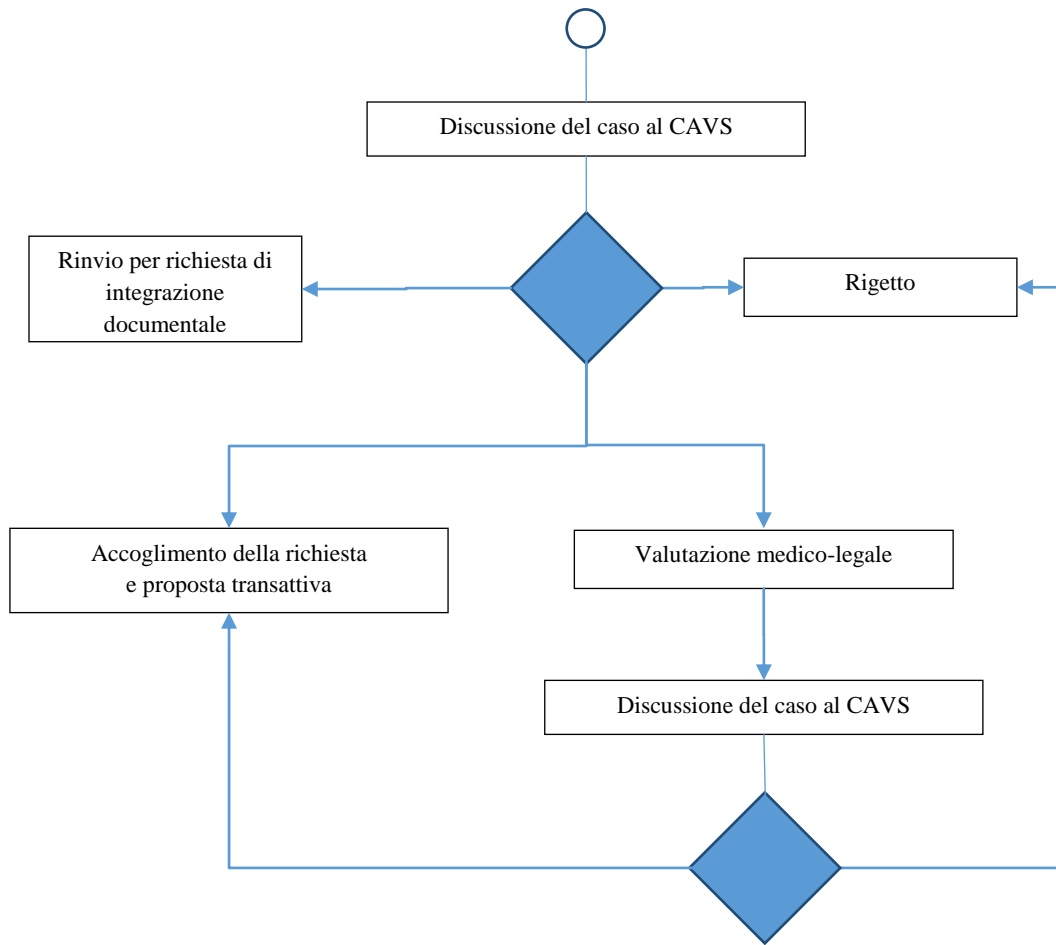
Sia in ragione delle direttive regionali che del regolamento adottato, il CAVS e le articolazioni aziendali deputate alla gestione del contenzioso hanno provveduto:

- alla organizzazione della raccolta di informazioni indispensabili alla gestione sinistri;
- alla immediata preventiva valutazione del sinistro segnalato;
- alla successiva raccolta dei dati necessari ad un'efficace gestione dei sinistri;
- alla valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni arrecati a terzi con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri;
- alla individuazione di possibili azioni di miglioramento;

Il processo di valutazione dei sinistri è articolato in 5 fasi:

- 1^ fase: analisi del caso da parte dell'ufficio legale dell'Azienda che provvede ad istruire la pratica;
- 2^ fase: trasmissione dei casi da valutare al CAVS;
- 3^ fase: valutazione preliminare dei casi da parte del CAVS;
- 4^ fase: analisi da parte dei medici legali dei casi non respinti nel corso della valutazione preliminare, meritevoli di approfondimento e valutazione da parte dei medici legali stessi;
- 5^ fase: relazione dei medici legali al CAVS e decisione collegiale circa l'esito del contenzioso (proposta alla controparte, rigetto definitivo..)



