

LA SEGNALAZIONE E L'ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI EVENTI EVITATI “DALL'INFORMAZIONE ALL'AZIONE”

Margarete Tockner

Laura Grasselli

Servizio Gestione Rischio Clinico

***Legge 8 Marzo 2017 nr 24 Disposizioni in materia di
sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in
materia di responsabilità professionale degli esercenti le
professioni sanitarie***

Recepisce la Raccomandazione del Consiglio d'Europa 2009 per:

- ***Sostenere l'istituzione o il rafforzamento di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli***
- ***Incoraggiare il personale sanitario a segnalare attivamente gli eventi sfavorevoli in un ambiente aperto, equo e non punitivo***



Ovvero:
« dalla paura di
vedere» alla
«voglia di capire»

« I fatti non
cessano di
esistere quando
vengono
ignorati»

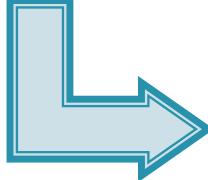
*La rovina non sta nell'errore che commetti,
ma nella scusa con cui cerchi di nasconderlo.*

(Massimo Gramellini)



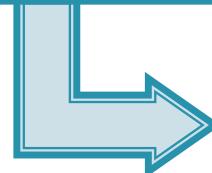
PERCHE' SEGNALARE

- presentazione filmato, discussione

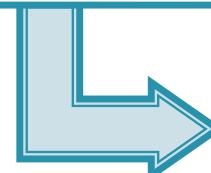


COSA SEGNALARE

- presentazione dei sistemi di segnalazione e delle procedure della USL UMBRIA 2

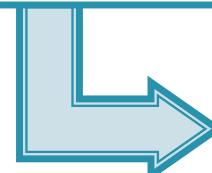


COME SEGNALARE



COSA FARE DOPO LA SEGNALAZIONE

- esercitazione guidata , metodi di analisi degli eventi



LA COMUNICAZIONE

degli eventi avversi ai
pazienti o familiari

Linee guida per la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti
al verificarsi di un evento avverso, per una comunicazione aperta e
trasparente, Ministero della Salute, aprile 2011



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

brainstorming



- ▶ Un evento simile può accadere nei nostri servizi ?
- ▶ Un evento simile è accaduto nei nostri servizi ?
- ▶ Come è stato affrontato?
- ▶ Quale insegnamento possiamo trarre dalla presentazione del filmato?



PERCHE' SEGNALARE



Per comprendere ed agire nell'ottica del miglioramento

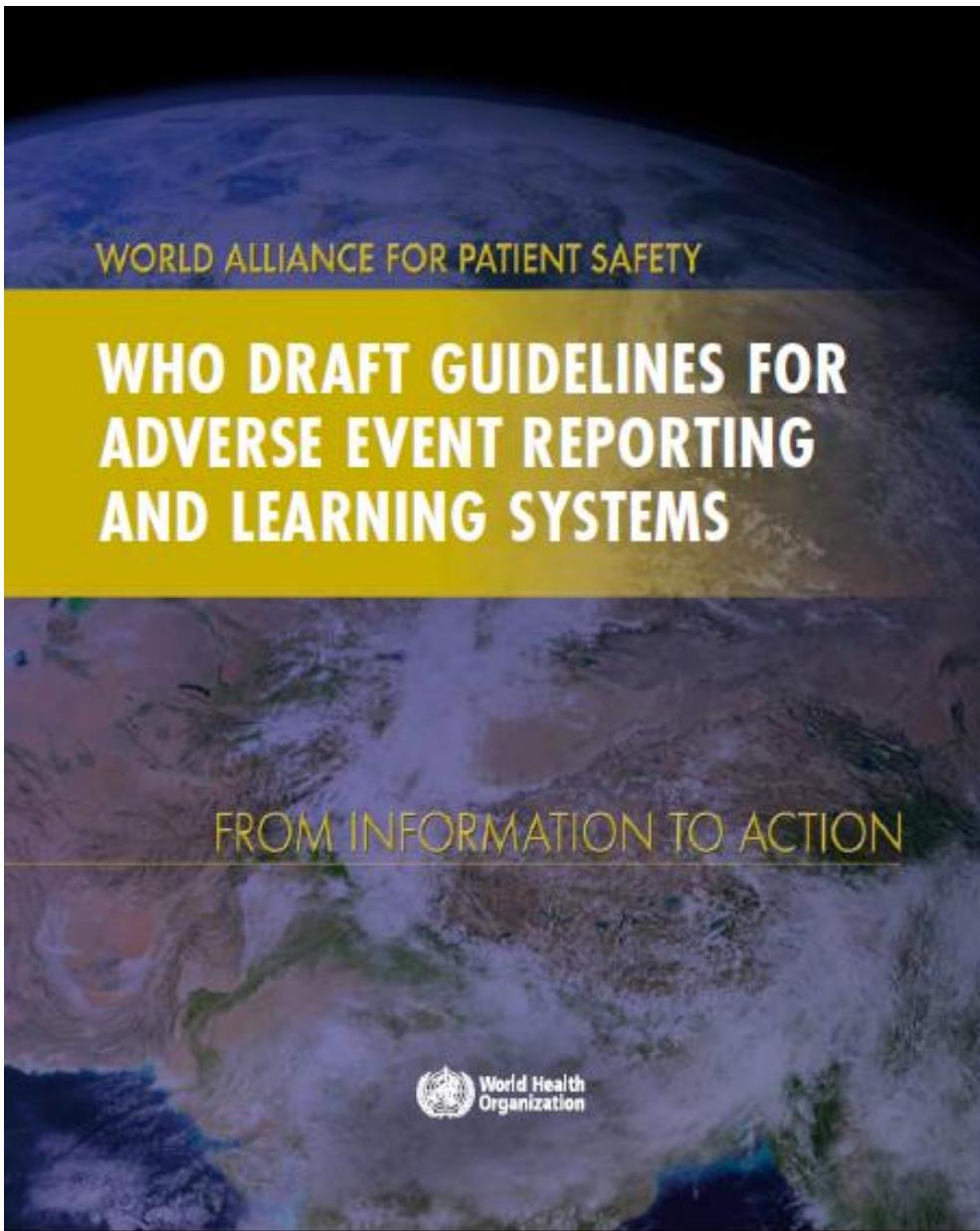
Utilizzare le informazioni emerse durante l'analisi per imparare dall'esperienza e dagli errori per individuare ed attuare concrete e tempestive azioni per il miglioramento e minimizzare il rischio di riaccadimento dell'evento o di un evento simile

PERCHE' SEGNALARE



- ▶ Creare negli operatori **maggior consapevolezza** rispetto ai rischi e fattori critici insiti nei diversi processi assistenziali e dell' **impatto sulla sicurezza dei pazienti**
- ▶ Avere **informazioni** sui pericoli presenti realmente ed attualmente nei nostri servizi

la **SEGNALAZIONE** riferita alla sicurezza del paziente è
idealmente la **COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI
RILEVANTI PER LA SICUREZZA**
HA COME OBIETTIVO PRINCIPALE L'APPRENDIMENTO



«E' importante considerare che il Reporting in se stesso non migliora la sicurezza, è la risposta alle segnalazioni che può determinare il cambiamento»

Eventi Sentinella

Eventi avversi

Eventi senza danni

Near Miss

PIRAMIDE DEGLI EVENTI INDESIDERATI

Gli eventi avversi e gli eventi sentinella rappresentano solo la punta dell'iceberg degli eventi indesiderati che avvengono in una struttura sanitaria



COSA SEGNALARE

EVENTO AVVERSO

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un **danno** al paziente, **non intenzionale e/o indesiderabile**.

Gli eventi avversi possono essere **prevenibili o non prevenibili**.

Un evento attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”

COSA SEGNALARE

INCIDENTE – EVENTO

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente

EVENTO EVITATO- QUASI EVENTO - NEAR MISS

Errore che ha potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato

COSA SEGNALARE

EVENTO SENTINELLA

Evento avverso di particolare gravità potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la sua gravità è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuno:

1. un'indagine immediata per accettare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
2. l'implementazione delle adeguate misure correttive

LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA (PROTOCOLLO PER IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA, MINISTERO DELLA SALUTE, LUGLIO 2009)

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

GRAVE DANNO

esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale

- ▶ Morte
- ▶ Disabilità permanente
- ▶ Coma
- ▶ Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- ▶ Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- ▶ Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- ▶ Reintervento chirurgico
- ▶ Rianimazione cardiorespiratoria
- ▶ Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura
- ▶ Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 (indipendentemente dal livello di gravità del danno)
- ▶ Altro. Se “Altro” Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture).

