

- ◆ Ospedale” Magalini” di Villafranca;
- e nelle Strutture riabilitative integrative della rete ospedaliera:
- ◆ Struttura di Bussolengo;
- ◆ Struttura di Marzana;
- ◆ Struttura di Bovolone;
- ◆ Struttura di Malcesine.

Oltre l’assistenza ospedaliera, l’Azienda ULSS 9 Scaligera dispone sul territorio dei seguenti servizi erogati in proprio:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Poliambulatori ospedalieri		Polo San Bonifacio	Legnago Bovolone	Bussolengo Villafranca Malcesine
Poliambulatori territoriali	Marzana Verona: Via Campania, Via del Capitel, Via Poloni	Montecchia di Crosara, S. Giovanni Lupatoto, Tregnago, Verona Via Valeggio, Cologna Veneta	Zevio Nogara Cerea	Caprino Veronese, Bardolino, Domegliara, Bussolengo, Sommacampagna, Valeggio
Ospedali di Comunità		Tregnago San Bonifacio	Bovolone	Valeggio
Hospice	Marzana	Cologna Veneta		
R.E.M.S.			Nogara	

MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Con la Delibera del Direttore Generale n. 512 del 15 luglio 2021 “Modifica e semplificazione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nell’Azienda U.L.S.S. 9 Scaligera e approvazione del Piano per la Sicurezza del Paziente dell’Azienda ULSS 9 Scaligera 2021-2022 ai sensi della D.G.R.V. n. 1831 dell’11 luglio 2008”, l’Azienda ULSS 9 Scaligera, rimodula l’assetto organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente. Il nuovo modello organizzativo prevede due livelli: il Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente (CEAS) e i referenti del Rischio Clinico, Medici e delle Professioni Sanitarie, delle UU.OO.CC. e dei Servizi, sia ospedaliera, sia territoriali.

Il Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente, con funzioni di indirizzo e supervisione, è composto dal Direttore Sanitario (Coordinatore); il Risk Manager e i referenti del Rischio Clinico, medici e delle professioni sanitarie, dei quattro Distretti dell’Azienda ULSS 9 Scaligera; il Responsabile dell’U.O.S. Osservatorio Epidemiologico Aziendale; i Direttori della Funzione Ospedaliera, Funzione Territoriale e del Dipartimento Prevenzione; i Direttori e Coordinatori dei Dipartimenti Strutturali aziendali e i Direttori delle UU.OO./Servizi trasversali aziendali a maggior impatto sulla sicurezza del paziente (Direzione Professioni Sanitarie, Servizio Tecnico, URP, Psicologia Ospedaliera, Servizio Prevenzione e Protezione, Integrazione Percorsi Ospedalieri, C.E.R.R.I.S. e il Referente Aziendale L. 22/2002 e s.m.i.). Le sue funzioni devono comprendere, ma non limitarsi a:

- ◆ Definire le misure preventive per la riduzione dei rischi, da sottoporre alla Direzione Generale per l’adozione dei provvedimenti di competenza, garantire la loro applicazione a livello locale e verificarne l’attuazione;
- ◆ Contribuire alla definizione del “Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente”;
- ◆ Proporre il “Piano per la formazione specifica”, sulla base delle proposte avanzate dai Referenti del Rischio Clinico delle UU.OO. e dei Servizi aziendali;
- ◆ Promuovere e monitorare l’attuazione degli indirizzi/linee guida per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;
- ◆ Favorire la diffusione a livello locale degli obiettivi aziendali per la sicurezza del paziente e supervisionare la loro attuazione;

- ◆ Provvedere alla formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali e, qualora le suddette proposte vengano accolte, provvedere all'organizzazione e alla supervisione della loro implementazione;
- ◆ Curare la comunicazione in ambito di sicurezza del paziente, anche mediante la diffusione di linee-guida o di altra documentazione;
- ◆ Attivare, per eventi avversi di particolare gravità, gli Audit di Evento Significativo;
- ◆ Promuovere la cultura della sicurezza in Azienda.