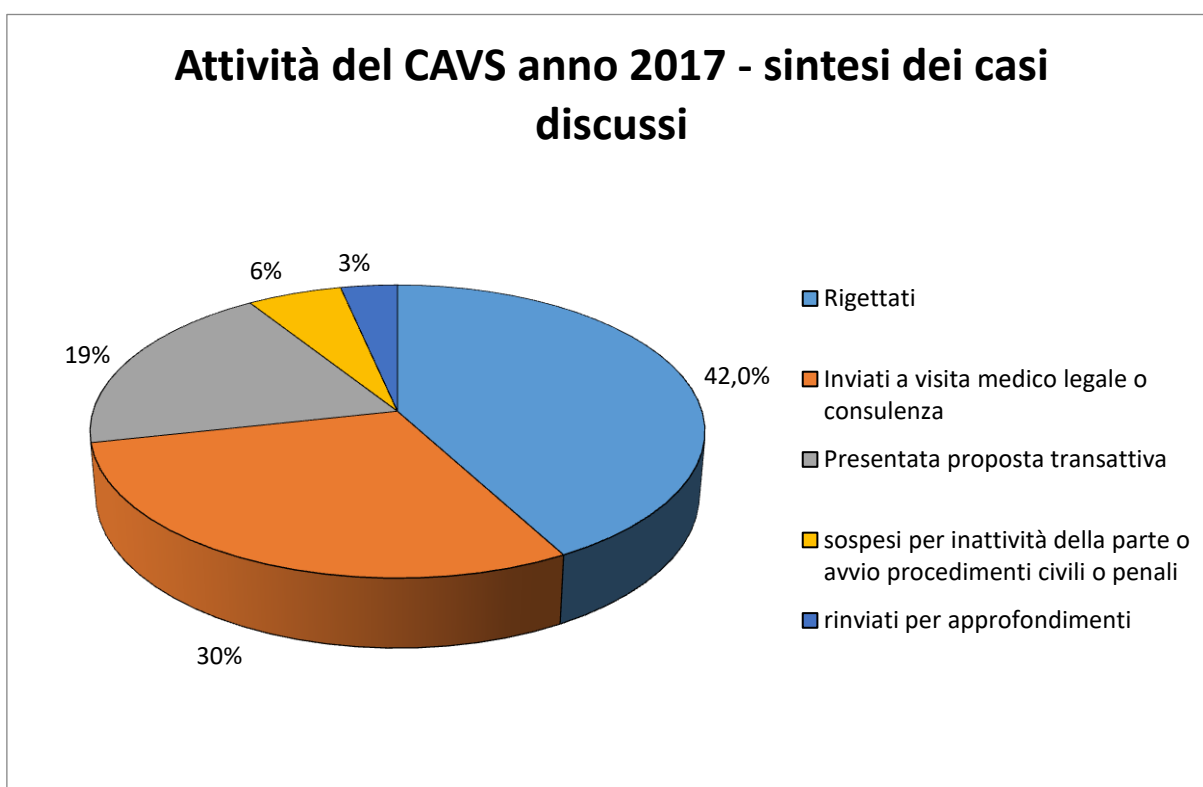


Attività del Comitato Aziendale Valutazione dei Sinistri

Nel corso dell'anno 2018 il Comitato Valutazione Sinistri si è riunito per 8 sedute (gen – nov); nel corso delle riunioni sono stati complessivamente discussi 98 casi, alcuni dei quali oggetto di valutazione in più sedute, tanto che il numero delle valutazioni complessive ammonta a 114 con una media di 18 casi discussi per ogni convocazione.

Dei 98 casi trattati:

- 31 sono stati rigettati;
- 38 sono stati inviati a visita medico legale o a consulenza;
- 7 sono stati rinviati per ulteriori approfondimenti documentali
- 9 sono stati accettati con proposta transattiva;
- 13 sono stati sospesi per inattività della parte o avvio di procedimenti penali o civili;



Stima dei costi dei sinistri

Per 34 casi, sono stati prospettati accantonamenti per un totale di € 6.505.500

Sono state accantonate somme:

- €1.000-€10.000, in 19 casi;
- >€10.000-€50.000, in 4 casi;

- >€50.000-€100.000, in 1 caso;
- 100.000, in 10 casi;

Il valore medio della somma accantonate è di € 191.338 per i casi in cui è stato definito un accantonamento.

