



Regione del Veneto
AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA
Sede Legale: via Don Tosatto 147 -30174 Mestre
E-mail: azienda.sanitaria@aulss3.veneto.it
Pec: protocollo.aulss3@pecveneto.it
C.F. e P.I.: 02798850273

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

**RELAZIONE ANNUALE SUGLI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI 2019 RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO**
(Art. 2 Comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24)



Regione del Veneto
AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA
Sede Legale: via Don Tosatto 147 -30174 Mestre
E-mail: azienda.sanitaria@aulss3.veneto.it
Pec: protocollo.aulss3@pecveneto.it
C.F. e P.I.: 02798850273

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

PREMESSA

A seguito della Legge Regionale del Veneto n.19 del 25 ottobre 2016, che ha ridefinito il nuovo modello organizzativo delle Aziende ULSS, è stata costituita il 1° gennaio 2017 l'Azienda ULSS 3 Serenissima che accorpa le tre ex Aziende "ULSS 12 Veneziana", "ULSS 13 di Mirano Dolo" e "ULSS 14 di Chioggia". L'Azienda ULSS 3 Serenissima ha sede legale in via Don Tosatto n° 147, 30174 Mestre. C.F.e P.I. 02798850273.

TERRITORIO E POPOLAZIONE:

L'ULSS 3 Serenissima opera sul territorio della provincia di Venezia, costituito da 23 comuni (Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Cavarzere, Chioggia, Cona, Dolo, Fiesso d'Artico, Fossò, Marcon, Martellago, Mira, Mirano, Noale, Pianiga, Quarto d'Altino, Salzano, Santa Maria di Sala, Scorzè, Spinea, Strà, Venezia, Vigonovo). Al 1 gennaio 2019 il territorio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima contava una popolazione di 625.189 abitanti con una superficie di 1.362 km² pari ad una densità di 459 abitanti/km². I bisogni sanitari del cittadino vengono assicurati da una serie di ospedali in rete: l'Ospedale di Mestre, di Venezia, di Mirano, di Dolo, di Noale e di Chioggia e un Punto di Primo Soccorso "PPI" al Lido di Venezia. L'Ospedale di Mestre è centro di riferimento provinciale "Hub" e garantisce assistenza di maggiore complessità, ove viene concentrata la patologia e i casi più complessi, e opera in collegamento con i presidi ospedalieri territoriali "spoke".

L'ambito territoriale è suddiviso in 4 Distretti:

- Distretto 1 – Venezia Centro Storico, Isole, Estuario (ex ULSS 12);
- Distretto 2 – Venezia Terraferma – Marcon – Quarto d'Altino (ex ULSS 12);
- Distretto 3 – Mirano – Dolo (territorio corrispondente alla ex ULSS 13);
- Distretto 4 – Chioggia (territorio corrispondente alla ex ULSS 14).

La popolazione è così ripartita:

- Distretto 1 e 2 del Veneziano 286.208 abitanti;
- Distretto 3 di Mirano Dolo 273.009 abitanti;
- Distretto 4 di Chioggia 65.972 abitanti,
- Totale popolazione Azienda ULSS 3 Serenissima: 625.189.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

L'estrema varietà e variabilità delle aree del territorio gestito caratterizza profondamente l'ambito di afferenza dell'Azienda. In essa sono infatti presenti aree urbane della terraferma con le caratteristiche proprie delle aree ad alta densità abitativa e produttiva, congiuntamente al territorio del centro storico veneziano con gli elementi di specificità che lo contraddistinguono, anche per i flussi turistici presenti, ed infine le aree insulari del territorio lagunare che conferiscono alla dimensione territoriale complessiva il suo carattere di dispersione e frammentazione. Da segnalare la presenza sul territorio del sistema portuale e aeroportuale con flussi di traffico navale e aereo rilevanti e il continuo avvicinarsi di manifestazioni, eventi storico/culturali che attraggono una moltitudine di visitatori durante tutto l'anno.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Il territorio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima è diviso in quattro Distretti, secondo la seguente ripartizione:

Distretto 1 – Venezia Centro Storico, Isole, Estuario (ex ULSS 12)

Distretto 2 – Venezia Terraferma – Marcon – Quarto d'Altino (ex ULSS 12)

Distretto 3 – Mirano – Dolo (territorio corrispondente alla ex ULSS 13)

Distretto 4 – Chioggia (territorio corrispondente alla ex ULSS 14)

L'Azienda ha attivato 2.213 posti letto distribuiti tra presidi ospedalieri pubblici (1.681) ed ospedali privati accreditati (532).

Al 30 novembre 2019 sono stati registrati 69.510 ricoveri ospedalieri totali, dei quali 8.984 ricoveri presso strutture private accreditate; sono state erogate n° 1.947.477 prestazioni ambulatoriali per esterni, delle quali 431.451 presso strutture private accreditate (ad esclusione di: laboratorio analisi, microbiologia, centro trasfusionale, anatomia patologica).

Nell'anno 2019 ci sono stati in totale 254.005 accessi di pronto soccorso nei Presidi Ospedalieri Aziendali, ripartiti in:

Ospedale Mestre 93.228; Ospedale Venezia 36.271; Ospedale Dolo 46.060; Ospedale Mirano 42.831; Ospedale Chioggia 29.823; PPI Lido 5.792.

