

PARTE PRIMA – RISCHIO CLINICO

- ▶ La definizione di errore;
 - ▶ Graduazione e classificazione dell'errore;
 - ▶ La definizione di Rischio Clinico;
 - ▶ I principi legislativi alla base del Rischio Clinico;
 - ▶ La prevenzione degli errori;
 - ▶ Metodi di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss;
 - ▶ Metodi proattivi e reattivi per la valutazione del rischio;
 - ▶ Modalità correttive dell'errore di sistema;
 - ▶ Definizione di evento sentinella e in cosa si differenzia dagli altri eventi;
 - ▶ La dimensione del problema;
 - ▶ Tipologie di eventi sentinella;
 - ▶ Monitoraggio degli eventi sentinella;
 - ▶ Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;
 - ▶ Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.
- 

LA DEFINIZIONE DI ERRORE

Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato

“L'errore è caratterizzato da una sequenza di attività fisiche o mentali che non riescono a determinare un esito desiderato, quando esse non possono essere attribuite all'intervento del caso”

(Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

TIPI DI ERRORE

SKILLS-BASED

- Le azioni skills-based si riferiscono a compiti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità. L'elaborazione al livello skills-based avviene con un basso impiego di risorse attentive, quasi in modo inconscio. Gli errori skill-based sono reazioni automatiche ad uno stimolo a cui si reagisce meccanicamente senza soffermarsi sull'interpretazione della situazione stessa. Viene attivato un comportamento in situazione di routine.

RULES-BASED

- A questo livello agisce un controllo attenzionale sulla situazione corrente per selezionare gli aspetti rilevanti riconducibili ad una regola archiviata. I processi rules-based entrano in azione quando fallisce lo skills-based e c'è bisogno di fare riferimento ad un insieme di istruzioni esplicite o regole a disposizione per la risoluzione del problema. Il controllo è forte all'inizio del processo, quando si esamina la situazione, mentre diminuisce drasticamente nel momento in cui viene applicato lo schema.

KNOWLEDGE-BASED

- Si tratta di elaborazioni basate sul ragionamento, inferenza, giudizio e valutazione. Se il processo rules-based non risolve il problema allora il sistema passa al livello knowledge-based, che richiede il maggior sforzo cognitivo. Questo avviene quando si presentano situazioni nuove o poco conosciute, oppure quando le regole di cui si dispone non sono sufficienti ed adeguate. L'attenzione è massima in ogni fase: ad ogni passo si effettua un controllo sull'esito delle nostre azioni e sulle risposte dell'ambiente. Si procede lentamente, per prove ed errori, di modo da poter esercitare il controllo sull'eventuale fallimento o successo nella conduzione dell'attività corrente.

SKILLS-BASED

- Slip E' un'azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l'esecuzione è carente. Sono errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L'automatismo dell'azione fallisce quando qualcosa d'imprevisto interferisce con l'azione. Tipicamente questo avviene quando due pratiche molto frequenti s'intercettano l'una con l'altra, come quando ci troviamo in situazioni apparentemente simili. Sono infatti chiamati anche intrusioni di abitudini consolidate.
- Lapsus E' un errore conseguente ad un fallimento della memoria, che non si manifesta necessariamente nel comportamento oggettivo e che può risultare evidente solo per la persona che lo esperisce. I lapsus linguistici sono i più noti e sono molto comuni: avvengono ogni qual volta salta la sequenza temporale di un'espressione linguistica, come nel caso di una parola o una frase detta in anticipo rispetto all'intenzione originaria.

RULES-BASED

- Mistake E' un errore nella pianificazione. Le azioni vengono messe in pratica come sono state pianificate, ma è il piano stesso a non essere valido rispetto alla situazione corrente.
- Rules-based mistake è scelta la regola sbagliata a causa di una errata percezione della situazione oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola. Il caso più frequente è quello dell'applicazione di regole robuste ma sbagliate (strong but wrong) in base alla frequenza.

KNOWLEDGE-BASED

- Knowledge-based mistake dipende dalla mancanza di conoscenze o dalla scorretta applicazione della regola. Il risultato negativo dell'azione risiede nelle conoscenze sbagliate che l'hanno determinata.

ERRORI ATTIVI

- L'errore commissivo o attivo avviene quando si esegue qualcosa di sbagliato oppure si esegue qualcosa di giusto nel modo sbagliato.