I referenti del Rischio Clinico, Medici e delle Professioni Sanitarie, delle UU.OO.CC. e dei Servizi, sia ospedaliere, sia territoriali, appositamente formati in ambito di rischio clinico e sicurezza del paziente, saranno i *"link professional"* che fungono da raccordo 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 dei diversi programmi promossi dal Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente e di contribuire:

- ◆ Alla definizione del "Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente 2023",
- ◆ Alla formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali;
- ◆ Alla definizione del "Piano per la formazione specifica 2023" in tema di rischio clinico e sicurezza del paziente;
- ◆ Alla promozione della cultura della sicurezza in Azienda.

IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING

La segnalazione degli eventi avversi/eventi evitati/quasi eventi nell'Azienda ULSS 9 Scaligera è un sistema di segnalazione volontaria volta al miglioramento dell'assistenza e della sicurezza dell'assistito. Ogni segnalazione viene presa in carico dal Risk Management e dai suoi collaboratori, analizzata anche attraverso un apposito incontro con i professionisti sanitari, nel quale si individuano anche le azioni di miglioramento da implementare e monitorare nel tempo.

ANALISI DEI RISCHI INSITI NEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI AZIENDALI

Eventi segnalati nell'anno 2022, ex art. 2, c. 5 della L. 24/2017

TIPO EVENTO	% SUL TOTALE EVENTI	FATTORI CAUSALI O CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE INFORMATIVA
Eventi Avversi/ Eventi Evitati/ Eventi senza danno	98,01%	<ul style="list-style-type: none"> ● Organizzativi 92,63% ● Comunicativi 21,47% 	<ul style="list-style-type: none"> ● Procedurali 58,00% ● Comunicative 24,93% 	<ul style="list-style-type: none"> ● Incident Reporting 97,70%
Eventi Sentinella (considerati dal Ministero di particolare gravità)	0,77%	<ul style="list-style-type: none"> ● Procedurali 6,27% ● Tecnologici 1,88% 	<ul style="list-style-type: none"> ● Organizzative 10,01% ● Tecnologiche 4,83% ● Strutturali 2,23% 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sinistri 1,22% ● Dispositivo vigilanza 1,07%
Sinistri	1,23%			

Anche quest'anno il lavoro è stato svolto in modo proattivo, volto all'identificazione dei rischi, attraverso l'analisi dei processi (l'analisi del processo TC cardiaca con metodologia FMEA e conseguente realizzazione di istruzione operativa) e i giri per la sicurezza.

In seguito all'analisi delle segnalazioni pervenute, sono state introdotte diverse **azioni di miglioramento**, raggruppabili in macroaree:

- **stesura/revisione dei protocolli, delle procedure e delle istruzioni operative esistenti e loro uniformazione a livello aziendale e incremento della loro diffusione:**
 - comunicazione: consenso informato, comunicazione di evento avverso e di orario di visita e modalità di accesso al reparto;
 - gestione del paziente: prevenzione cadute accidentali, gestione contenzione meccanica, rischio suicidario, beni personali dei pazienti e percorso specifico per pazienti pediatrici con disturbi psichiatrici;
 - gestione delle emergenze;
 - gestione dei farmaci: consegne medico-infermieristiche codificate, doppio controllo nella preparazione e consegna di farmaci antiblastici e nello stoccaggio delle confezioni di complesso protrombinico, consegna di farmaci emoderivati al Centro Trasfusionale, somministrazione dei farmaci FALA/LASA, report di seduta vaccinale giornalieri, gestione stoccaggio farmaci ad alto costo in reparto;
 - altre procedure/istruzioni operative/protocolli: controllo del dolore in travaglio, doppio controllo infermieristico in procedure a rischio, gestione dei campioni biologici, modulo per il monitoraggio anestesiológico;
- **formazione/addestramento** (formazione di base sul rischio clinico e sulla prevenzione e il controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali; formazione in simulazione per l'area pediatrica; formazione inerente all'utilizzo del dispositivo per il monitoraggio del benessere fetale in travaglio; formazione rivolta al personale infermieristico sulla gestione e somministrazione dei farmaci emoderivati e anticorpi monoclonali);
- **modifiche organizzative** (tra gli interventi maggiori: revisione di modelli organizzativi infermieristici per la somministrazione dei farmaci; lettere di trasferimento tra reparti per il passaggio consegne; protocollo di accoglimento di paziente da area psichiatrica a area medica; consegne scritte da allegare al Protocollo Terapeutico; gestione della somministrazione endovenosa di farmaci chemioterapici; gestione attrezzature per pazienti in isolamento);
- **modifiche strutturali** (tra gli interventi maggiori: porte in vetro antisfondamento; videocitofono con monitor in diverse postazioni interne alla struttura; stanze di degenza per contenimento dell'aggressione);
- **azioni di miglioramento tecnologico** (tra gli interventi maggiori: postazione per la predisposizione e stampa delle etichette in setting non ospedaliero; acquisto e installazione di un dispositivo accendisigari a muro per un suo utilizzo in sicurezza in una comunità alloggio estensiva; acquisto di varie attrezzature neonatali come ventilatori e DAE);
- **azioni specifiche per l'adeguamento a epidemie contingenti** (tra gli interventi maggiori: procedure/protocolli e istruzioni operative, percorsi, contributo alla successiva graduale ripresa dell'attività ordinaria);

Le **azioni di miglioramento** implementate sono state monitorate attraverso i seguenti indicatori di efficacia:

- di processo (53,50%)
- di esito (46,50%)

Altre azioni di miglioramento

Nel 2022 lo staff del Risk Management con referenti del Servizio Protezione e Prevenzione hanno effettuato 26 **giri per la sicurezza**, in 86 Unità Operative e Servizi ospedalieri e 3 servizi territoriali. Durante questi giri per la sicurezza, è stata valutata l'applicazione delle procedure per la prevenzione e il controllo

delle infezioni correlate a pratiche assistenziali e per la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo di una checklist costruita ad hoc.

I Referenti Medici e delle Professioni Sanitarie del Rischio Clinico hanno partecipato attivamente al **Comitato Aziendale Valutazione Sinistri** e a tutta la parte di analisi delle richieste di risarcimento, all'individuazione delle azioni correttive e degli indicatori.

Sono stati parte attiva del Gruppo Multidisciplinare Territoriale e delle Commissioni Ospedaliere per il **Controllo delle Infezioni Correlate a Pratiche Assistenziali**, partecipando anche a tutti i progetti di stewardship antibiotica e alla predisposizione di linee guida e istruzioni operative/procedure di prevenzione e controllo delle infezioni.

Effetto delle azioni di miglioramento a lungo termine.

Le segnalazioni tra anno 2021 e 2022 hanno avuto un incremento del 66,40% attribuibile alla ripresa della sensibilizzazione del personale all'uso dello strumento dell'Incident Reporting attraverso l'attivazione specifici corsi di formazione in presenza, precedentemente sospesi dall'emergenza pandemica. Questo rende difficile un confronto numerico dei dati riportati in questa relazione confrontati con quelli dell'anno precedente; malgrado ciò, notiamo come le azioni di miglioramento intraprese:

- abbiano portato all'azzeramento di alcune tipologie di eventi sentinella (-100%) registrati nell'anno precedente (messa in atto della procedura per la prevenzione del rischio suicidario nelle strutture sanitarie)
- abbiano, inoltre, determinato una riduzione importante di alcune tipologie eventi avversi/eventi evitati mantenuti sotto monitoraggio nel tempo (l'introduzione del braccialetto per monitorare eventuali spostamenti dei pazienti)