Esito (Classe di danno) dell'evento

(adattato alla classificazione ICPS)

Esito (Classe di danno) dell'evento (ICPS)	Livello di gravità	INCIDENTE/EVENTO
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: farmaco ad alto rischio non conservato nel luogo/modo previsto)	Livello 1	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (non ha raggiunto il paziente) (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato, farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
NESSUN ESITO – Nessun danno fisico occorso (es: profilassi antibiotica inadeguata, antidolorifico a dosaggio doppio, Rx all'arto sbagliato, errato test di laboratorio)	Livello 3	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
EVENTO SENZA DANNO/NO HARM EVENT		
EVENTO CON ESITO MINORE danni minori o danni emotivi che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico (es. ferita superficiale, allontanamento del paziente dalla struttura/reparto, contenzione non giustificata/non prescritta)	Livello 4	
EVENTO CON ESITO MODERATO/ DANNO MINORE TEMPORANEO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori(es: insulina non somministrata che richiede incremento nel controllo glicemico e/o cambio nel dosaggio per la somministrazione successiva, ulteriori i esami di laboratorio per errore nel dosaggio dell'eparina), trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5	
EVENTO CON ESITO MEDIO/ DANNO MAGGIORE TEMPORANEO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche maggiori (es: TC RM), necessità di trattamenti maggiori (es. cortisonici, ammine vasoattive, antagonisti) cancellazione o posticipazione del trattamento, trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6	
EVENTO CON ESITO SIGNIFICATIVO/ DANNO MAGGIORE PERMANENTE – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione, trasferimento in terapia intensiva non pianificato, reintervento chirurgico	Livello7	EVENTO SENTINELLA
EVENTO CON ESITO SEVERO/ESTREMO – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8	

COME SEGNALARE

I SISTEMI DI SEGNALAZIONE REPORTING

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA

(Protocollo Ministero della Salute,
luglio 2009)

INCIDENT REPORTING

SISTEMI OBBLIGATORI

SISTEMI VOLONTARI

I SISTEMI DI SEGNALAZIONE REPORTING della USL Umbria 2

	GESTIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA		PG GRC eventi_sentinella																						
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO		Rev.00 Del 13/02/2014																						
INDICE <table> <tr><td>1. SCOPO.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>3. TERMINI E ABBREVIAZIONI.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>4. RESPONSABILITA'.....</td><td>5</td></tr> <tr><td>5. MODALITA' ESECUTIVE</td><td>6</td></tr> <tr><td>6. DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>7. RIFERIMENTI NORMATIVI / SCIENTIFICI.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>8. ARCHIVIAZIONE.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>9. INDICATORI E CONTROLLI.....</td><td>8</td></tr> <tr><td>10. DEBITI INFORMATIVI.....</td><td>8</td></tr> <tr><td>11. ALLEGATI.....</td><td>8</td></tr> </table>				1. SCOPO.....	2	2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2	3. TERMINI E ABBREVIAZIONI.....	2	4. RESPONSABILITA'.....	5	5. MODALITA' ESECUTIVE	6	6. DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO.....	7	7. RIFERIMENTI NORMATIVI / SCIENTIFICI.....	7	8. ARCHIVIAZIONE.....	7	9. INDICATORI E CONTROLLI.....	8	10. DEBITI INFORMATIVI.....	8	11. ALLEGATI.....	8
1. SCOPO.....	2																								
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2																								
3. TERMINI E ABBREVIAZIONI.....	2																								
4. RESPONSABILITA'.....	5																								
5. MODALITA' ESECUTIVE	6																								
6. DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO.....	7																								
7. RIFERIMENTI NORMATIVI / SCIENTIFICI.....	7																								
8. ARCHIVIAZIONE.....	7																								
9. INDICATORI E CONTROLLI.....	8																								
10. DEBITI INFORMATIVI.....	8																								
11. ALLEGATI.....	8																								
GRUPPO DI REDAZIONE E VALIDAZIONE TECNICA <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME</th> <th>FUNZIONE</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Margarete Tockner</td><td>Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico</td><td></td></tr> <tr><td>Laura Grasselli</td><td>Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico</td><td></td></tr> <tr><td>Francesca Gori</td><td>Resp. Servizio Qualità e Accreditamento</td><td></td></tr> <tr><td>Anna Mencarelli</td><td>Resp. Servizio Medicina Legale Foligno</td><td></td></tr> <tr><td>Fabio Motta</td><td>Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale</td><td></td></tr> </tbody> </table>				NOME	FUNZIONE	FIRMA	Margarete Tockner	Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico		Laura Grasselli	Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico		Francesca Gori	Resp. Servizio Qualità e Accreditamento		Anna Mencarelli	Resp. Servizio Medicina Legale Foligno		Fabio Motta	Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale					
NOME	FUNZIONE	FIRMA																							
Margarete Tockner	Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico																								
Laura Grasselli	Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico																								
Francesca Gori	Resp. Servizio Qualità e Accreditamento																								
Anna Mencarelli	Resp. Servizio Medicina Legale Foligno																								
Fabio Motta	Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale																								
VERIFICATO R.A.O Dr.ssa FRANCESCA GORI	APPROVATO RESP. GEST. RISCHIO CLINICO Dr.ssa MARGARETE TOCKER	APPROVATO DIRETTORE SANITARIO Dr. IMOLO FIASCHINI																							
STATO DI AGGIORNAMENTO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Pag. e/o §</th> <th>Natura della modifica</th> <th>Data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Nº	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data																		
Nº	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data																						

	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E INCIDENT REPORTING		PG GRC_EA Incident reporting																					
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO		Rev.00 Del 15/09/2014																					
INDICE <table> <tr><td>1. SCOPO</td><td>2</td></tr> <tr><td>2. CAMPO DI APPLICAZIONE</td><td>2</td></tr> <tr><td>3. TERMINI E ABBREVIAZIONI</td><td>3</td></tr> <tr><td>4. RESPONSABILITA'</td><td>5</td></tr> <tr><td>5. MODALITA' ESECUTIVE</td><td>6</td></tr> <tr><td>7. RIFERIMENTI SCIENTIFICI</td><td>7</td></tr> <tr><td>9. INDICATORI E CONTROLLI</td><td>8</td></tr> <tr><td>10. DEBITI INFORMATIVI</td><td>8</td></tr> <tr><td>11. ALLEGATI</td><td>8</td></tr> </table>				1. SCOPO	2	2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2	3. TERMINI E ABBREVIAZIONI	3	4. RESPONSABILITA'	5	5. MODALITA' ESECUTIVE	6	7. RIFERIMENTI SCIENTIFICI	7	9. INDICATORI E CONTROLLI	8	10. DEBITI INFORMATIVI	8	11. ALLEGATI	8			
1. SCOPO	2																							
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2																							
3. TERMINI E ABBREVIAZIONI	3																							
4. RESPONSABILITA'	5																							
5. MODALITA' ESECUTIVE	6																							
7. RIFERIMENTI SCIENTIFICI	7																							
9. INDICATORI E CONTROLLI	8																							
10. DEBITI INFORMATIVI	8																							
11. ALLEGATI	8																							
GRUPPO DI REDAZIONE E VALIDAZIONE TECNICA <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME</th> <th>FUNZIONE</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Margarete Tockner</td><td>Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico</td><td></td></tr> <tr><td>Laura Grasselli</td><td>Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico</td><td></td></tr> <tr><td>Francesca Gori</td><td>Resp. Servizio Qualità e Accreditamento</td><td></td></tr> <tr><td>Anna Mencarelli</td><td>Resp. Servizio Medicina Legale Foligno</td><td></td></tr> <tr><td>Fabio Motta</td><td>Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale</td><td></td></tr> <tr><td>Serena Agrestini</td><td>Resp. SITRO</td><td></td></tr> </tbody> </table>				NOME	FUNZIONE	FIRMA	Margarete Tockner	Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico		Laura Grasselli	Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico		Francesca Gori	Resp. Servizio Qualità e Accreditamento		Anna Mencarelli	Resp. Servizio Medicina Legale Foligno		Fabio Motta	Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale		Serena Agrestini	Resp. SITRO	
NOME	FUNZIONE	FIRMA																						
Margarete Tockner	Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico																							
Laura Grasselli	Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico																							
Francesca Gori	Resp. Servizio Qualità e Accreditamento																							
Anna Mencarelli	Resp. Servizio Medicina Legale Foligno																							
Fabio Motta	Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale																							
Serena Agrestini	Resp. SITRO																							
VERIFICATO R.A.O Dr.ssa FRANCESCA GORI	APPROVATO RESP. GEST. RISCHIO CLINICO Dr.ssa MARGARETE TOCKER	APPROVATO DIRETTORE SANITARIO Dr. IMOLO FIASCHINI																						
STATO DI AGGIORNAMENTO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Pag. e/o §</th> <th>Natura della modifica</th> <th>Data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Nº	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data																	
Nº	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data																					

SISTEMI OBBLIGATORI

SISTEMI VOLONTARI

SISTEMI DI SEGNALAZIONE OBBLIGATORIA: EVENTI SENTINELLA



USL Umbria 2

**GESTIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI
SENTINELLA**

**DIREZIONE GENERALE
GESTIONE RISCHIO CLINICO**

PG GRC
eventi_sentinella

Rev.00

Del 13/02/2014

1. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica agli eventi sentinella che avvengono all'interno delle strutture e servizi dell' USL Umbria 2.