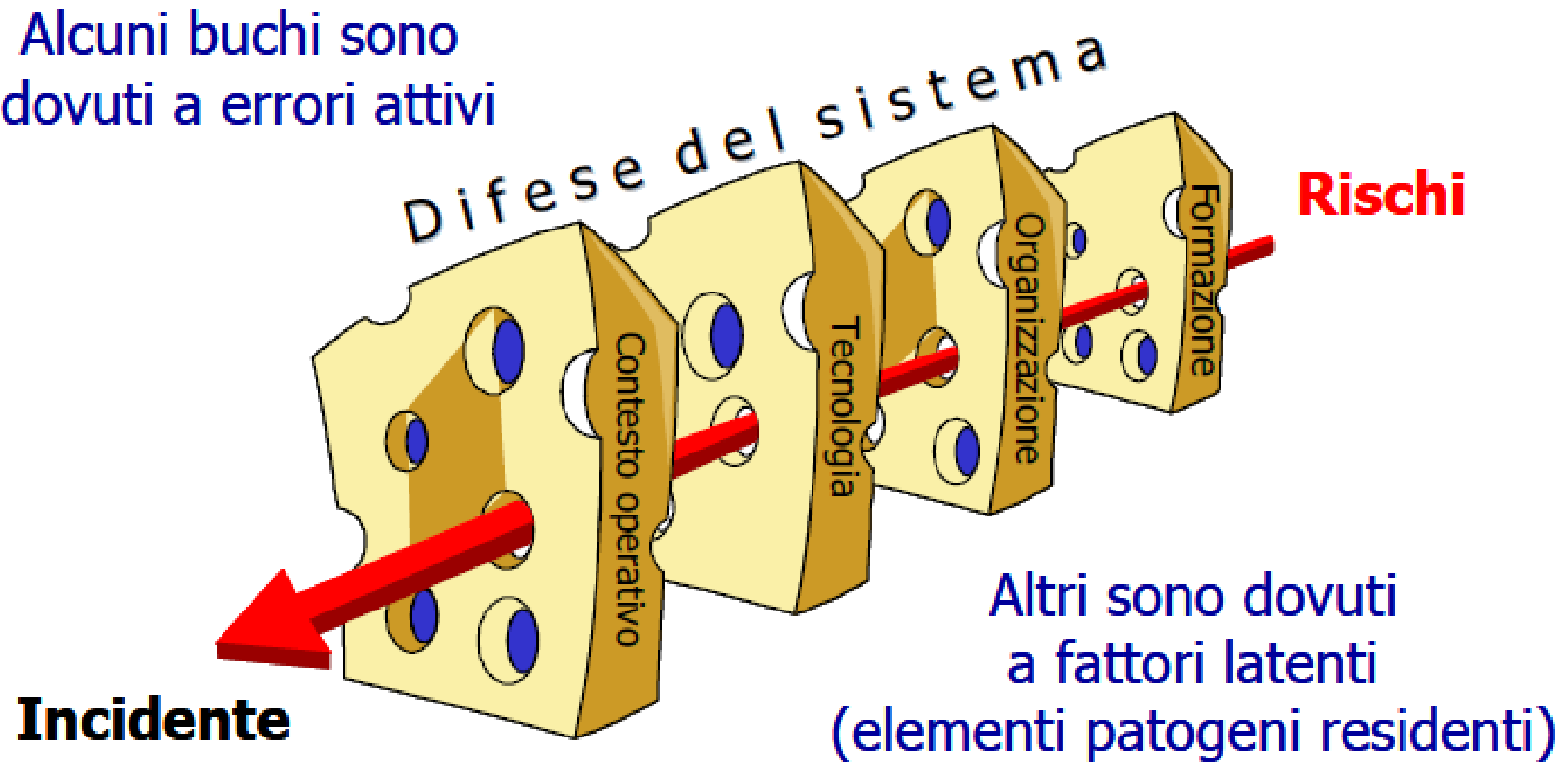
ERRORI OMISSIVI

- Gli errori omissivi avvengono quando si omette qualcosa di corretto.

ERRORI LATENTI

- Sono detti anche **errori organizzativi** e possono sopravvivere a lungo all'interno dell'organizzazione prima di manifestarsi.
- Categoria di errori più difficile da rintracciare, il cui esito non è immediatamente evidente, ma che possono avere delle conseguenze molto più devastanti degli sbagli del singolo.

Alcuni buchi sono
dovuti a errori attivi



EVENTO SENZA ESITO – NEAR MISS

- Evento che è accaduto, ma senza conseguenze negative per il paziente.

EVENTO AVVERSO

- Un danno determinato dal trattamento medico (piuttosto che dalla patologia sottostante) che determini un prolungamento della degenza, oppure che abbia determinato una disabilità al momento della dimissione o entrambi. *Brennan TA et al. N Engl J Med. 1991, 324: 370 376*
- Un danno non volontario risultante da un trattamento sanitario o determinato in parte da esso (inclusa la assenza di un trattamento che doveva essere messo in atto), che determini un monitoraggio aggiuntivo, terapie, prolungamenti di degenza o il decesso del paziente. *Griffin F et al. Institute for Healthcare Improvement*

DANNO

- Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

	N.	
Segnalazioni annuali,	4.952	
di cui:	N.	
- Incident reporting, di cui	1.768	
	N.	%
Area organizzativa (accesso, percorsi clinico assistenziali, trasferimenti, trasporti)	570	32.2
Area terapia (prescrizione, somministrazione, preparazione, conservazione, approvvigionamento farmaci)	343	19.4
Area assistenza (valutazione paziente, infezioni correlate all'assistenza, lesioni da pressione, nutrizione, emoderivati, procedure diagnostiche e terapeutiche)	374	21.2
Area diritti del paziente (comunicazione, comportamenti non corretti da parte degli operatori, rispetto procedure, identificazione paziente)	342	19.3
Area infrastrutture (apparecchiature, elettromedicali, impianti e rete informatica, strutture)	87	4.9
Altro	52	2.9
	N.	
- Violenza su operatore	488	
- Cadute	2.696	
	N.	
Segnalazioni che hanno richiesto approfondimento,	1.567	
di cui	N.	% su segnalazioni approfondite
RCA	13	0.8
Audit strutturato	79	4.7
Audit breve	182	11.6
Altro	1299	82.9
	N.	
Azioni di miglioramento attuate nell'anno	758	



Dati 2022

<https://arcs.sanita.fvg.it/it/cittadini/rete-cure-sicure-fvg/dati/>

Area organizzativa

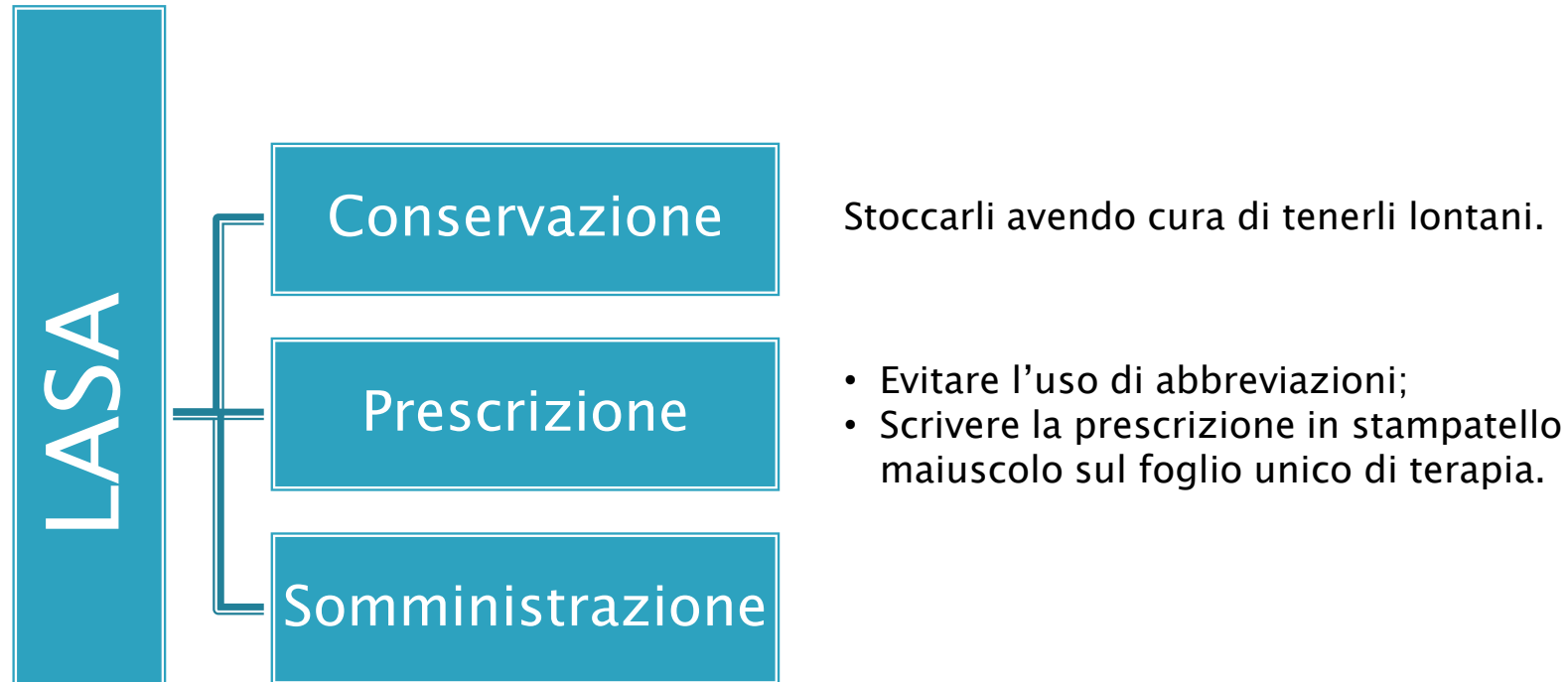
- ▶ Accesso
- ▶ Percorsi clinico
assistenziali
- ▶ Trasferimenti
- ▶ Trasporti

