



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 2018 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

INTRODUZIONE

La Legge Regionale n.19 del 25 ottobre 2016, che ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, entrata in vigore il 1 gennaio 2017, ha visto nascere l'Azienda ULSS 3 Serenissima che accorpa le tre ex Aziende ULSS 12, ULSS 13 e ULSS 14.

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), con una popolazione complessiva di 625.476 abitanti. L'assistenza ospedaliera alla popolazione è assicurata dagli Ospedali di Mestre, Venezia, Mirano, Dolo, Noale e Chioggia

Tale 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)

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.



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

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)

La sede legale dell'Azienda è in via Don Tosatto n. 147, Mestre.

Al 1 gennaio 2018 il territorio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima contava una popolazione di 625.476 abitanti.

Al 31 dicembre 2018 il numero complessivo del personale in servizio contava 7.327 dipendenti suddivisi in 7.208 a tempo indeterminato e 119 a tempo determinato.

L'Azienda ha attivato 2.319 posti letto distribuiti tra presidi ospedalieri pubblici (1.732) ed ospedali privati accreditati (587).

Al 30 novembre 2018 sono stati registrati 70.494 ricoveri ospedalieri; sono state erogate n.1.997.569 prestazioni ambulatoriali per esterni (ad esclusione di: laboratorio analisi, microbiologia, centro trasfusionale, anatomia patologica).

Nell'anno 2018 ci sono stati n. 255.512 accessi ai pronto soccorso dei presidi ospedalieri aziendali.

L' Azienda ULSS 3 Serenissima, nell'integrazione di tre diversi distretti si caratterizza per una elevata complessità clinico-organizzativa, dotata, a Mestre, di un Ospedale Hub, centro di riferimento provinciale che garantisce maggiore intensità assistenziale, ove viene concentrata la patologia e i casi più complessi. 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 correttive per prevenire il riaccadimento futuro.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio, partendo 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 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 :
 - i. Conduzione di specifici "Audit su Evento Significativo" – S.E.A. - che prevedono sempre la presenza degli Operatori coinvolti nell'evento; la stesura di un verbale di audit, con registrazione delle firme di presenza, la individuazione e la successiva diffusione delle azioni di miglioramento, finalizzate al contenimento del rischio specifico, il supporto e la collaborazione nell' eventuale stesura di Procedure Operative/Istruzioni Operative/Raccomandazioni, applicabili a livello di singola UO, o a valenza trasversale; la verifica della implementazione delle azioni di miglioramento individuate, secondo il ben noto Ciclo di Deming.
 - ii. 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 I.R. 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

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

- 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 tre Distretti aziendali;
 5. Inserisce le segnalazioni cartacee, di I.R. provenienti dalle UU.OO, delle tre 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 descrivono di seguito gli eventi avversi /eventi evitati che nell'anno 2018 sono stati oggetto di analisi e di azioni di miglioramento nell'Azienda Ulss 3 Serenissima nell'anno 2018.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI / EVENTI EVITATI	AMBITI DI MIGLIORAMENTO	MONITORAGGIO
<p>Aggressione operatore / paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di corsi di formazione specifici rivolta agli operatori considerati a maggior rischio, in collaborazione con il Servizio di Psicologia Ospedaliera; • Formazione degli operatori sanitari “La gestione dell’escalation dell’aggressività in area critica e la gestione dello stress post-evento”; • Prodotta la Procedura Operativa dedicata alla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, con allegato decalogo comportamentale da adottare con l’utente aggressivo o violento; • Audit con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della formazione degli operatori sanitari; • Incontri periodici con il personale di UO/ Servizio coinvolto; • Indagine sulla percezione e bisogni degli operatori del DEU Aziendale rispetto al fenomeno “Violenza a danno degli operatori sanitari” attraverso la compilazione di un questionario.
<p>Caduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento dei pazienti/familiari/caregiver nella prevenzione delle cadute con brochure informative; • Realizzazione di sopralluoghi per la valutazione del rischio ambientale per caduta con RSPP aziendale utilizzando apposita checklist regionale; • Formazione degli operatori sanitari nelle UU.OO; • Segnalazione degli eventi da parte del personale dei reparti; • Audit con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica diffusione brochure a pazienti/familiari/caregiver ed affissione del materiale educativo nelle bacheche di reparto; • Restituzione del report annuale cadute alle UU.OO. per adozione interventi di prevenzione delle cadute; • Verbal di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni di miglioramento.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

<p>Prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione della Procedura Operativa Aziendale per la sicurezza nel processo di gestione del farmaco ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali specifiche; • Revisione della procedura sul corretto utilizzo delle soluzioni contenenti Cloruro e Potassio; • 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 e della Cartella Clinica con restituzione dei dati alle UU.OO. sull'adesione ai contenuti delle Raccomandazioni Ministeriali e le relative procedure aziendali; • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni di miglioramento.
<p>Identificazione corretta del paziente/lato/sede e della procedura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Audit specifici con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive; • Formazione degli operatori sanitari; • Utilizzo corretto della Checklist di sala operatoria; 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi a campione della corretta compilazione della checklist di sala operatoria e restituzione dei dati alle UU.OO.; • Verifica della formazione del personale sanitario; • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni di miglioramento.
<p>Malfunzionamento / mal posizionamento dispositivo / apparecchio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione alla Dispositivo Vigilanza del malfunzionamento dei devices malfunzionanti ed adozione tempestiva delle azioni correttive e preventive; • Audit specifici con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica dell'adozione delle azioni correttive e preventive; • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni di miglioramento.
<p>Incompleta / Inadeguata compilazione della documentazione sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione degli operatori sanitari; • Audit documentali per verifica della corretta compilazione della documentazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della formazione del personale sanitario; • Analisi a campione della corretta compilazione della documentazione sanitaria e restituzione dei dati alle UU.OO.

DIREZIONE SANITARIA
RISK MANAGEMENT

<p>Procedura Chirurgica Inadeguatezza, Ritardo, Omissione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prodotta la Procedura Operativa Aziendale per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico; • Prodotta la Procedura Operativa Aziendale per preparare e posizionare in modo corretto il paziente in sala operatoria; • Audit specifici con gli operatori sanitari con individuazione di azioni preventive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi a campione della corretta compilazione di checklist di sala operatoria e restituzione dei dati alle UU.OO; • Analisi a campione delle cartelle cliniche chirurgiche e restituzione dei dati alle UU.OO; • Verbali di audit su singolo evento dove sono indicate le specifiche azioni di miglioramento.
--	---	--