EVENTO CON ESITO SIGNIFICATIVO/ DANNO MAGGIORE PERMANENTE – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione, trasferimento in terapia intensiva non pianificato, reintervento chirurgico

Livello 7

**EVENTO
SENTINELLA**

EVENTO CON ESITO SEVERO/ESTREMO – disabilità permanente/contributo al decesso

Livello 8

•MODALITA' ESECUTIVE
•FASE: SEGNALAZIONE INTERNA E ATTIVAZIONE DELL'ANALISI

CHI	QUANDO	COSA	COME
Responsabile U.O. o suo delegato	entro 12 ore dall'evento	Comunica l'evento al Direzione Presidio/Distretto e al DS	Via email e per via telefonica
Responsabile U.O. o suo delegato	entro 12 ore dall'evento	Comunica l'evento - al pz se e quando è clinicamente stabile ed in grado di accogliere quanto gli viene detto - ai familiari o al rappresentante legale del pz	Colloquio (da annotare in CC) in ambiente riservato, stabilendo un rapporto empatico in un clima di onestà, trasparenza, partecipazione e solidarietà,
Responsabile U.O. o suo delegato	entro 24 ore dall'evento	Segnala l'evento al Resp. GRC	Compila e trasmette la SCHEMA DI SEGNALAZIONE (MOD 01 PG GRC eventi_sentinella) via email: rischio.clinico@uslumbria2.it o a mezzo fax 0744/612579
Il Direttore dell' U.O. e/o la Direzione Presidio/Distretto	Nel più breve tempo possibile	Predisponde primi interventi preventivi o correttivi se ritenuti necessari e urgenti	Comunicazione/disposizione interna formale
Resp. GRC	Entro 72 ore dalla segnalazione	Acquisisce tutti i dati relativi all'evento	Consulta CC, tabulati turnazioni, Procedure, Protocolli, LG, IO, ecc.
Resp. GRC	Entro 72 ore dalla segnalazione	Stabilisce se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito Evento Sentinella	Analisi della documentazione e delle informazioni (Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero della Salute, Luglio 2009)

- MODALITA' ESECUTIVE
- FASE: SEGNALAZIONE INTERNA E ATTIVAZIONE DELL'ANALISI

SE SODDISFA I CRITERI DI EVENTO SENTINELLA

Resp. GRC	Entro 7 gg dalla segnalazione	Trasmette dati al SIMES	Compilazione ed invio scheda A
Resp. GRC	Entro 7 giorni dalla segnalazione	Richiede la data per la programmazione di un primo incontro con i soggetti coinvolti nell'evento al Resp. dell' U.O. e al Coordinatore	Richiesta via email
Resp. U.O.	Entro 3 giorni dalla richiesta	Comunica la data e orario dell'incontro al Resp. GRC	Comunicazione via email

SE NON SODDISFA I CRITERI DI ES

Resp. GRC	Entro 10 giorni dalla segnalazione	Attiva analisi evento avverso	Procedura Generale GRC PG GRC EA Incident reporting
------------------	------------------------------------	-------------------------------	--

	SCHEDA SEGNALAZIONE INTERNA EVENTI SENTINELLA	MOD 01 PG GRC eventi_sentinella
	Rev.00	del 13/02/2014
DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO		

Unità Operativa: **Presidio/Distretto:**

Disciplina **Data evento :**

Ora evento **Anno di nascita del paziente** **Sesso** M F

EVENTO SEGNALATO (consultare la lista degli eventi sentinella indicati a pag. 2 del presente modulo):
.....
.....
.....
.....

Breve descrizione :
.....
.....
.....
.....

Operatori presenti all'evento:
.....

Segnalazione dell'evento ricevuto da (Nome e Cognome)
Il..... alle ore.....

Data..... *Firma del Responsabile dell'U.O.*

Nota:

La scheda compilata deve essere inviata al Servizio Gestione Rischio Clinico:
via fax 0744/ 612579 oppure via e-mail: rischio.clinico@uslumbria2.it

	SCHEDA SEGNALAZIONE INTERNA EVENTI SENTINELLA	MOD 01 PG GRC eventi_sentinella
	Rev.00	del 13/02/2014
DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO		

Lista degli eventi sentinella

**(Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella,
Ministero della Salute, Luglio 2009)**

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO ←
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente ←
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

USL Umbria 2- EVENTI SENTINELLA SEGNALATI

EVENTI SENTINELLA SEGNALATI	ANNI 2013-2014-2015	ANNO 2016
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	9	4
MORTE IN NEONATO SANO >2500 G NON CORRELATO A MALFORMAZIONE CONGENITA	4	1
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	1	1
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDE UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	2	
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTI CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	1	1
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	1	1
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	3	1
MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVANTI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	1	1
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITA' ABO	0	1
OGNI ALTRO EVENTO CHE CAUSA MORTE O DISABILITA' AL PAZIENTE	0	1
TOTALE	22	12

REPORT EVENTI SENTINELLA MINISTERO SALUTE

Tab. 1 TIPO EVENTO

TIPO EVENTO	N°	%
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	471	24,6
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	295	15,4
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	275	14,3
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	165	8,6
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDA UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	159	8,29
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	135	7,04
MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA	82	4,28
MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	79	4,12
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	72	3,75
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	55	2,87
ERRATA PROCEDURA SU PAZIENTE CORRETTO	32	1,67
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD INADEGUATA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO	27	1,41
PROCEDURA CHIRURGICA IN PARTE DEL CORPO SBAGLIATA (LATO, ORGANO O PARTE)	26	1,36
PROCEDURA IN PAZIENTE SBAGLIATO	16	0,83
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)	15	0,78
VIOLENZA SU PAZIENTE IN OSPEDALE	14	0,73
Totale	1918	100



SISTEMA DI SEGNALAZIONE VOLONTARIA: INCIDENT REPORTING



GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E INCIDENT REPORTING

**DIREZIONE GENERALE
GESTIONE RISCHIO CLINICO**

PG GRC_EA Incident
reporting

Rev.00

Del 15/09/2014

1. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutte le strutture e servizi dell'USL Umbria 2 nel caso di

- **incidente/evento** che ha dato o aveva la potenzialità di produrre un danno (Tabella1: livello 3, 4, 5, 6);
- **quasi evento /near miss**, che avrebbero potuto, ma non ha - per fortuna o abilità di gestione - originato un evento (Tabella1: livello 1 e 2).

Ad eccezione di

- cadute la cui segnalazione, come da procedura PG GRC_cadute, avviene tramite la scheda segnalazione caduta di paziente (MOD. 03 PG GRC_CADUTE)
- eventi con esito severo, estremo o significativo (vedi Tabella1: livello 7 e 8) che andranno segnalati con la scheda di segnalazione interna degli eventi sentinella (MOD 01 PG GRC eventi_sentinella) come da procedura PG GRC eventi_sentinella.

Esito (Classe di danno) dell'evento (ICPS)	Livello di gravità	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: farmaco ad alto rischio non conservato nel luogo/modo previsto)	Livello 1	
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (non ha raggiunto il paziente) (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato, farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	
NESSUN ESITO – Nessun danno fisico occorso (es: profilassi antibiotica inadeguata, antidolorifico a dosaggio doppio, Rx all'arto sbagliato, errato test di laboratorio)	Livello 3	
EVENTO SENZA DANNO/NO HARM EVENT		
EVENTO CON ESITO MINORE danni minori o danni emotivi che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico (es: ferita superficiale, allontanamento del paziente dalla struttura/reparto, contenzione non giustificata/non prescritta)	Livello 4	
EVENTO CON ESITO MODERATO/ DANNO MINORE TEMPORANEO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori(es: insulina non somministrata che richiede incremento nel controllo glicemico e/o cambio nel dosaggio per la somministrazione successiva, ulteriori esami di laboratorio per errore nel dosaggio dell'eparina), trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5	
EVENTO CON ESITO MEDIO/ DANNO MAGGIORE TEMPORANEO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche maggiori (es: TC RM), necessità di trattamenti maggiori (es. cortisonici, ammine vasoattive, antagonisti) cancellazione o posticipazione del trattamento, trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6	

•MODALITA' ESECUTIVE

FASE: SEGNALAZIONE ED ANALISI

L'operatore sanitario ha la possibilità di segnalare l'evento/quasi evento

- al **Responsabile del servizio o al referente QRC** (opzione A)
- al Responsabile GRC (opzione B)

SEGNALAZIONE: OPZIONE A

CHI	QUANDO	COSA	COME
Operatore sanitario (<i>Direttore, Medico, Specializzando, Coordinatore, Infermiere, Studente infermiere, Tecnico, Biologo, Ostetrica, Farmacista, OTA/OSS, Altro</i>)	Dopo essere stato coinvolto direttamente nell'evento che ha messo a rischio la sicurezza del pz o dopo esserne venuto a conoscenza	Segnala l'evento al Resp. o al referente QRC del Servizio/U.O. d'appartenenza compilando la <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi eventi MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 1 parte</i>	Attraverso una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> • Inviandola via e-mail • Contatto diretto o telefonico • inviandola in busta chiusa, a mezzo posta interna
Referente QRC (medico e/o di comparto)	Dopo aver ricevuto la segnalazione dall' Operatore sanitario	Trasmette al Servizio GRC <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • via email: rischio.clinico@uslumbria2.it • via fax 0744/612579