Non riguarda direttamente
l'assistenza, ma
l'organizzazione aziendale

Area terapia

- ▶ **Prescrizione**
- ▶ **Somministrazione**
- ▶ **Preparazione**
- ▶ **Conservazione**
- ▶ **Approvvigionamento**

LASA (LOOK ALIKE SOUND ALIKE): farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni.



FALA (Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione): Sono quei farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, della stretta finestra terapeutica e dell'alta possibilità di interazioni.

Esempio di stoccaggio armadio 	Il ripiano dove si trovano i farmaci ad alto livello di attenzione è bordato in rosso con l'indicazione di farmaci ad alto rischio.
	Le compresse ad alto rischio sono posizionate su ripiani bordati in rosso con indicazione "Farmaci ad alto rischio".
	 ATTENZIONE: ELETTROLITI CONCENTRATI SOMMINISTRARE SOLO PREVIA DILUIZIONE MORTALE SE INFUSO NON DILUITO
Gli elettroliti concentrati vanno conservati in un cassetto o contenitore chiuso. Evidenziare in rosso il cassetto o il contenitore ed apporre il pittogramma.	Fare riferimento all'allegato per la stampa del cartello.

Esempio di stoccaggio carrello di terapia



Esempio di stoccaggio carrello emergenza



I farmaci sono raggruppati in un'unica zona, bordata in rosso con l'indicazione di farmaci ad alto rischio.

Esempio di stoccaggio Frigorifero

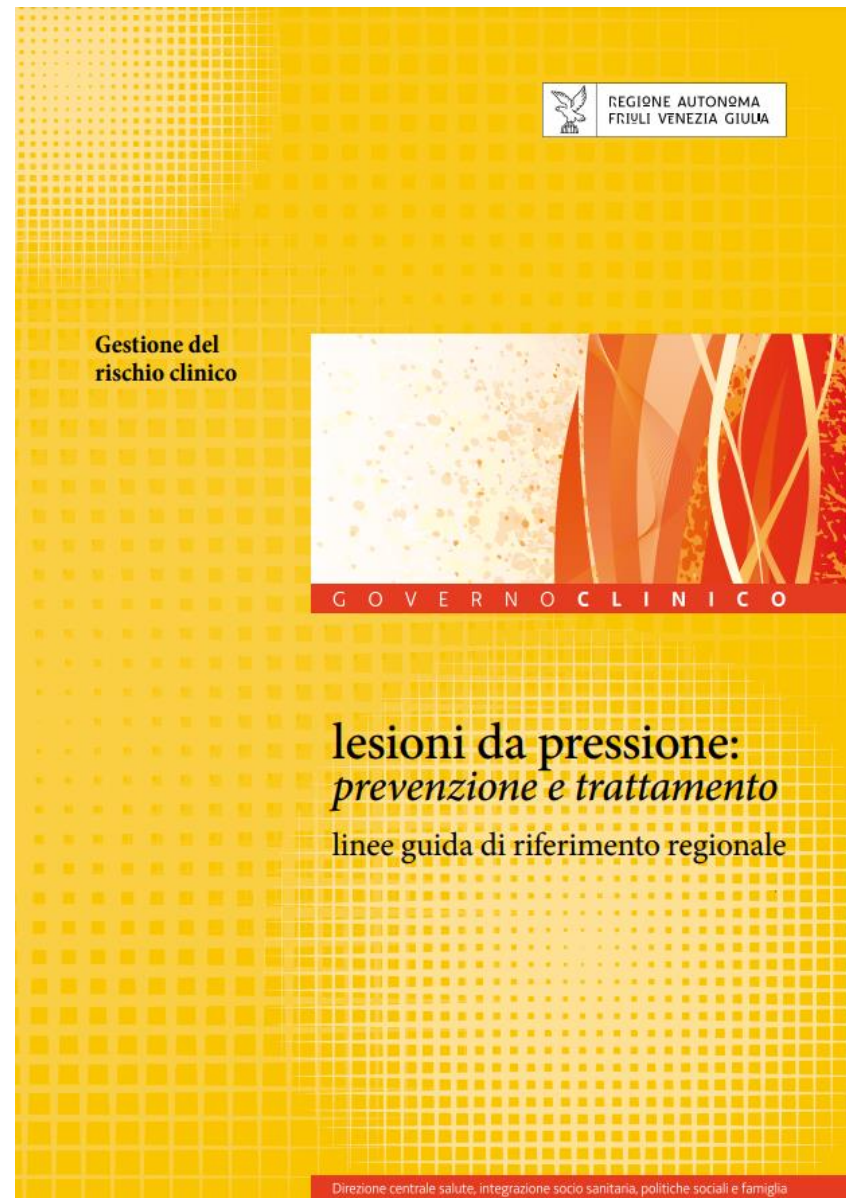


I farmaci sono raggruppati in un unico ripiano, bordato in rosso, con l'indicazione di farmaci ad alto rischio.