La somma accantonata più elevata è di € 1.000.000 (in tre casi)

Sono state presentate alle controparti 8 proposte transattive per complessivi € 24.500

Sul totale delle somme accantonate, 10 casi, con somme maggiori ai 299.000€, pur rappresentando il 29,4% degli eventi in cui si è deciso l'accantonamento, assorbono il 96% delle somme, per un totale di € 6.250.000

In particolare dei 10 casi sopra citati 5 sono da riferirsi a pazienti deceduti, 4 a danni collegati a sofferenze perinatali, 1 a lesioni conseguenti ad intervento chirurgico.

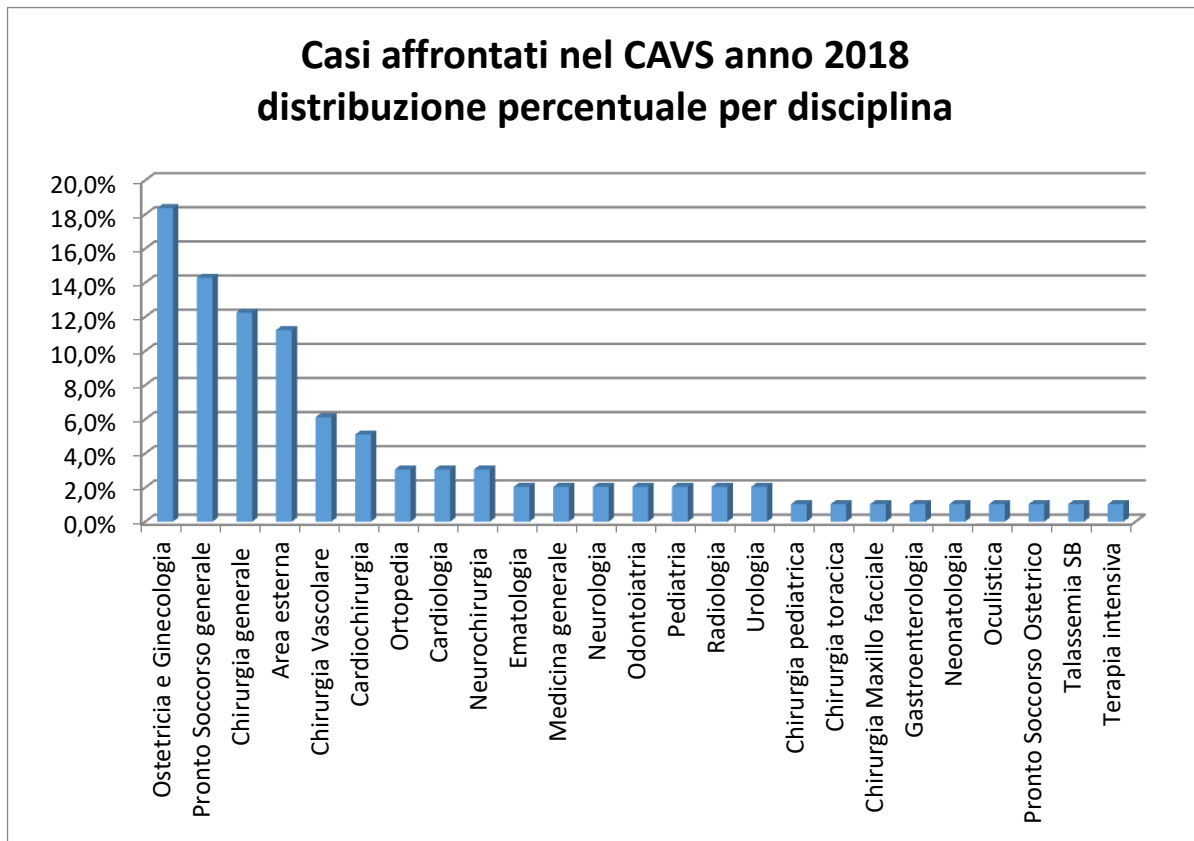
Analisi dei casi discussi

Le richieste di risarcimento hanno riguardato diverse discipline appartenenti soprattutto all'area chirurgica .

