

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

**AZIENDA ULSS 5 POLESANA
DIREZIONE MEDICA**

**Relazione consuntiva eventi avversi anno 2025
Ex art. 2 comma 5 Legge 24/2017**

INDICE

<i>Introduzione</i>	3
<i>Assetto organizzativo regionale e aziendale</i>	3
<i>Il Sistema di Incident Reporting</i>	4
<i>Eventi avversi ed eventi evitati- anno 2025- segnalazioni e azioni di miglioramento.</i>	5
<i>Azioni di miglioramento</i>	5
<i>Attività di formazione</i>	6
<i>Patient Safety Walkaround</i>	6
<i>Strategie aziendali di riferimento per il triennio 2026-2028</i>	7

INTRODUZIONE

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico è una delle priorità del Servizio sanitario Nazionale (SSN) in quanto elemento indispensabile per l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA), secondo criteri di qualità e sicurezza.

Sia a livello ministeriale che regionale, sono in atto costantemente numerose iniziative per promuovere un approccio di tipo sistemico alla sicurezza dei pazienti.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015n. 208 in cui si disponeva che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'applicazione di metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti.

Il Decreto Ministeriale di istituzione *dell'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità* del 29 settembre 2017 considera tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i "quasi eventi" (near miss) che non si sono verificati ma sono stati intercettati/impediti prima del loro manifestarsi.

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettami normativi che è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere sicurezza delle organizzazioni, garantire la trasparenza nei confronti del cittadino e favorire la disponibilità dei dati proprio per evidenziare il pieno impegno per la sicurezza ed il miglioramento continuo delle organizzazioni sanitarie.

ASSETTO ORGANIZZATIVO REGIONALE E AZIENDALE

La strategia disegnata dalla Regione Veneto per la gestione del rischio clinico incentiva modelli organizzativi aziendali di collaborazione ed integrazione tra il gruppo di lavoro che si occupa della gestione del rischio clinico e diversi altri attori aziendali tra cui:

- il **Comitato Aziendale per la Valutazione dei Sinistri (CAVS)**, tra le cui attività rientra l'analisi delle richieste di risarcimento anche nell'ottica del rischio clinico;
- il **Sistema Qualità Aziendale**, che prevede, ex DGRV 2501/04, il rispetto di standard relativi al miglioramento della qualità e sicurezza del paziente ai fini dell'autorizzazione e l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie;
- il **Servizio Tecnico**, che può essere coinvolto per emendare il rischio derivante dall'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali, impiantistico e strutturale (clinical risk assessment);
- il **Servizio Prevenzione e Protezione** per la valutazione della sicurezza degli operatori;

- il **Servizio di Medicina Legale** per l'analisi e la valutazione di eventi sentinella.

Suddetti attori, attraverso la reciproca collaborazione, hanno i seguenti compiti:

- la definizione di misure preventive per la riduzione dei rischi, da sottoporre alla Direzione Generale per l'adozione dei provvedimenti di competenza, e la verifica della loro applicazione;
- l'istituzione del "Piano per la Sicurezza del Paziente";
- la promozione e il monitoraggio degli indirizzi/linee guida per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;
- la diffusione a livello locale degli obiettivi aziendali per la sicurezza del paziente e la supervisione della loro attuazione;
- la formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali;
- l'attuazione, per eventi avversi di particolare gravità, gli Audit di Evento Significativo;
- la promozione della cultura della sicurezza in Azienda.

In accordo alla normativa regionale DRGV 1831/2008, l'Azienda ULSS 5 Polesana ha adottato un proprio modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, comprendente un insieme di attività volte ad individuare, analizzare ed eliminare i rischi sanitari attuali e potenziali allo scopo di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni clinico-assistenziali.

Per ogni UU.OO. ospedaliera, inoltre, sono stati individuati i "**referenti del rischio clinico e infettivo**" (almeno uno della dirigenza e almeno uno del comparto) che rappresentano i "link professional" tra i professionisti delle strutture e i referenti aziendali della funzione di Risk Management.

Il loro ruolo è quello di promuovere la consapevolezza e l'applicazione delle procedure e dei protocolli per implementare la cultura della Sicurezza delle Cure nelle rispettive UU.OO.CC.

IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING

La segnalazione degli eventi avversi/eventi sentinella/eventi evitati nell'Azienda ULSS 5 Polesana è un sistema di segnalazione volontaria volta al miglioramento dell'assistenza e della sicurezza dell'assistito.

Si definiscono:

- "eventi avversi" gli eventi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente e per i quali è indicato un intervento in termini organizzativi e/o gestionali;
- "eventi sentinella", ossia eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario;
- "eventi evitati" corrispondono invece agli errori o incidenti - correlati al processo assistenziale - che non si verificano per caso fortuito o perché intercettati o perché non hanno conseguenze avverse per il paziente.

Risulta fondamentale divulgare a tutti gli operatori dell'Azienda che l'obiettivo non è ricercare il colpevole (blame culture), ma la diffusione di una cultura della prevenzione che si basa sulla

segnalazione spontanea, tramite accurati sistemi di reporting, errori e near miss, anche in forma anonima (just culture).