SEGNALAZIONE: OPZIONE B

Operatore sanitario (<i>Direttore, Medico, Specializzando, Coordinatore, Infermiere, Studente infermiere, Tecnico, Biologo, Ostetrica, Farmacista, OTA/OSS, Altro</i>)	Dopo essere stato coinvolto direttamente nell'evento che ha messo a rischio la sicurezza del pz o dopo esserne venuto a conoscenza	Segnala l'evento al Servizio GRC compilando e inviando la <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte)</i>	Attraverso una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> • inviandola in busta chiusa, a mezzo posta interna, al Servizio Gestione Rischio Clinico USL Umbria 2 - Via Bramante 37-Terni- • via email: rischio.clinico@uslumbria2.it • via fax 0744/612579
Resp. Servizio GRC	Dopo aver ricevuto la segnalazione dall' Operatore sanitario	Attiva il Responsabile e i referenti QRC del servizio/U.O. d'appartenenza	Inviando via email <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 1 parte)</i> , previo contatto telefonico

•MODALITA' ESECUTIVE
FASE: SEGNALAZIONE ED ANALISI

ANALISI

Resp. Servizio e Referente QRC (medico e/o di comparto)	Entro 7 giorni dalla ricezione della <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i> (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte-)	<p>Ricostruisce, descrive l'evento, lo valuta e lo classifica in base alla gravità, individua eventuali fattori contribuenti</p> <p>Definisce ed attua prime azioni di miglioramento</p> <p>Compila ed Invia alla GRC <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i></p> <p>Richiede, se ritenuto utile, l'attivazione dell'analisi con il supporto del servizio GRC</p>	<p>Analisi preliminare, briefing con discussione del caso, presa visione della documentazione</p> <p>Annotazione nella parte dedicata <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i> (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 2 parte)</p> <p><i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i> (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 2 parte) via email: rischio.clinico@uslumbria2.it o via fax 0744/612579</p>
Resp. Servizio GRC	Entro 24 ore dalla ricezione della <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i>	Conferma il ricevimento della <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i>	Via email al Responsabile Servizio/U.O. e al Referente QRC (medico e/o di comparto)
Resp. GRC e Responsabile Servizio/U.O.	Entro 10 gg dall'attivazione dell'analisi	Definiscono programma dell'incontro e costituiscono gruppo di analisi	<ul style="list-style-type: none"> Selezione dei membri del gruppo di analisi (da scegliere in base alle caratteristiche dell'evento) Programma <i>Significant Event Audit</i> (SEA), RCA, M & M, altro
Gruppo di analisi	Entro 20 giorni dall'attivazione dell'analisi Entro 30 giorni dall'attivazione dell'analisi	Revisionano il processo di lavoro individuando i punti critici e/o fattori contribuenti Propongono le azioni correttive e/o preventive	Applicando metodi di analisi reattiva: <i>Significant Event Audit</i> (SEA), RCA, M & M, ecc.
Resp. GRC	Nel caso che le segnalazioni portano all'individuazione di nuovi e significativi pericoli	Formula e divulga le raccomandazioni per la sicurezza in un Alert Report	Via email

**GLI ELEMENTI PER
UNA BUONA
COMUNICAZIONE:**

- Chi segnala
- Chi ha subito l'evento
- Quando
- Dove è accaduto
- Cosa è successo
- Cosa è stato fatto
- Eventuali esiti a paziente



Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi

DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO

MOD 01 PG GRC
EA Incident
reporting
1 parte
Rev.00
Del 15/09/2014

PRIMA PARTE

Gli eventi da segnalare sono:

NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: farmaco ad alto rischio non conservato nel luogo/modo previsto)	Livello 1	QUASI EVENTO NEAR MISS
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (non ha raggiunto il paziente) (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato, farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	
NESSUN ESITO – Nessun danno fisico occorso (es: profilassi antibiotica inadeguata, antidiolorifico a dosaggio doppio, Rx all'arto sbagliato, errato test di laboratorio) EVENTO SENZA DANNO/NO HARM EVENT	Livello 3	
EVENTO CON ESITO MINORE danni minori o danni emotivi che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico (es: ferita superficiale, allontanamento del paziente dalla struttura/rapporto, contenzione non giustificata/non prescritta)	Livello 4	
EVENTO CON ESITO MODERATO/ DANNO MINORE TEMPORANEO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori(es: insulina non somministrata che richiede incremento nel controllo glicemico e/o cambio nel dosaggio per la somministrazione successiva, ulteriori i esami di laboratorio per errore nel dosaggio dell'epatina), trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5	INCIDENTE/EVENTO
EVENTO CON ESITO MEDIO/ DANNO MAGGIORE TEMPORANEO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche maggiori (es: TC RM), necessità di trattamenti maggiori (es: cortisonici, ammino vasodilatatore, antagonista) cancellazione o posticipazione del trattamento, trasferimento ad altra UO che non richiede il prolungamento della degenza	Livello 6	

1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili.

2. L' **Incident Reporting** è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate

3. La scheda può essere consegnata anche in forma anonima

4. La scheda compilata può essere consegnata:

- al Servizio Gestione Rischio Clinico, via fax **0744/612579** oppure via e-mail: **rischio clinico@uslumbria2.it**
- al Servizio di C.R.C. dell'UO/ Servizio di documentazione

Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi
**DIREZIONE GENERALE
GESTIONE RISCHIO CLINICO**

 MOD 01 PG GRC
 EA Incident
 reporting
 2 parte
 Rev.00
 Del 15/09/2014

Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi
**DIREZIONE GENERALE
GESTIONE RISCHIO CLINICO**

 MOD 01 PG GRC
 EA Incident
 reporting
 2 parte
 Rev.00
 Del 15/09/2014

SECONDA PARTE

RICOSTRUZIONE DELL'EVENTO

SEGNALATORE	Direttore <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Studente infermiere <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> OTA/OSS <input type="checkbox"/> Altro
DATI del PAZIENTE *na= non applicabile	N. scheda nosologica.....(se di conoscenza) Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Età..... Il paziente è stato informato dell'evento No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> na* <input type="checkbox"/> L'evento è documentato in cartella No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> na* <input type="checkbox"/>
SEDE DELL'EVENTO CIRCOSTANZE DELL'EVENTO	UO/ SERVIZIO..... Data.....(anche semplicemente mese) ora..... in cui si è verificato l'evento, Turno: Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/>
DOVE SI È VERIFICATO L'EVENTO	Camera del paziente <input type="checkbox"/> Sala Infermieri/sala medica <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Spazi comuni (bagni, sale attesa) <input type="checkbox"/> Sala Operatoria <input type="checkbox"/> Sala Diagnostica <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Aree di collegamento <input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Tragitto/movimentazione pz <input type="checkbox"/> Altro/Non identificabile <input type="checkbox"/>
SETTING	Ric. Ord. <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Prestaz. Domiciliare <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
OPERATORI COINVOLTI NELL'EVENTO	Direttore <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Studente infermiere <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> OTA/OSS <input type="checkbox"/> altro
SONO STATI COINVOLTI ALTRI SERVIZI/UO	<input type="checkbox"/> Sì Quali..... <input type="checkbox"/> NO
ESITO DELL'EVENTO	<input type="checkbox"/> Quasi evento/near miss <input type="checkbox"/> Incidente/evento che non ha comportato danno al paziente <input type="checkbox"/> Incidente/evento che ha comportato danno al paziente
FATTORI CHE POSSONO AVER EVITATO L'EVENTO O NE HANNO RIDOTTA LA GRAVITÀ	<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Casualità <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Altro..... <input type="checkbox"/> Buona assistenza
A SEGUITO DELL'EVENTO È STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI, PRESTAZIONI	NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Se Sì, specificare

ANALISI PRELIMINARE
IPOTESI SUI FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile anche più di una risposta)

FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	Condizioni generali precarie/fragilità/ infermità Non cosciente /scarsamente orientato Poca/mancata autonomia Barriere linguistiche/culturali Mancata adesione al progetto terapeutico	FATTORI LEGATI AL SISTEMA	Staff inadeguato/insufficiente Insufficiente addestramento/inserimento Gruppo nuovo/inesperto Elevato turn-over Scarsa continuità assistenziale Protocollo/procedura inesistente/ambigua Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure Mancata coordinamento Carenze nella comunicazione tra operatori Mancanza/inadeguatezza attrezzature	
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure Inadeguate conoscenze/inesperienza Fatica/stress Prescrizioni/regola non seguita Mancata/inesatta lettura documentazione /etichetta Mancata/supervisione Scarsa lavori di gruppo Mancata verifica preventiva apparecchiature			
ALTRI FATTORI				

DESCRIZIONE EVENTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ESITO DELLA SEGNALAZIONE

<input type="checkbox"/> Discussione ed analisi nell'equipe <input type="checkbox"/> Richiesta di attivazione dell'analisi con il supporto del servizio GRC	
SONO STATE INTRAPRESE AZIONI DI MIGLIORAMENTO A SEGUITO DELL'EVENTO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Quali.....
Referente QRC dell'U.O./Servizio dove si è verificato l'evento	NOME E COGNOME..... DATA
Resp. U.O./Servizio dove si è verificato l'evento	NOME E COGNOME..... DATA
PER RICEVUTA E ATTIVAZIONE DELLE AZIONI DI COMPETENZA	
Servizio GRC	NOME E COGNOME..... FUNZIONE

1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si ottengono saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili.
2. L'Incident Reporting è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate
3. La scheda compilata deve essere consegnata:
• al Servizio Gestione Rischio Clinico: via fax **0744/ 612579** oppure via e-mail: **rischio.clinico@uslumbria2.it**