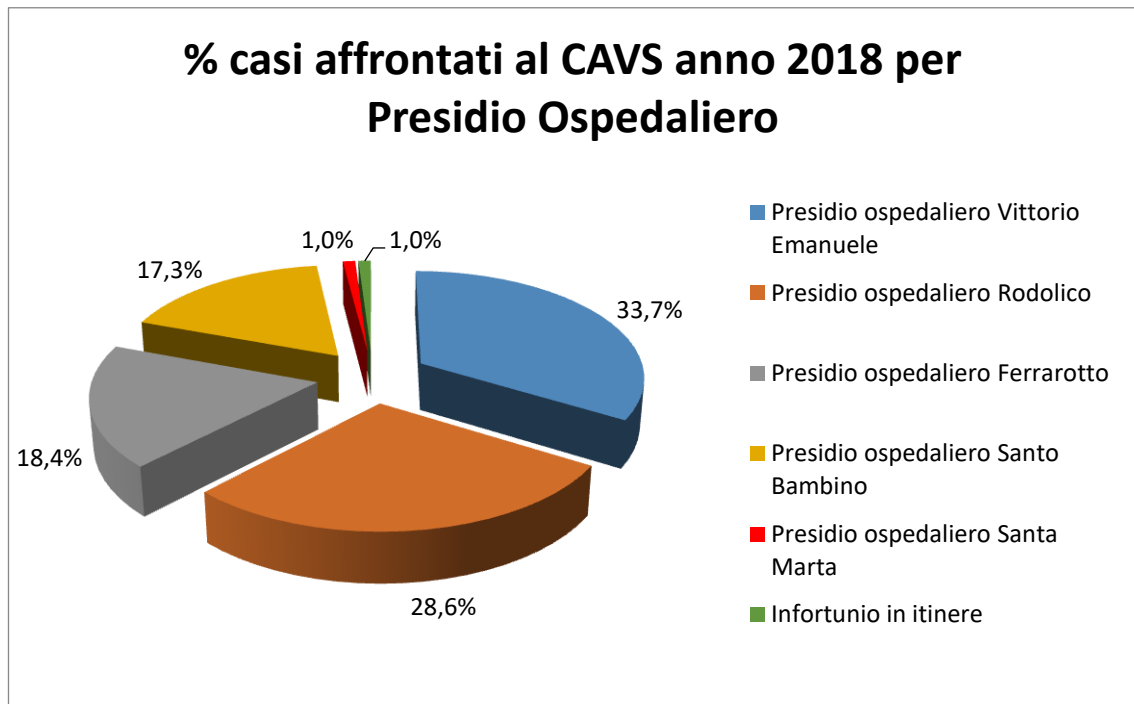
Disciplina	Casi
Ostetricia e Ginecologia	18
Pronto Soccorso generale	14
Chirurgia generale	12
Area esterna	11
Chirurgia Vascolare	6
Cardiochirurgia	5
Ortopedia	3
Cardiologia	3
Neurochirurgia	3
Ematologia	2
Medicina generale	2
Neurologia	2
Odontoiatria	2
Pediatria	2
Radiologia	2
Urologia	2
Chirurgia pediatrica	1
Chirurgia Maxillo facciale	1
Gastroenterologia	1
Neonatologia	1
Oculistica	1
Pronto Soccorso Ostetrico	1
Talassemia SB	1
Terapia intensiva	1
Terapia del dolore	1
	98

Gli eventi attribuiti alle discipline di Ostetricia e Ginecologia, Pronto Soccorso Generale Chirurgia Generale e Chirurgia Vascolare e gli eventi classificati come Area esterna, essenzialmente cadute nei viali o nei corridoi dell'ospedale di utenti non ricoverati, rappresentano il 62,24% dei casi discussi.

Particolarmente significative appaiono le richieste di risarcimento (11 casi, pari al 11,2%) sostenute da eventi non correlati ai processi assistenziali, ma conseguenti a danni, riportati da persone o cose, correlati alla manutenzione delle aree esterne (viali, parcheggi, ascensori ...).



Relativamente al Presidio Ospedaliero: 33 casi, di cui 14 al PSG, hanno riguardato il P.O. Vittorio Emanuele, 28 il P.O. Rodolico, 18 il P.O. Ferrarotto, 17 il P.O. Santo Bambino, 1 il P.O. Santa Marta ed un infortunio in itinere.



