

RELAZIONE ANNUALE CONSULTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI / EVENTI EVITATI ANNO 2021 RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Art. 2 Comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24)

INTRODUZIONE

La Regione del Veneto, con la Legge n. 19 del 25 ottobre 2016, ha istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto-Azienda Zero" ed ha individuato i nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss. Dal 1° gennaio 2017, secondo quanto indicato all'art.14, comma 4, lettera f) della suddetta legge, l'Ulss 12 ha modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 3 Serenissima", mantenendo la propria sede legale in Venezia ed ha incorporato le sopresse Ulss n.13 Mirano e Ulss n.14 Chioggia.

L'ULSS 3 Serenissima, ente strumentale della Regione Veneto, provvede ad attuare, nel proprio ambito territoriale, il principio di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Realizza in ambito locale gli indirizzi in materia sanitaria definiti a livello nazionale e regionale, accogliendo le istanze e le esigenze delle comunità che in essa operano al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, assicurando l'equità e l'universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio – sanitari.

TERRITORIO E POPOLAZIONE

L'ULSS 3 Serenissima opera sul territorio della provincia di Venezia, costituito da 23 comuni : Campagna Lupia, Camponogara, 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).

La superficie di intervento è di 1362 Km² con una popolazione complessiva di 618.731 abitanti al 31.12.2020 e una densità di popolazione di 458 abitanti per Km².

L'estrema varietà delle aree del territorio gestito caratterizza profondamente l'ambito di afferenza dell'Azienda. In essa sono infatti presenti aree urbane della terraferma 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 ed 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

L'Azienda ULSS 3 Serenissima è suddivisa in quattro Distretti Socio Sanitari :

Distretto 1 – Venezia Centro Storico, Isole, Estuario

Distretto 2 – Venezia Terraferma – Marcon – Quarto d'Altino

Distretto 3 – Mirano – Dolo

Distretto 4 – Chioggia

L' Azienda, secondo la programmazione regionale (DGR 614/2019), ha una dotazione di 1681 posti letto negli ospedali pubblici e 532 posti letto negli ospedali privati accreditati.

Nel 2020, in risposta all'emergenza COVID, la Regione ha adottato un Piano con la finalità di garantire un ulteriore potenziamento della disponibilità di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva (DGRV 552/2020).

La proiezione del numero dei ricoveri ospedalieri per l'anno 2021 è in totale di 65.615, dei quali 56.435 ricoveri presso Strutture Ospedaliere Pubbliche e 9.180 ricoveri presso Strutture Private Accreditate.

Sono state erogate 1.916.75 prestazioni ambulatoriali per esterni.

L'attività di Pronto Soccorso è assicurata nel territorio da cinque Servizi di Pronto Soccorso situati presso le strutture ospedaliere e da un Punto di Primo Intervento al Lido di Venezia.

Il totale degli accessi di Pronto Soccorso al 31 dicembre 2021 è stato 195.559, distribuiti negli ospedali pubblici in questo modo:

Ospedale di Mestre 75.706

Ospedale di Venezia 25.484

Ospedale di Dolo 30.078

Ospedale di Mirano 36.926

PPI del Lido 4.197

Ospedale di Chioggia 23.168.

Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima il personale in servizio nel 2021 contava 7.396 dipendenti. Fra questi il personale sanitario era così distribuito: 1061 Dirigenti Medici; 115 Dirigenti Sanitari non medici; 4077 Sanitari Comparto, 1563 Tecnici Comparto. Hanno operato nello stesso anno circa 170 medici specialisti convenzionati SAI.

L' Azienda ULSS 3 Serenissima, nell'integrazione di tre 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 ed eventi evitati in un'ottica di trasparenza. Tali informazioni rappresentano uno strumento indispensabile per predisporre strategie e azioni correttive per prevenire ed evitare il ripetersi di simili eventi. La gestione del rischio, partendo dall'analisi delle criticità segnalate, individua le cause generatrici e i fattori contribuenti o concomitanti dell'evento avverso o dell'evento evitato, per procedere poi all'identificazione condivisa di azioni di miglioramento. Il fine è di eliminare o ridurre il rischio specifico realizzando un'opportunità di apprendimento e di esperienza condivisa.