EVENTI/CRITICITA' SEGNALATE NELLA USL UMBRIA 2

ANNI 2013-2014-2015

11 SEGNALAZIONI

AGGRESSIONE FISICA E VERBALE A DANNO DI OPERATORI

GESTIONE DI UN BAMBINO CON AVVELENAMENTO DA SOSTANZA CAUSTICA

MORTE DI NEONATO CON MALFORMAZIONE CONGENITA

(3) ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

TRASFERIMENTO DI PZ CON SHOCK SETTICO SECONDARIO

(2) ERRATA IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

EVENTO AVVERSO ACCADUTO DURANTE L'IGIENE PERSONALE A DOMICILIO

ERRATA MARCATURA SITO CHIRURGICO

ANNO 2016

45 SEGNALAZIONI

ERRORE DI PRENOTAZIONE	11
------------------------	----

Errata identificazione del Paziente	10
-------------------------------------	----

INEFFICACE COMUNICAZIONE TRA PROFESSIONISTI/SETTING AZIENDALE	9
ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	7

INCIDENTI LEGATI ALL'USO DI DISPOSITIVI SANITARI	5
--	---

CRITICITÀ NELLA GESTIONE DEL PERSONALE O DEI POSTI LETTO	5
--	---

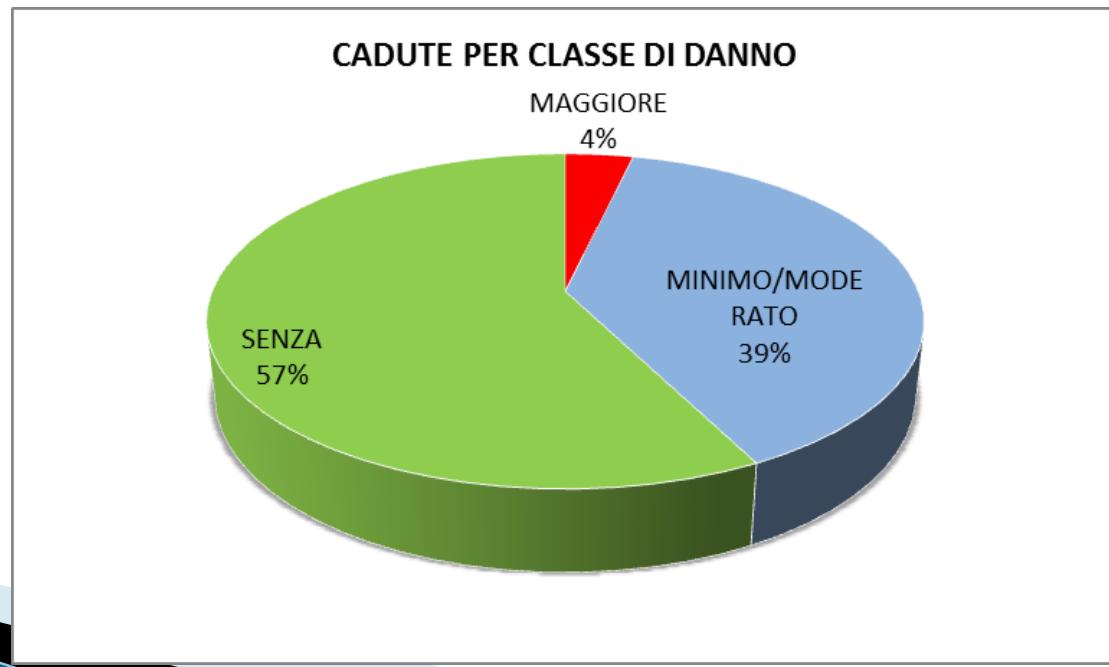
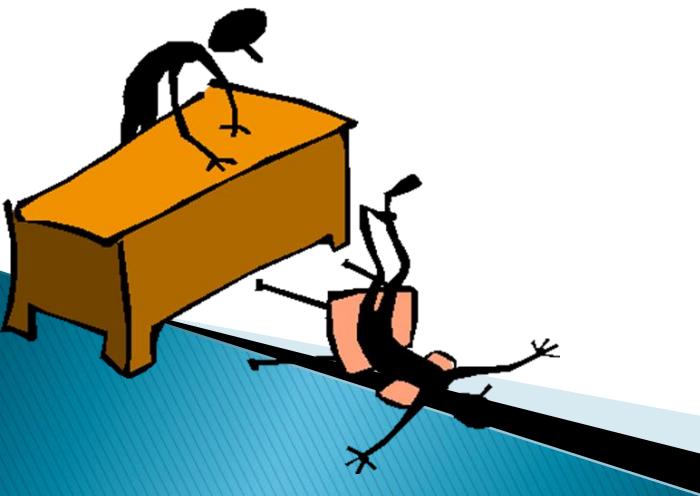
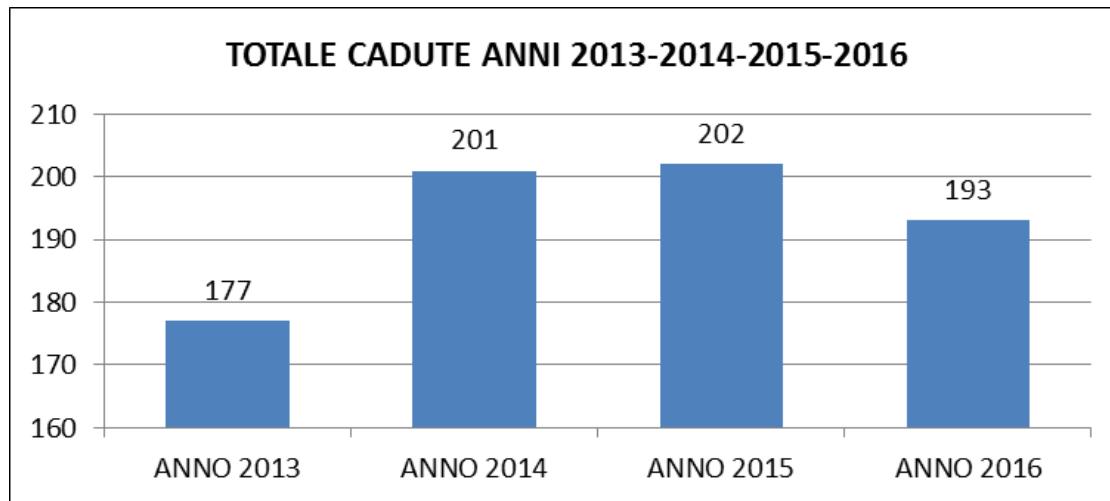
INCIDENTI NEL PERCORSO TRASFUSIONALE	2
--------------------------------------	---

STRUMENTAZIONE CHIRURGICA INCOMPLETA	2
--------------------------------------	---

AGGRESSIONE VERBALE A OPERATORE	1
---------------------------------	---

ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE CON DANNO FISICO	1
--	---

FENOMENO CADUTE USL Umbria 2



FENOMENO CADUTE USL Umbria 2

ANNO 2016



111

ASSENZA DI LESIONI

COSA FARE DOPO LA SEGNALAZIONE

- ▶ SCELTA DEL METODO DI ANALISI
- ▶ CONCORDARE LA DATA, LUOGO E PARTECIPANTI DELL'INCONTRO
- ▶ PREPARARE IL PROGRAMMA
- ▶ ANALISI DELL'EVENTO
- ▶ STESURA RESOCONTO
- ▶ VERIFICA AZIONI IMPLEMENTATE

METODI DI ANALISI

APPROCCIO

REATTIVO

Studio a posteriori
degli incidenti per
individuare i fattori
contribuenti e le
cause

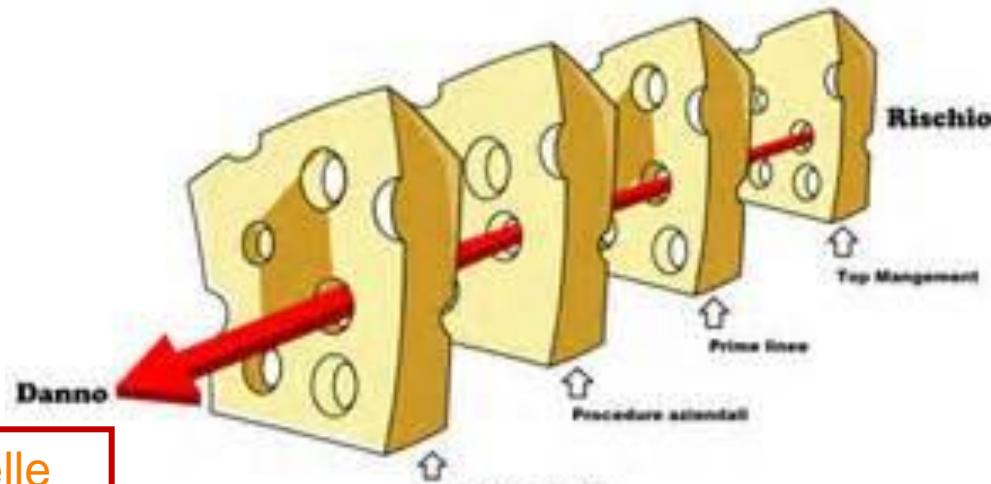
- Significant Event Audit (SEA)
- RCA (Root Causes Analysis)
- Morbidity and Mortality (M&M)
- Protocollo di Londra