Area assistenza

- ▶ Valutazione paziente
- ▶ ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)
- ▶ Lesioni da pressione
- ▶ Nutrizione
- ▶ Emoderivati
- ▶ Procedure diagnostiche e terapeutiche

LESIONI DA PRESSIONE



<https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/05/15/LLGG%20FVG%202013.pdf>

PREVENZIONE

L'individuazione del rischio di insorgenza di LdD rappresenta il primo intervento assistenziale da attuare al momento della presa in carico della persona. Tale **valutazione** deve essere effettuata utilizzando strumenti validati (**Norton modificata secondo Nancy Stotts**) che integrano ma non sostituiscono il giudizio clinico dei professionisti.

I soggetti a rischio devono essere sottoposti ad **un'ispezione cutanea sistematica** almeno una volta al giorno, prestando particolare attenzione alle zone a rischio.

E' indispensabile individuare tempestivamente i soggetti malnutriti o a rischio nutrizionale.

I soggetti allettati, ritenuti a rischio di lesione, devono essere **mobilizzati** almeno ogni 2/4 ore.

Gli interventi assistenziali rivolti ai soggetti a rischio devono prevedere la disponibilità tempestiva di **ausili antidecubito** (lesioni da pressione: prevenzione e trattamento linee guida di riferimento regionale)

Al fine di garantire l'uniformità, la continuità e l'efficacia degli interventi, il soggetto a rischio, gli operatori sanitari e i caregivers, devono essere precocemente **formati** attraverso interventi di educazione sanitaria e terapeutica.

Particolare attenzione deve essere posta nei soggetti sottoposti a intervento chirurgico di durata superiore ai 90 minuti. Utilizzare sul tavolo operatorio un materasso antidecubito.

Elementi	Definizione del rischio	Rivalutazione
Condizioni generali –igiene, nutrizione, medicazioni, movimenti	Ad ogni elemento viene dato un punteggio da 1 a 4	Su base settimanale
Stato mentale – Risponde a domande relative a tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce	Il <u>SOGGETTO A RISCHIO</u> ha un punteggio compreso tra 5 e 14	Ad ogni cambiamento delle condizioni cliniche
Deambulazione – Distanza e indipendenza nella deambulazione		Alla dimissione
Mobilità – Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo		
Incontinenza – Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci		

A5.DP.01
Rev. 06

PROCEDURA TRASFUSIONALE DIMIT –COBUS

EMODERIVATI

MATRICE DELLE REVISIONI					
REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE	REDAZIONE	VERIFICATA	APPROVATA
06	22/04/2024	Modifica del punto 7.2	Dir. Dott. Massimo La Raja	RGQ Dott. Gaetano Puleo	Dir. Dott. Massimo La Raja
05	01/03/2023	Nuova check list + emoward	Dir. Dott. Massimo La Raja	RGQ Dott. Gaetano Puleo	Dir. Dott. Massimo La Raja
04	15/07/2019	Nuove linee guida	Dir. Dott. Luca Giovanni Mascaretti	RGQ Dott. Lorenzo Carlini	Dir. Dott. Luca Giovanni Mascaretti

Aprile 2024


Documento firmato da:
MASSIMO LA RAJA
22.04.2024 10:00:39 UTC

Richiesta è strutturata in **due copie**:

1. la prima copia viene consegnata, accompagnata sempre da un campione di sangue (in EDTA tappo viola) al DIMIT;
2. la seconda serve per il ritiro delle unità (le etichette apposte dal DIMIT corrispondono al numero di unità ritirate) e dovrà essere archiviata in cartella.

Deve riportare i seguenti dati:

- generalità anagrafiche del paziente (cognome, nome, sesso, data di nascita);
- i dati nosologici del paziente (ospedale, reparto, codice identificativo/nosografico se disponibile);
- il tipo e la quantità/volume degli emocomponenti richiesti;
- la patologia e il motivo della richiesta in modo che risulti chiara l'indicazione alla trasfusione;
- il grado di urgenza e la motivazione clinica;
- i dati di laboratorio essenziali per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta e per la scelta degli emocomponenti da assegnare;
- i dati di anamnesi immunoematologica (gravidanze e trasfusioni pregresse);
- la data e l'ora della richiesta.

Tutto ciò per assicurare:

- che il medico abbia valutato attentamente le necessità, benefici, rischi e costi della trasfusione, avendo escluso terapie alternative;
- appropriatezza in base alle linee guida vigenti;
- che il medico abbia valutato dose e urgenza;
- che il medico abbia indicato dati anamnestici rilevanti (precedenti gravidanze, trasfusioni, reazioni trasfusionali pregresse eventuali terapie anticoagulanti o antiaggreganti), che consentano al personale del Servizio Trasfusionale di interpretare i risultati delle indagini immunoematologiche onde garantire la sicurezza trasfusionale.



Modalità richiesta in base al grado di urgenza	Caratteristiche cliniche dei pazienti	Tempistica disponibilità unità	Modalità evasione richiesta	Note
RICHIESTA URGENTISSIMA	Pazienti in imminente pericolo di vita	Consegna immediata da parte del personale in servizio o prelevamento diretto di unità 0 Rh negative da frigoemoteche disponibili nei vari presidi ospedalieri	Senza prove pre-trasfusionali di compatibilità. Le unità assegnate potranno essere: 0 negativo, 0 positivo o omogruppo AB0 Rh a seconda del numero di campioni pervenuti e se il paziente è noto al sistema.	La trasfusione viene eseguita sotto la responsabilità del medico richiedente. Inviare appena possibile la provetta per la determinazione del gruppo e successivamente quella per il controllo gruppo in modo da non sprecare inutilmente emazie di gruppo 0 negativo. Avvisare immediatamente il personale del DIMT in caso di prelievo da frigoemoteche dedicate
RICHIESTA URGENTE CLINICAMENTE NON DIFFERIBILE	Pazienti instabili non in pericolo di vita	La consegna avviene nella maggior parte dei casi entro un'ora e non oltre due ore.	Con prove pre-trasfusionali complete nella maggior parte dei casi	Deve essere segnalata sulla richiesta la motivazione dell'indifferibilità
RICHIESTA PROGRAMMATA	Pazienti stabili o con intervento programmato	Nelle due sedute di distribuzione di sangue routinarie, di regola dalle 8 per le richieste pervenute il giorno prima, dalle 17 per quelle giunte entro le 14 del giorno stesso	Prevede l'esecuzione delle prove pre-trasfusionali complete	