Al 31 dicembre 2019 il numero complessivo del personale in servizio contava 7.269 dipendenti suddivisi in 7.027 a tempo indeterminato e 242 a tempo determinato. Il totale del personale medico convenzionato contava 589 medici.

L' Azienda ULSS 3 Serenissima, nell'integrazione dei diversi distretti, si caratterizza per una elevata complessità clinico-organizzativa e questo rende necessario una gestione del rischio attenta e sistematica attraverso il coinvolgimento degli Operatori della Sanità locale nello sviluppo di una sempre maggior consapevolezza verso la cultura della segnalazione "reporting" degli eventi avversi e eventi evitati in un'ottica di trasparenza; tali informazioni rappresentano uno strumento indispensabile per predisporre strategie e azioni di miglioramento per prevenire ed evitare il ripetersi di simili eventi.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio, partendo dall'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e dall'analisi delle criticità segnalate, individua le cause generatrici e/o i fattori contribuenti e concomitanti dell'evento avverso, o dell'evento evitato, per procedere poi all'identificazione condivisa di azioni di miglioramento, finalizzate ad eliminare o ridurre il rischio specifico, realizzando, così, un'opportunità di apprendimento e di esperienza condivisa.

Nella gestione del rischio clinico aziendale il Risk Management :

1. acquisisce le segnalazioni di eventi effettuate dagli Operatori delle strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali), nei quattro diversi Distretti Aziendali;
2. analizza la tipologia di evento, integrando documentazione ed informazioni aggiuntive della struttura segnalante, coinvolgendo il Direttore e/o il Coordinatore e le figure professionali eventualmente coinvolte dell' Unità Operativa/Servizio;
3. adotta gli strumenti di gestione del rischio clinico, sulla base della tipologia, frequenza e gravità dell'evento segnalato (classificazione prevista dalla DGR 2255/2016) ed in particolare:
 - a. strumenti di gestione "reattiva" del rischio clinico, utilizzati a seguito della segnalazione spontanea di un evento avverso (anche in assenza di danno) o di un evento evitato, per individuare i fattori contribuenti l'evento e le possibili azioni di miglioramento, finalizzate ad evitare il ripetersi dello stesso :
 - i. Conduzione di specifici "Audit su Evento Significativo" – S.E.A. in coerenza con il documento regionale: "*Linee di indirizzo per la gestione degli audit aziendali su eventi avversi*" del luglio 2019; la loro realizzazione viene effettuata alla presenza del Direttore e Coordinatore della struttura coinvolta nell'evento, nonché con gli operatori coinvolti nell'evento medesimo; nel corso dell'audit vengono individuate e condivise specifiche azioni di miglioramento, finalizzate al contenimento del rischio specifico, le quali vengono poi riportate nel verbale di audit e trasmesse al Direttore e al Coordinatore di UO per la loro implementazione e la verifica periodica dell'efficacia degli interventi introdotti; gli audit, condotti insieme al personale del Risk Management Aziendale vengono documentati anche con la raccolta delle firme di presenza e dove necessario vengono trasmessi, oltre alla UO interessata all'evento, anche ad altri servizi coinvolti nella adozione di specifiche azioni di miglioramento (ad es. Farmacia, Direzione Medica, Direzione Attività Tecniche ecc.);
 - ii. Valutazione dell'efficacia delle azioni di miglioramento, individuate nei singoli S.E.A. mediante il monitoraggio degli eventi segnalati in Azienda nel corso dell'anno, utilizzando gli indicatori di efficacia indicati nella DGR 2255/2016;

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

- iii. Effettuazione di Sopralluoghi o di Verifiche Interne, finalizzati a valutare direttamente in loco fattori di rischio, causali o contribuenti, elaborazione di una conseguente relazione e individuazione delle possibili azioni di miglioramento e/o di contenimento dei rischi, da trasmettersi alle Strutture /Servizi competenti, secondo la tipologia di evento segnalato (ad es. Servizio di Farmacia Ospedaliera /Dispositivo Vigilanza; RSPP, Direzione Medica, Ufficio Tecnico).
- b. strumenti di gestione “proattiva” del rischio clinico, utilizzati a seguito della valutazione delle risultanze del monitoraggio annuale del rischio clinico, sulla base della tipologia, frequenza e gravità delle segnalazioni Incident Reporting complessive, applicati a livello trasversale aziendale allo scopo di prevenire l’incidenza degli eventi:
 - i. Safety Walk Round, secondo la metodologia indicata nel Manuale Ministeriale Rev. Aprile 2012, effettuati con il coinvolgimento di attori e competenze multidisciplinari (ad es. Farmacia, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Servizio di Prevenzione e Protezione ecc.), con rilevazione delle Non Conformità, stesura e diffusione di report trasmesso alle strutture preposte alla risoluzione della Non Conformità;
 - ii. Analisi delle cartelle cliniche, condotte su un campione strutturato di documentazione sanitaria (cartella clinica) o su singole sezioni della stessa o su specifica modulistica in uso (ad esempio Scheda Unica di Terapia, Scheda di Ricognizione e Riconciliazione dei Farmaci, Checklist di Sala Operatoria), con rilevazione di Non Conformità, stesura e diffusione delle risultanze alle UUOO coinvolte nel campionamento; eventuale revisione di procedure, documenti o strumenti di lavoro, in base alle criticità emerse dall’analisi dei documenti.
4. Provvede alla registrazione informatica nel Gestionale Rischio Clinico della Regione Veneto degli Eventi Sentinella segnalati nei quattro Distretti Aziendali;
5. Inserisce le segnalazioni cartacee, di Incident Reporting provenienti dalle UU.OO, delle quattro sedi distrettuali aziendali nel Portale Regionale A.R.E.A. (come indicato nella DGRV 2255/2016);
6. Effettua la compilazione informatica della scheda di Risk Management relativa all’ analisi di ogni singolo evento segnalato, nel Gestionale Rischio Clinico della Regione Veneto, nel menu “Segnalazioni”, come previsto dalla DGRV 2255/2016.