APPROCCIO PROATTIVO

individuare ed
eliminare criticità del
sistema prima che
l'incidente si verifichi

- FMECA_ HFMEA
- Analisi dei processi
- Safety Walk Round (Giri per
la sicurezza)

Il verificarsi di un incidente è frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto



Traiettoria delle
opportunità

James Reason's Swiss cheese Theory



FALLE

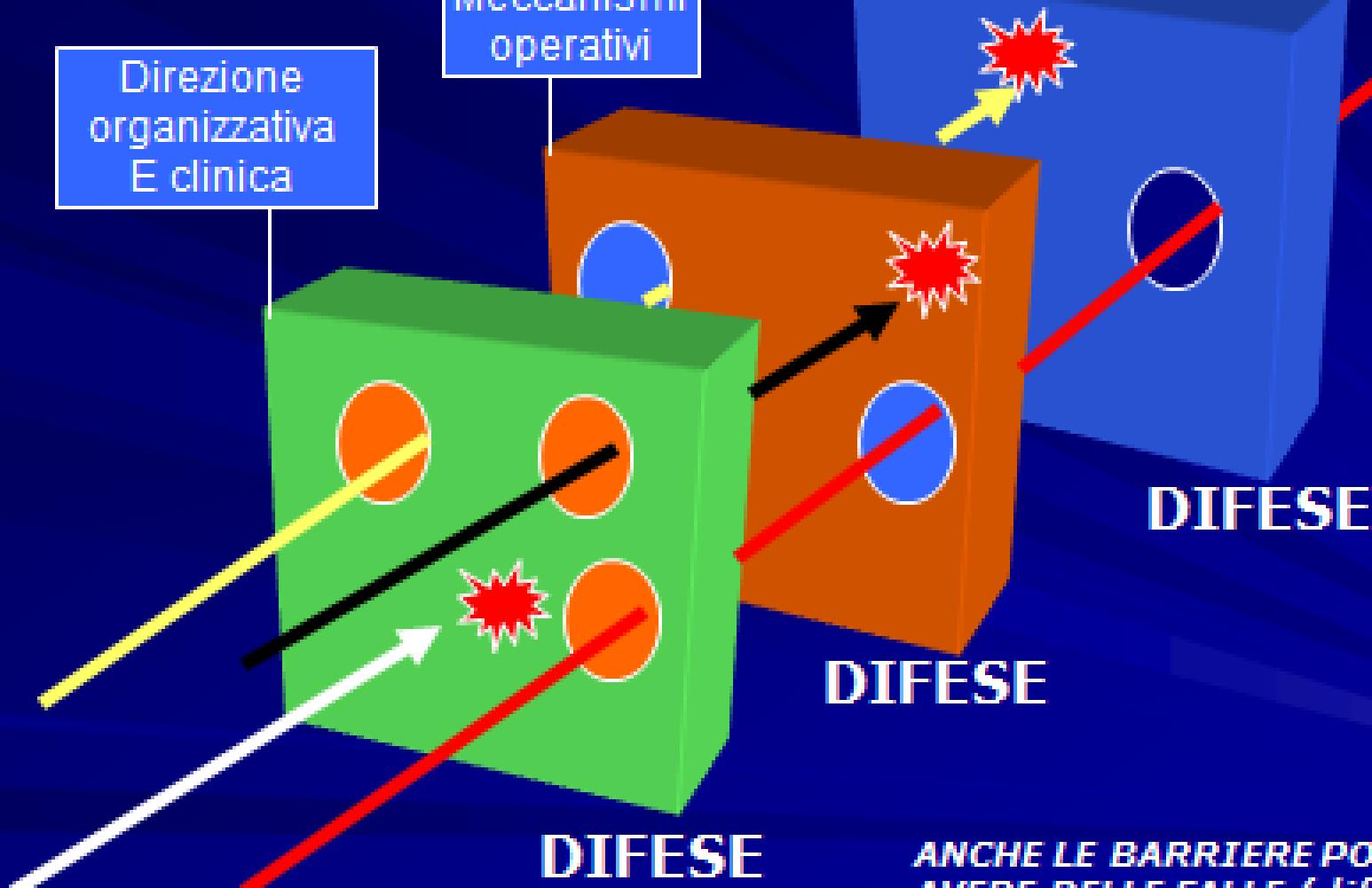
Esecuzione
di linea

errori

Direzione
organizzativa
E clinica

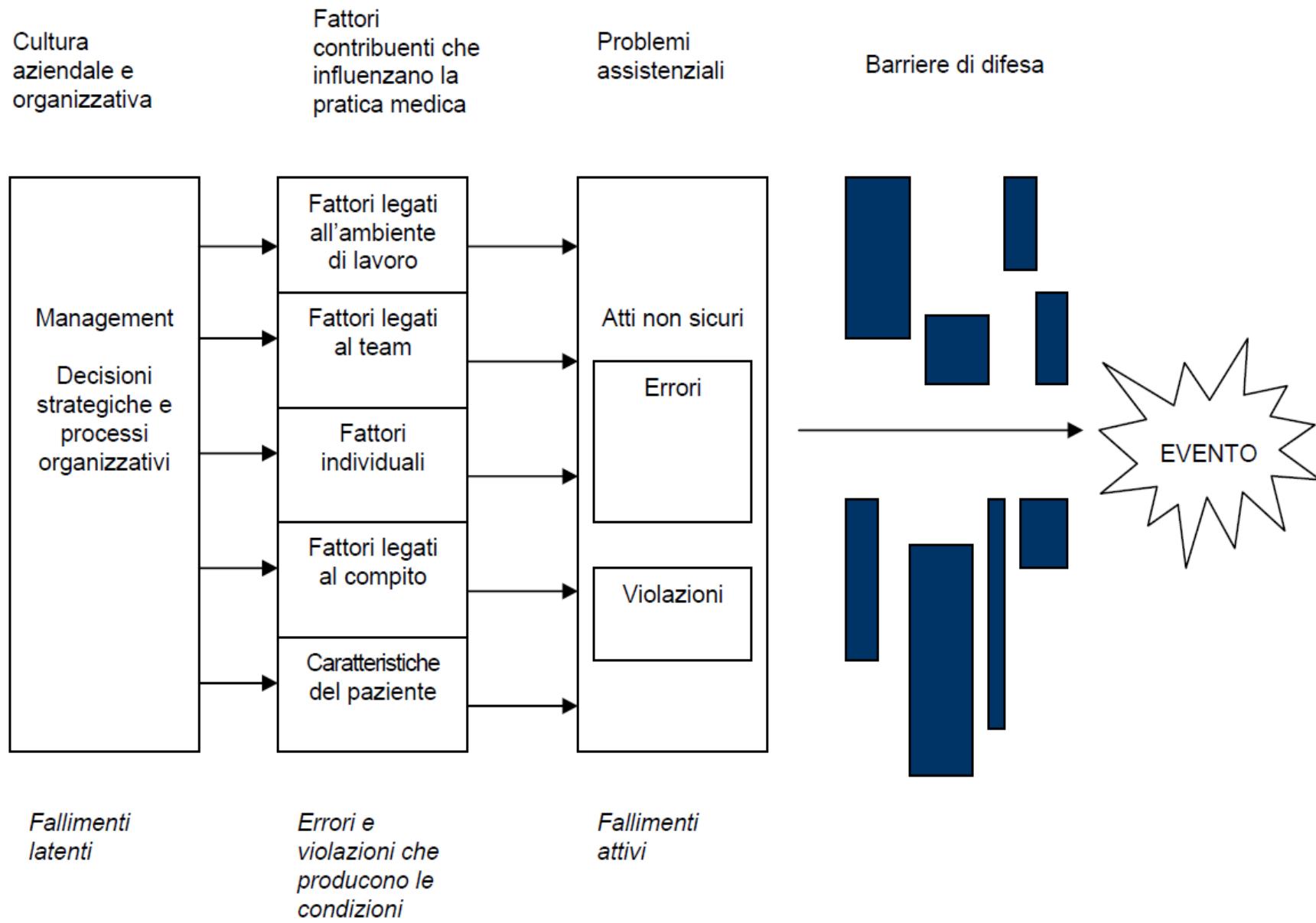
Meccanismi
operativi

E.A.