In relazione agli esiti lamentati dagli utenti, secondo la classificazione del flusso SIMES, fra i casi valutati nel corso dell'anno 2018, si sono registrati 74 casi di lesioni personali, dei quali 1 da attribuirsi ad infezioni, 20 decessi alcuni dei quali riferiti ad infezioni che possono aver complicato il percorso assistenziale, 2 casi di danni a cose, 1 da riferirsi ad infortunio ed 1 non classificato.

In relazione al tipo di procedimento iniziale, secondo la classificazione del flusso SIMES, fra i casi valutati nel corso dell'anno 2018, si sono registrati 6 casi di mediazione, 5 casi con procedimento penale, 84 casi di richieste stragiudiziali.

Alcune richieste di risarcimento classificate come lesioni personali, riportano anche segnalazioni relative alla gestione del consenso informato, in qualche caso espresso dai familiari. Talora vengono lamentate importanti carenze nell'informazione fornita al paziente, necessaria ed indispensabile per l'espressione di un valido consenso.

Le discipline in cui sono state avanzate richieste di risarcimento per un decesso del paziente, valutate dal CAVS nel corso dell'anno 2018, sono:

1. Pronto Soccorso Generale 5 casi
2. Ostetricia e ginecologia 3 casi
3. Cardiologia 2 casi
4. Ematologia 2 casi
5. Neurochirurgia 2 casi

6. Neonatologia 1 caso
7. Cardiochirurgia 1 caso
8. Chirurgia vascolare 1 caso
9. Gastroenterologia 1 caso
10. Terapia intensiva 1 caso
11. Terapia del dolore 1 caso

Relativamente alla tipologia di eventi, nei quali è stato anche evidenziato il decesso del paziente, sono state rappresentate le seguenti segnalazioni:

- Presunta mancata diagnosi di emorragia cerebrale in paziente con trauma ;
- Lamentata mancata somministrazione di un farmaco per il trattamento di patologia neoplastica;
- Presunta mancata diagnosi di tumore cerebrale nel corso di un ricovero del febbraio 2008;
- Presunta mancata diagnosi di Sindrome Coronarica Acuta;
- Emorragia in paziente affetto da CA rinofaringeo;
- Lamentato ritardo nell'esecuzione di taglio cesareo con decesso del neonato;
- Lamentato ritardo nell'esecuzione dell'intervento di angioplastica;
- Lamentato ritardo nel trattamento di lacerazione dell'aorta;
- Presunta mancata diagnosi di emorragia cerebrale;
- Lamentata dimissione precoce - paziente deceduto presso altro nosocomio;
- Decesso neonata per presunto ritardo erogazione prestazione;
- Emorragia cerebrale, complicanza dopo intervento di termorizotomia trigeminale;
- Infezione da pseudomonas;
- Emorragia conseguente a trattamento invasivo;
- Lamentato ritardo nell'esecuzione di cardiotocografia;
- Infezione da acinetobacter baumannii;
- Presunta infezione nosocomiale;
- Lamentata mancata diagnosi di patologia neonatale;
- Disfunzione valvola mitralica precedentemente sostituita;
- Sospetta perforazione intestinale a seguito di procedura interventistica;

Fra i casi classificati, secondo la classificazione SIMES, come lesioni personali si possono evidenziare :

- **casi correlati ad intervento chirurgico**, quali ad esempio un caso di disфонia dopo endoarteriectomia, casi con lamentati danni estetici conseguenti ad interventi di mastoplastica, il rilascio di corpo estranei nel sito chirurgico anche se, talora risalenti ad oltre dieci anni addietro (uno del 2005 ed un altro risalente al 1988), riferite lesioni neurologiche a seguito di interventi, alcuni casi di perforazione intestinali o lesioni vascolari conseguenti ad interventi di prostatectomia, colecistectomia e raschiamento uterino;
- **casi correlati ad errori diagnostici procedure**, fra i quali paiono particolarmente rilevanti un caso di presunta ritardata diagnosi di K mammario, una presunta ritardata diagnosi di torsione ovarica, la mancata evidenza in urgenza di fratture agli arti ed in un caso alle ossa nasali, una presunta errata diagnosi di accesso corneale, alcuni casi di presunta ritardata diagnosi di sofferenza perinatale;
- **11 casi di cadute o infortuni**, avvenute in prevalenza aree esterne (viali, giardini etc..) e nelle aree comuni del padiglioni ospedalieri ed un caso in itinere. Due casi avvenuti all'interno dei reparti di diagnosi e cura sono stati segnalati quali eventi sentinella in considerazione dei traumi riportati dagli utenti;
- **casi di infezioni**, fra i quali particolarmente rilevanti appaiono due casi di infezione di ferita chirurgica (sterno), una lamentata infezione iatrogena da HCV post-intervento, una infezione del sito di impianto di un ICD, ed una infezione della ferita chirurgica post-cesareo.