Ogni segnalazione viene presa in carico dalla Direzione Medica e successivamente analizzata, anche attraverso un apposito incontro con i professionisti sanitari (Audit), nel quale si individuano anche le azioni di miglioramento da implementare e monitorare nel tempo.

EVENTI AVVERSI ED EVENTI EVITATI - ANNO 2025: SEGNALAZIONI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO.

Come previsto dalla DGR n. 2255 del 20 dicembre 2016, l'Azienda ULSS 5 Polesana ha attivato il sistema di segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati.

Analisi dei rischi insiti nei processi clinico-assistenziali aziendali.

Nella tabella sotto riportata sono indicati gli eventi segnalati nell'anno 2025 ex art. 2, comma 5 della legge 24/2017 con la suddivisione in near miss/evento avverso ed eventi sentinella.

Nell'anno 2025 sono state effettuate 663 segnalazioni di incident reporting attraverso il Portale Regionale.

L'evento maggiormente segnalazione è la caduta di paziente/utente (340 segnalazioni).

Gli eventi sentinella segnalati sono stati pari a 11.

TIPO DI EVENTO	% TOTALE EVENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	(%)	FONTE INFORMATIVA	(%)
NEAR MISS/ EVENTO AVVERSO	98%	PROCEDURALI	60 %	INCIDENT REPORTING	95 %
EVENTO SENTINELLA	2%	ORGANIZZATIVI	20 %	DISPOSITIVO VIGILANZA	1 %
		FORMAZIONE	15%	EMOVIGILANZA	4 %
		TECNOLOGICI	5 %		
TOTALE	100%		100%		100 %

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Modalità di intervento

- Stesura o aggiornamento dei protocolli, delle procedure e delle istruzioni operative;
- Implementazione dei citati documenti e verifica della loro attuazione;
- Specifica formazione sulla sicurezza dei pazienti dedicata ai professionisti neo inseriti o in fase di tutoraggio pre-laurea o specialistico;
- Formazione e addestramento del personale già assunto;

- Stesura e adozione di nuove check-list o aggiornamento di quelle già in uso (ad esempio nel caso delle infezioni correlate all'assistenza o lavaggio delle mani);
- Audit clinici e revisione dei casi "sentinella" e ideazione di azioni di miglioramento per ciascun caso;
- Verifica delle modalità di gestione della documentazione clinica dei pazienti, con attenzione alla importanza della corretta e completa compilazione;
- Verifica della correttezza nella gestione della terapia farmacologica (prescrizione, preparazione, somministrazione, registrazione);
- Verifica della correttezza degli isolamenti (da contatto, per droplet, per via aerea) nelle UU.OO. di degenza dei tre presidi.

Monitoraggio

- Verifica dell'applicazione delle azioni di miglioramento discusse in corso di audit;
- Verifica dell'avvenuta formazione del personale per gli eventi realizzati nel 2025 e del superamento del test di apprendimento;
- Valutazione delle implementazioni delle procedure con modalità a campione durante i giri per la sicurezza o i controlli NAC;
- Stretta sorveglianza relativa all'ambito delle infezioni correlate all'assistenza e interventi conseguenti come da procedura.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Per l'anno 2025 sono state organizzate le seguenti proposte formative rivolte al personale della dirigenza e del comparto:

- Formazione specifica per neoassunti 2025 D.Lgs. 81/08 sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- Formazione specifica per tutti gli operatori sanitari: *"aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione"*
- PNRR M6 C2 SUB INVESTIMENTO 2.2 (B) 'CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE'
- **PATIENT SAFETY WALKAROUND**

I Giri per la Sicurezza (Safety Walkaround) sono una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste strutturate agli operatori sanitari di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità.

Le interviste sono finalizzate ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti e le misure che potrebbero essere utilmente introdotte per prevenirne l'accadimento e garantire la sicurezza del paziente.

Nel corso dei Giri per la Sicurezza dell'anno 2025 sono stati oggetto di interesse la gestione della terapia farmacologica secondo le Raccomandazioni Ministeriali n.1,7,12,17,19 e la corretta prevenzione delle cadute e la salvaguardia dei pazienti secondo la Raccomandazione Ministeriale n. 13.

STRATEGIE AZIENDALI DI RIFERIMENTO PER IL TRIENNIO 2026-2028

Tra le attività pianificate per il triennio 2026-2028 l'obiettivo principale è di dare sistematicità ed efficacia al concetto operativo della sicurezza intesa come "governo dei rischi e cioè sistema di valori, risorse, informazioni, procedure, comportamenti codificati che impegna tutti i soggetti presenti a prevenire e a limitare gli effetti dannosi dei pericoli comunque presenti".

Più specificatamente risulta indispensabile:

- aumentare la sicurezza dei processi di diagnosi e cura, la soddisfazione e la fiducia del paziente;
- aumentare la sicurezza dei processi di erogazione e sostenere l'attività professionale degli operatori;
- migliorare l'efficacia della comunicazione interna, per imparare dall'errore, ed esterna aumentare la trasparenza delle attività di prevenzione, diagnosi e cura dell'Azienda ULSS 5 Polesana;
- ridurre le situazioni di contenzioso tra l'utente/cliente e l'Azienda ULSS 5 Polesana.

Il Risk Manager
Dott.ssa Valentina Lazzarin