**ANCHE LE BARRIERE POSSONO
AVERE DELLE FALLE (difetti latenti)
E NON IMPEDIRE LA TRAIETTORIA
DELLE OPPORTUNITA'**

Figura 1: Modello delle cause organizzative degli incidenti adattato



È ACCADUTO DA NOI

	Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi	MOD 01 PG GRC EA Incident reporting <u>1 parte</u> Rev.00 Del 15/09/2014
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO	

PRIMA PARTE

Evento	Descrizione (luogo, dinamica ed eventuali conseguenze): SABATO PRESSO IL SERVIZIO VACCINALE ******, L'INFERNIERA SOMMINISTRA AD UN BAMBINO DI 16 MESI VACCINO TETRAVALENTE (POLIO INFANRIX) AL POSTO DI VACCINO ESAVALENTE (INFANRIX HEXA). IL BAMBINO DOVRA' COMPLETARE IL CICLO PRIMARIO CON LA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTI-EPATITE B E ANTI-EMOFILO.
	Data ***** Ora 9.00 L'evento ha raggiunto il paziente? si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nome e cognome del paziente * _____

Data segnalazione ***** Nome e Cognome del Segnalatore ***** Responsabile Del Servizio *inserimento facoltativo

Gli eventi da segnalare sono:

NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: farmaco ad alto rischio non conservato nel luogo/modo previsto)	Livello 1	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (non ha raggiunto il paziente) (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato, farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	
NESSUN ESITO – Nessun danno fisico occorso (es: profilassi antibiotica inadeguata, antidolorifico a dosaggio doppio, Rx all'arto sbagliato, errato test di laboratorio) EVENTO SENZA DANNO/NO HARM EVENT	Livello 3	
EVENTO CON ESITO MINORE danni minori o danni emotivi che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico (es: ferita superficiale, allontanamento del paziente dalla struttura/reparto, contenzione non giustificata/non prescritta)	Livello 4	
EVENTO CON ESITO MODERATO/ DANNO MINORE TEMPORANEO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: insulina non somministrata che richiede incremento nel controllo glicemico e/o cambio nel dosaggio per la somministrazione successiva, ulteriori esami di laboratorio per errore nel dosaggio dell'eparina), trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5	
EVENTO CON ESITO MEDIO/ DANNO MAGGIORE TEMPORANEO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche maggiori (es: TC RM), necessità di trattamenti maggiori (es: cortisonici, ammine vasooattive, antagonisti) cancellazione o posticipazione del trattamento, trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6	

<p>1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. 2. L' Incident Reporting è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate 3. La scheda può essere consegnata anche in forma anonima 4. La scheda compilata può essere consegnata: • al Servizio Gestione Rischio Clinico: via fax 0744/ 612579 oppure via e-mail: rischio.clinico@uslumbria2.it • al/ai referente/i QRC dell'UO/ Servizio d'appartenenza</p>
--

È ACCADUTO DA NOI

RICOSTRUZIONE DELL'EVENTO			
SEGNALATORE	Direttore <input type="checkbox"/> X Medico <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Studente infermiere <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> OTA/OSS <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
DATI del PAZIENTE *na= non applicabile	N. scheda nosologica.....(se di conoscenza) Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X Età16 MESI Il paziente è stato informato dell'evento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> X na* <input type="checkbox"/> L'evento è documentato in cartella No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> na* <input type="checkbox"/> X		
SEDE DELL'EVENTO CIRCOSTANZE DELL'EVENTO	UO/ SERVIZIO VACCINALE ***** Data *****.(anche semplicemente mese) ora 9.00 in cui si è verificato l'evento, Turno: Mattino <input type="checkbox"/> X Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/>		
DOVE SI È VERIFICATO L'EVENTO	Camera del paziente <input type="checkbox"/> Sala Infermieri/sala medica <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> X Spazi comuni (bagni, sale attesa) <input type="checkbox"/> Sala Operatoria <input type="checkbox"/> Sala Diagnostica <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Aree di collegamento <input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Tragitto/movimentazione pz <input type="checkbox"/> Altro/Non identificabile <input type="checkbox"/>		
SETTING	Ric. Ord. <input type="checkbox"/> DHo <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> X Prestaz. Domiciliare <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
OPERATORI COINVOLTI NELL'EVENTO	Direttore <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> X Specializzando <input type="checkbox"/> Coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> X Studente infermiere <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> OTA/OSS <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>		
SONO STATI COINVOLTI ALTRI SERVIZI/UO	<input type="checkbox"/> SI Quali..... <input type="checkbox"/> NOX		
ESITO DELL'EVENTO	<input type="checkbox"/> Quasi evento/near miss <input type="checkbox"/> Incidente/evento che non ha comportato danno al paziente <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Incidente/evento che ha comportato danno al paziente		
FATTORI CHE POSSONO AVER EVITATO L'EVENTO O NE HANNO RIDOTTA LA GRAVITÀ	<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Casualità <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Altro X (MISURA DI PROFILASSI) <input type="checkbox"/> Buona assistenza		
A SEGUITO DELL'EVENTO È STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI, PRESTAZIONI	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> X Se SI, specificare COMPLETAMENTO 1 CLICO (+ VACCINO EPATITE B + VACCINO EMOFILO)		
ANALISI PRELIMINARE			
IPOTESI SUI FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile anche più di una risposta)			
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	Condizioni generali precarie/fragilità/ infermità Non cosciente /scarsamente orientato Poca/mancata autonomia Barriere linguistiche/culturali Mancata adesione al progetto terapeutico	FATTORI LEGATI AL SISTEMA	Staff inadeguato/insufficiente Insufficiente addestramento/inserimento Gruppo nuovo/inesperto Elevato turn-over Scarsa continuità assistenziale Protocollo/procedura inesistente/ambigua Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure Mancato coordinamento Carenza nella comunicazione tra operatori Mancanza/inadeguatezza attrezzature Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo Ambiente inadeguato
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> X Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> X Fatica/stress Presa scorciatoia/regola non seguita Mancata/inesatta lettura documentazione /etichetta		
	Mancata supervisione <input type="checkbox"/> X Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> X Mancata verifica preventiva apparecchiature		
ALTRI FATTORI	SCARSA CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO SCAMBIO VACCINO MANCANZA DI INDICAZIONI CONDIVISE/UNIVOCHES RISPETTO ALLA STOCCAGGIO FARMACI		

È ACCADUTO DA NOI

DESCRIZIONE EVENTO

— SABATO PRESSO IL SERVIZIO VACCINALE ******, L'INFERNIERA SOMMINISTRA AD UN BAMBINO DI 16 MESI VACCINO TETRAVALENTE (POLIO INFANRIX) AL POSTO DI VACCINO ESAVALENTE (INFANRIX HEXA). IL BAMBINO DOVRA' COMPLETARE IL CICLO PRIMARIO CON LA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTI-EPATITE B E ANTI-EMOFILO.

ESITO DELLA SEGNALAZIONE

- Discussione ed analisi nell'equipe**
 Richiesta di attivazione dell'analisi con il supporto del servizio GRC

SONO STATE INTRAPRESE AZIONI DI MIGLIORAMENTO A SEGUITO DELL'EVENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quali.....
Referente QRC dell'U.O./Servizio dove si è verificato l'evento	NOME E COGNOME***** DATA ***** FIRMA*****
Resp. U.O./Servizio dove si è verificato l'evento	NOME E COGNOME***** DATA ***** FIRMA*****
PER RICEVUTA E ATTIVAZIONE DELLE AZIONI DI COMPETENZA	
Servizio GRC	NOME E COGNOME***** FUNZIONE ***** DATA ***** FIRMA*****

1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili.
2. L' Incident Reporting è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate
3. La scheda compilata deve essere consegnata:
 - al Servizio Gestione Rischio Clinico: via fax **0744/ 612579** oppure via e-mail: **rischio.clinico@uslumbria2.it**

Significant event audit - Programma

Analisi dell' evento avverso: scambio di vaccino pediatrico

Proponente : Servizio Gestione Rischio Clinico

Facilitatore: Margarete Tockner e Laura Grasselli

Partecipanti: Responsabile, medici, Coordinatore, Infermieri coinvolti nell'evento

Data programmata: *****

Luogo: servizio vaccinale*****

Motivazione ed obiettivo

La segnalazione dell'evento avverso rende necessario un'analisi dell'evento con l'obiettivo di:

- analizzare quanto accaduto per individuare eventuali fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento
- individuare azioni correttive e/o preventive per minimizzare la possibilità che un evento simile riaccada in futuro
- promuovere la cultura della sicurezza e della segnalazione finalizzata all'apprendimento.

Metodo

1) Descrizione cronologia dell'evento

2) Analisi dell'evento e della documentazione sanitaria e individuazione degli eventuali fattori contribuenti

- fattori individuali
- fattori legati al team
- fattori legati all'ambiente di lavoro
- fattori legati al compito (linee guida, procedure, IO)
- fattori legati alle condizioni del paziente

Confronto con le raccomandazioni e procedure; si osservano scostamenti? Perché?

3) Raccomandazioni e riferimenti

Raccomandazione Ministero della Salute n. 7 *Raccomandazione Per La Prevenzione Della Morte, Coma O Grave Danno Derivati Da Errori In Terapia Farmacologica* e n. 12 *Raccomandazione Per La Prevenzione Degli Errori In Terapia Con Farmaci "Lookalike/ Sound-Alike"*, Procedura in uso, normativa di riferimento.

4) Individuazione e condivisione delle azioni correttive e/ o preventive

Cosa possiamo imparare? Cosa deve cambiare e migliorare?

Data, *****

Dr.ssa Tockner Margarete, Responsabile Servizio Gestione Rischio Clinico

Dott.ssa Laura Grasselli, Servizio Gestione Rischio Clinico

***** , Resp. Servizio Vaccinale *****

***** , Coordinatore Servizio Vaccinale*****

Si osservano scostamenti rispetto a Racc./Proced.? Perche?

Cosa possiamo imparare? Cosa deve cambiare e migliorare?

È ACCADUTO DA NOI

Resoconto Significant Event Audit

Analisi dell' evento significativo: scambio di vaccino pediatrico

Luogo e data: Servizio Vaccinazioni *****

Partecipano: Dirigente medico responsabile del servizio vaccinale, personale medico, infermieristico e Coordinatore Infermieristico

Facilitatori: Margarete Tockner, Laura Grasselli , Servizio GRC

• Presentazione del programma e degli obiettivi

La segnalazione dell'evento rende necessario un'analisi con l'obiettivo di analizzare quanto accaduto per individuare i fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'incidente; individuare le azioni di correttive e preventive per minimizzare la possibilità che un evento simile riaccada in futuro.