Gruppo AB0 del ricevente	Unità di Plasma compatibili	Unità di Piastrine compatibili*	
		Prima Scelta (in ordine di priorità)	Seconda Scelta (in ordine di priorità)
A	A, AB	A, AB	B, 0
B	B, AB	B, AB	A, 0
0	0, A, B, AB	0, A, B, AB	
AB	AB	AB	A, B, 0

Compatibilità gruppo AB0 ed Rh concentrati eritrocitari - ricevente

		Gruppo sanguigno concentrati eritrocitari									
		A		B		AB		0			
		+	-	+	-	+	-	+	-		
Gruppo sanguigno ricevente	A	+									
		-									
	B	+									
		-									
	AB	+									
		-									
	0	+									
		-									

L'assegnazione di concentrati eritrocitari Rh positivi a riceventi Rh negativi è prevista nei casi di carenza di scorte ed in assenza di alloanticorpi eritrocitari

Il ritiro delle unità trasfusionali comporta la stampa di due documenti:

1. L'**etichetta** di assegnazione stampate in due copie: una viene attaccata al retro della unità di emocomponente corrispondente, l'altra sulla check-list che accompagna la sacca.

Ricevente **Maria Rossi**
CAI **09991111** Nata il **02-05-1920** Sesso **F**
A POS CcDee kk
Sacca **ASSEGNATA** **A POS CcDee kk**
il **11-07-2016** ore **17:20**
I072116009196
GR privi di BC **03/01/O**
Reparto **T-Clinica Medica** Cons. **Programmata**
Mod.ass. **T** Esito **Negativo** N.prova **469519** Ind.trasf. **R01**
Direttore dott. Mascaretti Luca Term. **✓**

2. Il **modulo verde di accompagnamento** delle unità che reca i dati anagrafici, il codice anagrafico interno (CAI), l'esito della ricerca anticorpale ed il gruppo del paziente, il numero dell'unità, tipologia di emocomponente, con il gruppo sanguigno e la scadenza. Il modulo riporta anche lo spazio dove il reparto deve indicare ora di inizio e fine trasfusione e nella parte bassa, la comunicazione sull'utilizzo delle sacche. Il retro del modulo deve essere utilizzato per comunicare al trasfusionale eventuali reazioni indesiderate alla trasfusione.

MD13b Distinta per consegna

Al reparto 

Paziente
CAI 

Data di nascita **29-04-1933** Sesso **Maschio**
Tipizzazione **0 NEG ccdee kk**
Ricerche anticorpali: data prova **17-06-2016 07:54** esito **NEG**

Richiesta n. **5119363** del **17-06-2016 07:12** Stato **Parz. evasa** Codice ricovero **---** Letto **---**

CDM	Emc	Bag	Uso	ABO	Rh	Data scadenza	Trasfusa	Restituita
I 0721 16.007641	GR privi di BC	01	Omologo	0	NEG	24-06-2016 23:59	☐ il --- dalle --- alle --- il ---	

Operatore Validazione: **---**

E' possibile richiedere altre sacche senza campione perché T&S è ancora valido fino al **20-06-2016** ore **06:54**

Unità richieste **2** Unità da consegnare **1**

Gruppo paziente (estratto del referto)

compatibilità

Gruppo unità

Primo Controllo (medico e infermiere)

Verifica documentale dei dati e gruppo sanguigno del paziente e della sacca su :

- Richiesta trasfusionale
- Foglio Verde di Assegnazione
- Dati presenti sulla sacca



Ricevente: Maria Rossi
CAI 09991111 Nota: 02-05-1920 Sesso: F
A POS CcDee kk
Sacca ASSEGNATA
i 11-07-2016 ore 17:20
1072116009196
GR privi di GC 03/01/10
Raporto T-Clinica Medica Cons. Programmata
Mod.ass. T Esito Negativo N.prova 469519 Ind.trasf. R01
Dietista dott. Mascarelli Luca

Nota: in questo esempio i dati non corrispondono
Quindi non è la sacca giusta per quel paziente !!!

PRIMO CONTROLLO (MEDICO E INFERMIERE)
Il paziente ha firmato il modulo del consenso informato alla trasfusione
CONTROLLO DELLA COMPATIBILITA' IMMUNOLOGICA TEORICA
I dati presenti su ogni singola unità corrispondono a quelli riportati su:
● Richiesta trasfusionale
● Gruppo sanguigno
● Attestazione di compatibilità (foglio verde)
Cognome, nome e firma del medico Cognome, nome e firma dell'infermiere

Secondo -Ultimo- Controllo al letto del paziente (2 operatori)

1. Chiedere al paziente «Nome Cognome Data di Nascita» E verificare i dati presenti sul BRACCIALETTO



2. Verificare Numero della Sacca e gruppo sanguigno



Nota: in questo esempio i dati non corrispondono
Quindi non è la sacca giusta per quel paziente !!!

ASUGI
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino
CHECK LIST TRASFUSIONALE
DA COMPILARE PER OGNI UNITA' TRASFUSA

RICEVENTE
VERIFICARE Cognome e Nome Data di nascita
SACCA ASSEGNATA
VERIFICARE Codice 107xxxxxxxxxx

PRIMO CONTROLLO (MEDICO E INFERMIERE)
Il paziente ha firmato il modulo del consenso informato alla trasfusione
CONTROLLO DELLA COMPATIBILITA' IMMUNOLOGICA TEORICA
I dati presenti su ogni singola unità corrispondono a quelli riportati su:
● Richiesta trasfusionale
● Gruppo sanguigno
● Attestazione di compatibilità (foglio verde)
Cognome, nome e firma del medico Cognome, nome e firma dell'infermiere

IN SALA OPERATORIA L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE VIENE EFFETTUATA ALL'INGRESSO (SIGN IN) CON RICHIESTA DIRETTA E VERIFICA DEL BRACCIALETTO DAGLI OPERATORI FIRMATARI. TALE IDENTIFICAZIONE E' DA RITENERSI VALIDA PER TUTTE LE UNITA' TRASFUSE DURANTE LA SEDUTA OPERATORIA.