Azioni di Miglioramento

A seguito delle informazioni acquisite dall'analisi delle richieste di risarcimento, sono state intraprese le seguenti azioni correttive:

1. È proseguita l'attività di divulgazione , accreditata ECM, sulle raccomandazioni ministeriali e le procedure aziendali comprendente anche le procedure relative alla gestione del consenso informato ed alla prevenzione del rischio di caduta del paziente in ospedale, e quelle relative alla identificazione del paziente. Nel corso dell'anno 2018 sono state effettuate nove edizioni del corso di formazione.
2. La revisione o la implementazioni di importanti procedure collegate alle già diffuse raccomandazioni ministeriali, quali la conta delle garze, aghi o altro strumentario chirurgico, la prevenzione del rischio di suicidio in ospedale.
3. La diffusione di alert da parte della U.O. Qualità e Rischio Clinico, derivati sia dalle segnalazioni pervenute tramite il sistema di incident reporting che da eventi appresi in sede di CAVS;

ALERT 2 - 2018

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Rilascio di corpo estraneo nel sito chirurgico

In relazione ad una richiesta di risarcimento del danno, è stato evidenziato il rilascio di un ago da sutura nel sito chirurgico.

Good practice 2-2018

1. Il **conteggio sistematico** dei materiali chirurgici ed il **controllo della loro integrità** deve riguardare non solo le garze ma anche bisturi, aghi e ad ogni altro materiale o strumento, anche se unico, utilizzato nel corso dell'intervento chirurgico.
2. Il conteggio dovrebbe essere effettuato prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale), durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità; prima di chiudere la ferita; alla chiusura della cute o al termine della procedura; al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe.
3. Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato quando si apre la confezione sterile che lo contiene; quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo; quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

Rif. «**Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico**» - Ministero della Salute

ALERT 3 - 2018

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Emorragia intracranica post-traumatica in pazienti in trattamento con anticoagulanti orali

In relazione a due richieste di risarcimento del danno, è stato evidenziato che in pazienti adulti con trauma cranico non è stata valutata, tra i fattori di rischio, l'assunzione di anticoagulanti orali. Pertanto, i pazienti sono stati sottoposti a TAC dell'encefalo solo parecchie ore dopo la valutazione iniziale, a seguito del decadimento della funzione neurologica.

Good practice 3-2018

1. Dovrebbero essere sottoposti a TAC i pazienti adulti che hanno subito un trauma cranico che presentano uno dei seguenti fattori di rischio:
 - GCS < 13 al momento dell'osservazione;
 - GCS < 15 2 ore dopo la valutazione iniziale;
 - Frattura aperta o depresso evidente o sospetta del cranio;
 - Segni di frattura della base cranica (emotimpano, occhi a panda, otoliquorrea, segno di Battle);
 - Convulsioni post-traumatiche;
 - Deficit neurologico focale;
 - Più di un episodio di vomito;
 - Amnesia di durata maggiore 30 minuti per eventi precedenti il trauma
2. Dovrebbero essere sottoposti a TAC entro 8 ore dalla lesione alla testa, i pazienti adulti con uno qualsiasi dei seguenti fattori di rischio che hanno subito una perdita di coscienza o di amnesia dopo la lesione:
 - **coagulopatie (storia di emorragie, disordini della coagulazione, trattamento corrente con anticoagulanti orali);**
 - Meccanismo pericoloso del traumatismo; (pedone contro autoveicolo, espulsione da un autoveicolo o caduta da un'altezza maggiore di 1 metro o di cinque gradini);
3. L'esecuzione precoce di indagini diagnostiche per immagini dovrebbe essere preferita all'osservazione nell'attesa delle manifestazioni neurologiche, in quanto la identificazione tempestiva di lesioni encefaliche rischiose per la vita e per le sequele, migliora gli esiti.

Rif. «**Head injury: assessment and early management**» - NICE Clinical guideline [CG176] Published date: January 2014
Last updated: June 2017