Si riporta di seguito il dettaglio delle tipologie di eventi avversi/eventi evitati che nell’anno 2019 sono stati oggetto di analisi e di azioni di miglioramento nell’ Azienda ULSS 3 Serenissima.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

| TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI / EVENTI EVITATI | AMBITI DI MIGLIORAMENTO | MONITORAGGIO |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">Caduta</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Riunioni di lavoro per Presidio Ospedaliero con i Coordinatori Sanitari per il richiamo delle Buone Pratiche Assistenziali e per la corretta valutazione dei fattori di rischio caduta dei pazienti e della struttura che li accoglie; • Audit con gli operatori sanitari delle strutture coinvolte dagli eventi cadute per migliorare il coinvolgimento di familiari e caregiver nel processo assistenziale e per una puntuale valutazione del rischio individuale e ambientale di caduta; • Incontri formativi sul tema “Malpractice e prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero; • Dotazione di letti elettrici e dotazione di materassi in gommapiuma per attutire l’effetto di caduta del paziente in condizioni di fragilità; • Distribuzione capillare di pieghevoli informativi a pazienti / familiari/caregiver sulla prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie ed affissione del materiale educativo nelle UU.OO.. | <ul style="list-style-type: none"> • Restituzione del report cadute alle UU.OO. per adozione interventi di prevenzione delle cadute; • Verifica nella documentazione assistenziale degli interventi svolti e delle informazioni fornite; • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni correttive; • Verifica distribuzione brochure a pazienti/familiari/caregiver ed affissione del materiale educativo nelle UU.OO. |
| <p style="text-align: center;">Aggressione a danno di operatore sanitario</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Istituzione di un Gruppo di Lavoro Aziendale per la prevenzione e il contrasto del fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Delibera D.G. n. 1452 del 20/09/2019); • Modifiche organizzative e strutturali: cartellonistica, allarmi, ampliamento sale d’attesa nei Pronto Soccorsi; • Formazione specifica sul tema della violenza con acquisizione di competenze relazionali “tecniche di de-escalation” e progettazione/programmazione di eventi | <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio degli episodi di aggressione per una migliore ed adeguata analisi dei fattori favorenti mediante gestionale dedicato; • Incontri periodici con il personale sanitario di UO/Servizio coinvolto mediante conduzione di specifici audit; • Verifica della formazione degli operatori sanitari. |

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

| | | |
|--|--|--|
| <p>Aggressione a danno di operatore sanitario</p> | <p>formativi su apprendimento di tecniche di autoprotezione;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione dello “Sportello di ascolto psicologico” rivolto agli operatori sanitari coinvolti in episodi di violenza verbale e fisica; • Creazione di uno specifico database aziendale sui casi di aggressione verso gli operatori sanitari. | |
| <p>Procedura Chirurgica Inadeguatezza, Ritardo, Omissione</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo corretto della Checklist di Sala Operatoria estesa, dall’anno 2019, anche alle UU.OO. di Emodinamica Interventistica dei Presidi Ospedalieri Aziendali; • Audit specifici con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive. | <ul style="list-style-type: none"> • Analisi delle Non Conformità relative alla corretta compilazione di Checklist di Sala Operatoria. • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni di miglioramento. |
| <p>Prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione della Procedura Operativa Aziendale per la sicurezza nel processo di gestione del farmaco “PAT_PO 04 Rev. 5 del 08/04/2019 e allegati 01-09; • Adozione della Raccomandazione Ministeriale n. 18/2018 del Ministero della Salute, per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli • Elaborazione di tabelle per l’uso standardizzato di acronimi, sigle, simboli e di abbreviazioni “unità di misura, forme farmaceutiche, vie di somministrazione e di conversione”, da usare per la prescrizione della terapia farmacologica; • Audit con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive; • Formazione sul campo. | <ul style="list-style-type: none"> • Analisi a campione delle Schede Uniche di Terapia “SUT” e della cartella clinica sull’adesione delle Raccomandazioni Ministeriali e delle Procedure Aziendali; • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni correttive. |