ULTIMO CONTROLLO - AL LETTO DEL PAZIENTE (DUE OPERATORI)
IDENTIFICAZIONE DEL RICEVENTE
✓ Richiesta al paziente dei propri dati identificativi (cognome,nome, data di nasc.)
N.A. N.A.
✓ Verifica dei dati identificativi sul BRACCIALETTO
✓ Verifica del CODICE ALFANUMERICO della Sacca abbinata al Ricevente
✓ Ispezione della sacca per la presenza di anomalie (integrità, colore anomalo)

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino
CHECK LIST TRASFUSIONALE
DA COMPILARE PER OGNI UNITA' TRASFUSA

RICEVENTE
VERIFICARE Cognome e Nome Data di nascita
SACCA ASSEGNATA
VERIFICARE Codice 107xxxxxxxxxx

PRIMO CONTROLLO (MEDICO E INFERMIERE)
Il paziente ha firmato il modulo del consenso informato alla trasfusione
CONTROLLO DELLA COMPATIBILITA' IMMUNOLOGICA TEORICA
I dati presenti su ogni singola unità corrispondono a quelli riportati su:
● Richiesta trasfusionale
● Gruppo sanguigno
● Attestazione di compatibilità (foglio verde)
Cognome, nome e firma del medico Cognome, nome e firma dell'infermiere

IN SALA OPERATORIA L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE VIENE EFFETTUATA ALL'INGRESSO (SIGN IN) CON RICHIESTA DIRETTA E VERIFICA DEL BRACCIALETTO DAGLI OPERATORI FIRMATARI. TALE IDENTIFICAZIONE E' DA RITENERSI VALIDA PER TUTTE LE UNITA' TRASFUSE DURANTE LA SEDUTA OPERATORIA.

ULTIMO CONTROLLO - AL LETTO DEL PAZIENTE (DUE OPERATORI)
IDENTIFICAZIONE DEL RICEVENTE
✓ Richiesta al paziente dei propri dati identificativi (cognome,nome, data di nasc.)
N.A. N.A.
✓ Verifica dei dati identificativi sul BRACCIALETTO
✓ Verifica del CODICE ALFANUMERICO della Sacca abbinata al Ricevente
✓ Ispezione della sacca per la presenza di anomalie (integrità, colore anomalo)

Data Ora
Cognome, nome e firma del 1° operatore Cognome, nome e firma del 2° operatore

REGISTRAZIONE DEI PARAMETRI PRE E POST-TRASFUSIONALI

Parametri vitali prima dell'inizio della trasfusione	Pressione arteriosa	Pulso	Temperatura
Firma del sanitario			
INIZIO TRASFUSIONE	data	ora	
Firma del sanitario			
FINE TRASFUSIONE	data	ora	
In caso di trasfusione di emocomponenti in successione, registrare i parametri vitali entro 60' dalla fine dell'ultima sacca trasfusa, utilizzando l'ultimo modulo trasfusionale usato			
ULTERIORE SACCA	SI	NO	
Parametri vitali entro 60 minuti dalla fine dell'ultima trasfusione	Pressione arteriosa	Pulso	Temperatura
Firma del sanitario:			

Area diritti dei pazienti

- ▶ Comunicazione
- ▶ Comportamenti non corretti da parte degli operatori
- ▶ Rispetto delle procedure
- ▶ **Identificazione del paziente**

Identificazione del paziente

 ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giulia Venezia Giulia REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE		P_03_00
	PROCEDURA		Pagina 1 di 11
			30/11/2021

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

MATRICE DELLE REVISIONI					
REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE	REDAZIONE	VERIFICATA	APPROVATA
00	30/11/2021	1a emissione	Gruppo di lavoro	Risk Manager	DS DSS

Documento firmato da
ANDREA LONGANES
11.05.2022 09:44:56
UTC

Il processo di identificazione del paziente si basa su almeno due elementi (doppio identificativo)

tra i seguenti:

- il nome e cognome e data di nascita del paziente (mediante **identificazione ATTIVA**)

E

- il braccialetto identificativo
- documento di identità con foto
- documentazione sanitaria riportante i dati anagrafici (nome+cognome+data di nascita)

IDENTIFICAZIONE ATTIVA E DOPPIO CONTROLLO



1° PASSAGGIO - VERIFICA VERBALE – IDENTIFICAZIONE ATTIVA

Chiedere espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la data di nascita.

(es. **"Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"**)

Nel caso in cui, alla verifica in anagrafe sanitaria corrispondano più utenti (stesso cognome, nome e data nascita) deve essere ulteriormente verificato anche il luogo di residenza.



La domanda dell'operatore **non deve suggerire la risposta!**
(es. "Lei è il Signor Ugo Verdi, nato il 03/04/1963 ?")



2° PASSAGGIO – CONFRONTO CON UN ALTRO ELEMENTO IDENTIFICATIVO

Verificare la corrispondenza di quanto riferito dalla persona:

- con il braccialetto identificativo (pazienti ricoverati)
- documento di identità con foto
- documentazione sanitaria riportante i dati anagrafici (nome + cognome + data di nascita)

L'identificazione del paziente
essa deve essere effettuata
prima di:

- ▶ prescrizione e somministrazione di **farmaci**;
- ▶ prescrizione e somministrazione di **sangue ed emocomponenti**;
- ▶ **prelievi** di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici;
- ▶ esecuzione di **accertamenti diagnostici e visite mediche**;
- ▶ esecuzione di un **intervento chirurgico** o ad una procedura invasiva;
- ▶ **trasporto** del paziente.



Qualora il **braccialetto** debba essere rimosso per motivi assistenziali, ne va applicato appena possibile uno nuovo.

- ▶ In caso di DETERIORAMENTO / SMARRIMENTO DEL BRACCIALETTO, lo stesso andrà sostituito tempestivamente.
- ▶ Ogni operatore che si trova ad intervenire su un paziente sprovvisto del braccialetto ha la responsabilità di effettuare l'identificazione attiva del paziente e di applicare il braccialetto.
- ▶ In caso di DECESSO del paziente il braccialetto non andrà rimosso.