Modalità di gestione del rischio clinico

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 tre diversi Distretti Aziendali;
2. analizza la tipologia di evento, acquisendo, se necessario, ulteriori informazioni e documentazione dalla struttura segnalante, coinvolgendo il Direttore e/o il Coordinatore e le figure professionali eventualmente coinvolte dell' Unità Operativa/Servizio;
3. utilizza 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 :
 - 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. Gli audit sono effettuati alla presenza del Direttore e del Coordinatore della struttura coinvolta, oltre agli 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 riportate nel verbale di audit, trasmesse al Direttore e al Coordinatore della Unità Operativa per la loro implementazione e verifica periodica dell'efficacia degli interventi introdotti. Gli incontri, condotti con il personale del Risk Management aziendale, vengono documentati anche con la raccolta delle firme di presenza dei partecipanti.
 - Valutazione dell'efficacia delle azioni di miglioramento, individuate nei singoli S.E.A., mediante il monitoraggio degli eventi segnalati nel corso dell'anno, utilizzando gli indicatori di efficacia indicati, per ogni tipologia di evento avverso, nella DGR 2255/2016.
 - Effettuazione di Sopralluoghi o di Verifiche Interne, finalizzate a valutare direttamente i fattori di rischio causali o contribuenti, elaborazione di una conseguente 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 di Incident Reporting complessive, applicati a livello trasversale aziendale allo scopo di prevenire l’incidenza degli eventi:

- 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 e diffusione di report alle strutture preposte alla risoluzione della Non Conformità;
- 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 tre Distretti aziendali;
5. Acquisisce le segnalazioni di “incident reporting” provenienti dalle Unità Operative Aziendali, 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 menù segnalazioni, come previsto dalla DGRV 2255/2016.

Nel corso del 2021 è iniziata l’implementazione della segnalazione dell’incident reporting direttamente nel link del portale regionale dedicato alle segnalazioni di eventi avversi, con eliminazione della segnalazione cartacea.

Si riporta, di seguito, il dettaglio delle tipologie di eventi segnalati in Azienda ULSS 3 Serenissima nell’anno 2021.

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI	AMBITI DI INTERVENTO	MONITORAGGIO
Aggressione operatore/paziente	<ul style="list-style-type: none"> Formazione personale sulla prevenzione e gestione dell'aggressione Sportello di ascolto per gli operatori con la Psicologia Ospedaliera e analisi degli eventi segnalati 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica della formazione del personale sanitario Follow up degli operatori che si sono rivolti allo sportello di ascolto
Caduta	<ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento dei pazienti e familiari con brochure informative Revisionata la Procedura Aziendale sulla prevenzione e gestione delle cadute accidentali, alla luce delle nuove Linee di indirizzo regionali inserimento nel link regionale della segnalazione caduta come incident reporting 	<ul style="list-style-type: none"> Verificata diffusione brochure Verifica applicazione nuove modalità di valutazione del rischio caduta accidentale nei pazienti Verifica inserimento nel link regionale
Infezioni	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione della segnalazione delle infezioni nel portale regionale come incident reporting, come da DGR 1402/2019 Formazione del personale sulle infezioni correlate all'assistenza Implementazione rete di collegamento con i referenti di reparto Corretta gestione del catetere vascolare centrale e periferico 	<ul style="list-style-type: none"> Numero segnalazioni come incident reporting Percentuale di operatori formati Presentazione dati monitoraggio in ambito CIO e alle Unità Operative
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del	<ul style="list-style-type: none"> Re training formativo sulla procedura 	<ul style="list-style-type: none"> Diminuzione del numero di tali eventi

sito chirurgico che richiede un successivo intervento chirurgico o ulteriori procedure	aziendale per la corretta applicazione della check list di sala operatoria	nell'anno successivo
Corretta identificazione del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di incontri formativi con gli operatori delle strutture di degenza che hanno segnalato errori di identificazione del paziente • Formazione del personale sulla corretta identificazione del paziente, nel corso della somministrazione di emocomponenti, a seguito della revisione della specifica Raccomandazione Ministeriale n. 5 del 09/01/2020 e del Percorso Trasfusionale Aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi di ogni singola segnalazione con condivisione delle azioni di miglioramento • Diminuzione dei near miss nell'ambito della somministrazione di emocomponenti