• Sintesi dell'evento

Somministrazione di vaccino tetravalente (DTPa, IPV) anziché dell' esavalente (DTPa, IPV, HBV, Hib) ad una bambina di 16 mesi. Necessario il completamento della vaccinazione con HBV, Hib.

- Discussione e confronto nel gruppo per analizzare quanto accaduto chiedendosi del perché**
- Confronto** con quanto definito nella Procedura Operativa in uso nel Servizio
- Individuazione delle proposte di miglioramento**

I partecipanti propongono di attivare le seguenti azioni preventive per minimizzare la possibilità che un evento simile riaccada in futuro:

- 1. Prevedere prima di ogni seduta vaccinale il briefing dell' equipe** per trasmettere le informazioni clinico-organizzative, per rendere più efficace la comunicazione e l' interazione tra gli operatori per pianificare la seduta
- 2. Redigere una proposta per un'istruzione operativa** ad integrazione alla procedura operativa in uso, verificandone la fattibilità, che definisca le modalità per l'applicazione della regola dei **“7 G”**: (Giusto farmaco, Giusto paziente, Giusta dose, Giusta via di somministrazione, Giusto orario, Giusta registrazione, Giusto controllo) prevedendo puntuali annotazioni anche sul foglio di invito.
- 3. Disporre separatamente** oppure evidenziare le confezioni simili per evitare lo scambio di **vaccini** con la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l' aspetto simile delle confezioni **LASA** (Look Alike Sound Alike).

Referenti: *****

Tempo di verifica: entro il mese di *****.

Il Servizio Gestione Rischio Clinico offre supporto nell'attuazione delle azioni di miglioramento condivise e proposte.

Nome, Cognome e Qualifica	Firma



Safety
ALERT 2

Argomento: SOMMINISTRAZIONE CORRETTA DEI FARMACI

PROBLEMA: ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di "terapia farmacologica" sono la causa di danno più frequente nei pazienti; possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco; molti errori avrebbero potuto, ma non hanno dato origine ad un evento avverso con danno al paziente perché intercettati dalla fortuna o da abilità e sono definiti quasi eventi /near misses.

Gli errori di terapia più comuni riguardano: il tipo di farmaco, il dosaggio, la via di somministrazione, l'omissione, ecc.

In considerazione di ciò, tutti gli operatori coinvolti sono chiamati a prestare attenzione ai possibili errori derivanti da un uso non corretto dei farmaci, poiché eventi prevenibili ed evitabili.

RIDURRE IL RISCHIO

La sicurezza nella somministrazione dei farmaci aumenta se gli operatori interiorizzano e fanno proprie in ogni fase del percorso di somministrazione la **Regola delle 7 G**.

Con la diffusione di questo alert, che nasce dalle necessità manifeste degli operatori di avere sempre rafforzati i consigli/strumenti di buona pratica, si vuole richiamare l'attenzione degli operatori nell'applicazione di questa semplice regola.

RACCOMANDAZIONE AGLI OPERATORI

Al fine di evitare gli eventi avversi correlati alla non corretta somministrazione di farmaci è consigliato agli operatori di tenere sempre presente, nelle varie fasi del processo di somministrazione, la **REGOLA DELLE 7G** :

1. GIUSTO FARMACO E GIUSTA DOSE
2. GIUSTO PAZIENTE
3. GIUSTA ASSOCIAZIONE FARMACO PAZIENTE
4. GIUSTA ORA E GIUSTA SEQUENZA
5. GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE
6. GIUSTA REGISTRAZIONE
7. GIUSTO CONTROLLO

REGOLA DELLE 7 G PER LA SOMMINISTRAZIONE CORRETTA DEI FARMACI

1. GIUSTO FARMACO E GIUSTA DOSE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE E DOPO AVER VERIFICATO LA CORRISPONDENZA TRA IL FARMACO PRESCRITTO E QUELLO EFFETTIVAMENTE SCELTO PER LA SOMMINISTRAZIONE AL PAZIENTE	<p>Il farmaco deve essere riconosciuto leggendo il principio attivo/nome commerciale, NON bisogna mai basarsi sul riconoscimento della confezione (colore, dimensioni, etc.).</p> <p>Verificare la data di scadenza, l'integrità della confezione, l'aspetto del farmaco e se sono state rispettate le modalità di conservazione.</p> <p>Verificare la correttezza del dosaggio in caso di diluizioni, ricostituzioni, frazionamenti.</p>

2. GIUSTO PAZIENTE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	<p>Verificare nome e cognome riportati sulla scheda di terapia e <u>chiedere conferma</u> delle generalità al paziente (se è in grado di farlo chiedergli il suo nome, cognome e data di nascita), oppure consultare la documentazione sanitaria.</p> <p>Vanno utilizzati sempre almeno due elementi identificativi (es. nome/cognome + data di nascita).</p>

3. GIUSTA ASSOCIAZIONE FARMACO –PAZIENTE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	Verificare la corrispondenza tra il farmaco prescritto da somministrare e l'identità del paziente.

4. GIUSTA ORA E GIUSTA SEQUENZA

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	Assicurarsi che l'orario e la sequenza di somministrazione sia quello prescritto.

5. GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	Verificare la via di somministrazione indicata nella prescrizione.

6. GIUSTA REGISTRAZIONE

QUANDO	AZIONE
PRIMA E AL TERMINE DELLA SOMMINISTRAZIONE	Registrare e firmare l'avvenuta somministrazione o il motivo della non somministrazione.

7. GIUSTO CONTROLLO

QUANDO	AZIONE
DURANTE E DOPO LA SOMMINISTRAZIONE	Eseguire sempre gli eventuali controlli (per es. la pressione arteriosa nel caso di somministrazione di un antipertensivo, i criteri definiti in caso di somm.ne farmaci al bisogno) per verificare l'effetto del farmaco sul paziente (azione desiderata, effetti collaterali o reazioni avverse).

Art. 16 legge 24/2017

Innovazioni in materia di Gestione del Rischio Clinico

“i verbali e gli atti conseguenti all’attività di Gestione del Rischio Clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell’ambito di procedimenti giudiziari”

*INTRODUCE IL PRINCIPIO DELL’INVIOLABILITÀ
DA PARTE DELLA MAGISTRATURA DELLA
DOCUMENTAZIONE PRODOTTA PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NEI SISTEMI
DI SEGNALAZIONE ED APPRENDIMENTO*

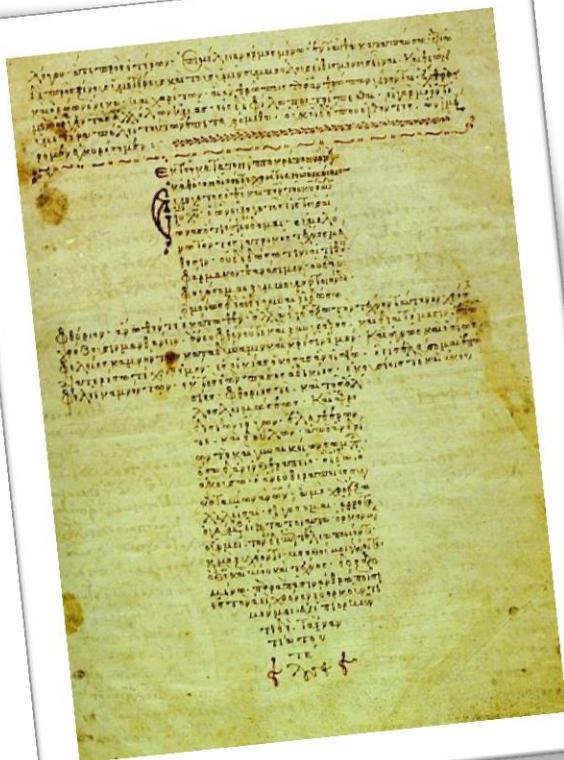
IL LEGISLATORE HA VOLUTO CREARE UNA ZONA
FRANCA ALL'INTERNO DEI NOSTRI
OSPEDALI/TERRITORI IN CUI SI PUO' DISCUTERE E
ANALIZZARE GLI ERRORI, PROMUOVERE LE AZIONI
NECESSARIE PER METTERE IN SICUREZZA IL SISTEMA
SENZA GENERARE TIMORI ED APPRENSIONI CHE
TALE DOCUMENTAZIONE POSSA ESSERE UTILIZZATA
CONTRO I PROFESSIONISTI

legge 24/2017

*Abbandono della blame culture in favore di
una logica di prevenzione*

*Questa è l'anima che ha ispirato la legge
24/2017*





Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa
(Il giuramento di Ippocrate)

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

ART. 14

Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

Il medico al tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti.



CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

ARTICOLO 29

L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.



Il primo requisito per un ospedale dovrebbe essere quello di non far del male ai propri pazienti.
(Nightingale, 1862)

Codice Deontologico dell'Infermiere
2009

*«Tutti gli uomini
sbagliano, ma solo i grandi
imparano dai propri errori»*

Winston Churchill (statista)