Area infrastrutture

- ▶ Apparecchiature
- ▶ Elettromedicali
- ▶ Impianti e rete
informatica
- ▶ Strutture

Cadute

Si stima che:

- circa il **14%** delle cadute che si verificano in ospedale è rappresentato dalle **cadute accidentali**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato);
- **l'8%** come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio);
- il **78%** rientri tra le **cadute prevedibili** per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI	P_24_00
	PROCEDURA	Pagina 1 di 16 22/08/2022

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI

MATRICE DELLE REVISIONI					
REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE	REDAZIONE	VERIFICATA	APPROVATA
00	22.08.2022	1° emissione	Gruppo di lavoro	Risk Manager R Perossa	Direttore Sanitario Dott. Andrea Longanesi

Documento firmato
da:
DANIELE PITTIONI
25.08.2022 14:13:40
UTC

FATTORI DI RISCHIO DI CADUTA	
FATTORI INTRINSECI AL PAZIENTE	FATTORI ESTRINSECI
➤ età > 65 anni ➤ anamnesi positiva per precedenti cadute ➤ incontinenza ➤ deterioramento dello stato mentale ➤ deterioramento delle funzioni neuromuscolari ➤ dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana ➤ riduzione del visus ➤ deformazioni o patologie del piede (es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee) ➤ paura di cadere ➤ assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa ➤ assunzione di 4 o più farmaci ➤ variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco	RELATIVI ALL'AMBIENTE ➤ dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni ➤ pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo ➤ percorsi "ad ostacoli" per raggiungere il bagno ➤ illuminazione carente in alcune aree RELATIVI ALLE ATTREZZATURE ➤ letti o barelle non regolabili in altezza ➤ bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia. ➤ campanello o il pulsante di chiamata non facilmente accessibile ➤ ausili per la deambulazione inadeguati

1. VALUTAZIONE INIZIALE DEL RISCHIO CADUTA

- La valutazione del rischio caduta viene effettuata dal **personale infermieristico** della struttura di accoglimento.
- Il punteggio ottenuto dalla valutazione viene registrato nella documentazione assistenziale in uso (cartella infermieristica/scheda dedicata), insieme all'eventuale pianificazione degli interventi preventivi

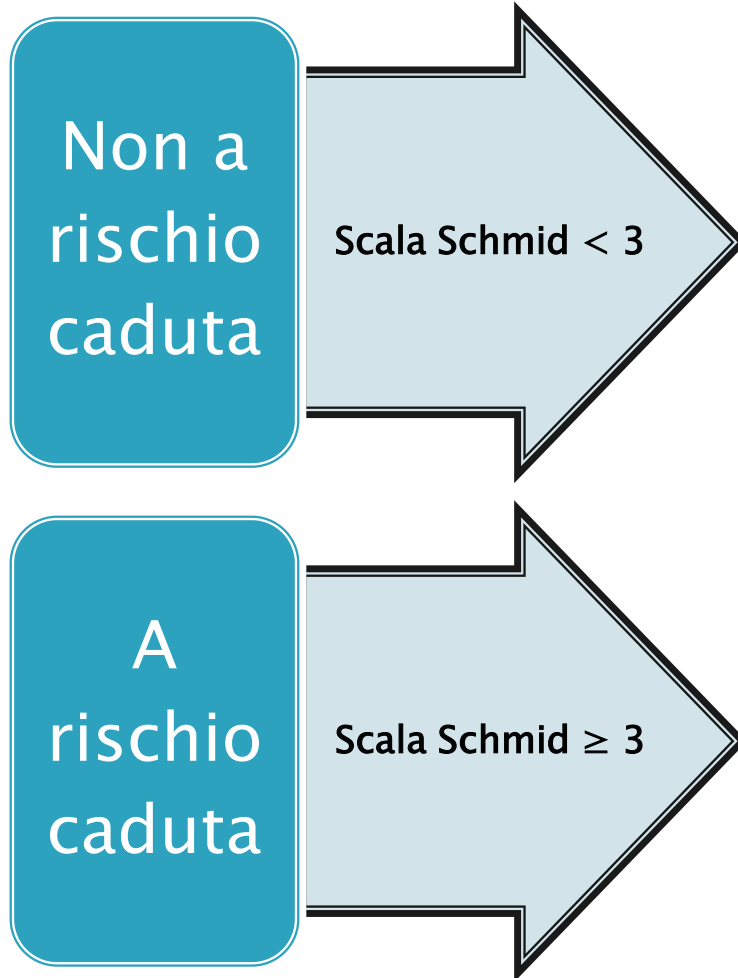
2. RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

- dopo eventuali cadute durante il ricovero;
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute o cognitivo – comportamentale durante la degenza (disorientamento con difficoltà di deambulazione; modifiche della marcia per patologie neurologiche; dopo intervento chirurgico, indagine diagnostica o prestazioni con sedazione – ansiolisi; dopo variazione di terapia comprendente farmaci anticonvulsivi, psicotropi, Ipnotici)
- rivalutazione settimanale se la degenza è superiore a 7 giorni;
- valutazione intermedia nei ricoveri in RSA;
- alla dimissione di pazienti fragili e/o con necessità di continuità assistenziale.

Area	Motivazione	Precauzioni da adottare
Terapie intensive e semi-intensive • Rianimazione • Recovery Room • TIPO (post-operatorie) • Unità Coronarica • Medicina d'Urgenza	Pazienti ricoverati in aree intensive e semi-intensive sono soggetti a poli-farmacoterapia e a frequenti variazioni di posologia dei farmaci con stato di coscienza alterato	• Tutti i pazienti sono da considerare a rischio caduta: non è necessaria la valutazione del rischio, vanno invece pianificati gli interventi di prevenzione • E' ammesso il ricorso all'uso di bandine protettive. • Adottare sorveglianza visiva continua.
Ostetricia	Il parto rappresenta una situazione di rischio, perché può comportare anemizzazione./ utilizzo di anestetici / intervento chirurgico (in caso di taglio cesareo)	• Tutte le pazienti sono da considerare a rischio caduta: non è necessaria la valutazione del rischio, vanno invece pianificati gli interventi di prevenzione • Fornire informazioni ed educazione sul rischio di caduta del neonato e sulle misure preventive da adottare
Pediatria	Non esistono scale validate per la valutazione del rischio in età pediatrica Il rischio di caduta è intrinseco all'età pediatrica.	• Tutti i pazienti sono da considerare a rischio caduta: non è necessaria la valutazione del rischio, vanno invece pianificati gli interventi di prevenzione • Fornire informazioni sul rischio di caduta del bambino e sulle misure preventive da adottare al genitore o un adulto di riferimento

Area	Motivazione	Precauzioni da adottare
Sale Operatorie - Sale operatorie - Sale Emodinamica	I pazienti possono avere uno stato di coscienza alterato ed essere soggetti a terapia FRID. La posizione sul letto operatorio può essere variata con esposizione a rischio di caduta se il paziente non è assicurato al letto.	- Porre la massima attenzione nel trasferimento del paziente da letto/barella a tavolo operatorio: allineare i due piani e bloccare le ruote dei due letti. - Assicurare il paziente al letto operatorio con idonee cinghie di fissaggio.
		Prevedere l'uso di appoggi antiscivolamento nel caso di Trendelenburg e anti-Trendelenburg e appoggi laterali nel caso di inclinazioni laterali.
Sale endoscopiche e altre aree in cui si eseguono procedure in sedazione	I pazienti possono avere uno stato di coscienza alterato ed essere soggetti a terapia FRID.	- Porre la massima attenzione nel trasferimento del paziente - Adottare sorveglianza visiva continua - Sorvegliare/sostenere il paziente durante il ripristino della posizione eretta
Pronto Soccorso OBI Altre aree con pazienti barellati	I pazienti possono sostare su barelle ed essere esposti a rischio di caduta più elevato	- E' raccomandato il ricorso all'uso di spondine protettive sulle barelle - Le barelle devono essere ad altezza variabile e poste all'altezza minima. - Adottare sorveglianza visiva continua se necessario
Sezioni Radiologiche	La situazione di rischio più rilevante è nella fase di trasferimento da letto/barella a tavolo radiologico. Nelle procedure diagnostiche di lunga durata (TAC - RM) rischio caduta per repentino ripristino della stazione eretta (ipotensione in ortostatismo)	- Porre la massima attenzione nel trasferimento del paziente da letto/barella a tavolo radiologico - Allineare i due piani e bloccare le ruote del letto/barella. - Sorvegliare/sostenere il paziente durante il ripristino della posizione eretta - Adottare sorveglianza visiva continua se necessario

PREVENZIONE DELLE CADUTE E LIMITAZIONE DEL DANNO DA CADUTA



INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

Fornire a tutti i pazienti ricoverati, ai familiari e ai caregivers, le informazioni relative a:

- Fattori di rischio di caduta, legati a caratteristiche della persona
- Percorsi idonei per muoversi all'interno della stanza e per raggiungere i servizi igienici
- Istruzioni su ubicazione ed uso degli ausili, dei campanelli di chiamata e degli interruttori della luce
- Istruzioni sulla movimentazione del letto, sull'altezza di sicurezza e la frenatura del presidio
- Indicazioni all'utilizzo di abbigliamento idoneo (*vestiario comodo, scarpe chiuse con suola antiscivolo*).
- Se limitazione della mobilità informare sul modo con cui eseguire i passaggi posturali in sicurezza
- Educazione alla chiamata del personale se difficoltà di alzarsi o deambulare e /o uso del servizio igienico

INTERVENTI AGGIUNTIVI DI PREVENZIONE NEL PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA

- Utilizzare letti ad altezza variabile, posizionarli al livello di altezza minima per favorire l'autonomia nella mobilità e limitare gli eventuali danni provocati dalla caduta da letto
- Collocare il paziente in una stanza o area che permetta di agevolare il più possibile la sorveglianza da parte degli operatori sanitari
- Favorire la presenza di familiari o caregivers
- Accompagnare in bagno, ad intervalli regolari, ove possibile, il paziente in trattamento farmacologico con diuretici e/o lassativi;
- Verificare il corretto posizionamento del presidio per l'incontinenza, quando presente, lo stato igienico prima del riposo notturno e durante la notte in occasione di risvegli. Consegnare, se necessario, presidi per urinare, pappagalli o padelle, per evitare di recarsi ai servizi durante il riposo notturno e durante la notte
- Agli utenti con deficit motori, in collaborazione con il fisioterapista, favorire l'utilizzo di ausilio idoneo per la deambulazione, fornendo l'addestramento necessario e registrando in cartella le indicazioni date.
- Implementare gli interventi preventivi in presenza di terapia con farmaci (se ≥ 4) depressori del S.N.C.; considerare con il medico l'opportunità di rimodulare la terapia. Favorire il riposo evitando, se possibile, di infondere liquidi durante la notte.

STRUTTURA _____

Cognome	spazio etichetta	Inizio ricovero
Nome		Data
Data di nascita/...../.....		Ora
N°Acc		

LA VALUTAZIONE INIZIALE DEL RISCHIO CADUTA SI EFFETTUA

- Alle persone di età > 18 anni in regime di ricovero ospedaliero o territoriale (RSA, Hospice, etc)
- Entro 24 ore dal ricovero e/o trasferimento da altra struttura/servizio

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA NON SI EFFETTUA

- Reparti di degenza intensiva e sub-intensiva
 - Ostetricia
 - Pediatria
- perché in questi setting tutti i pazienti sono sono considerati ad alto rischio di caduta. Dovranno essere sempre pianificati interventi di prevenzione dedicati.

PUNTEGGIO SCALA SCHMID	RISCHIO DI CADUTA	INTERVENTI DA APPLICARE
< 3	NON A RISCHIO	➤ INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE
≥ 3	A RISCHIO	➤ INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE + ➤ INTERVENTI AGGIUNTIVI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

LA RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA SI EFFETTUA

- Dopo eventuali cadute durante il ricovero
- In caso di modificazioni significative dello stato di salute, coscienza e mobilità durante la degenza
- Dopo intervento chirurgico, indagine diagnostica o prestazioni con sedazione – ansiolisi
- Rivalutazione settimanale in caso di degenza superiore a 7 giorni
- Valutazione intermedia nei ricoveri in RSA
- Alla dimissione in caso di pazienti fragili o con necessità di continuità assistenziale

INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

Devono essere forniti a tutti i pazienti ricoverati, ai familiari e ai caregivers, con informazioni verbali / opuscoli informativi relativi alle precauzioni standard da adottare per prevenire il rischio caduta quali:

Fattori di rischio di caduta, legati a caratteristiche della persona	SI	N.A.
Percorsi idonei per muoversi all'interno della stanza e per raggiungere i servizi igienici	SI	N.A.
Istruzioni su ubicazione ed uso degli ausili, dei campanelli di chiamata e degli interruttori della luce	SI	N.A.
Istruzioni sulla movimentazione del letto, sull'altezza di sicurezza e la frenatura del presidio	SI	N.A.
Indicazioni all'utilizzo di abbigliamento idoneo (vestiario comodo, scarpe chiuse con suola antiscivolo)	SI	N.A.
Se limitazione della mobilità informare sul modo con cui eseguire i passaggi posturali in sicurezza	SI	N.A.
Educazione alla chiamata del personale se difficoltà di alzarsi o deambulare e /o uso del servizio igienico	SI	N.A.

Legenda: SI = intervento effettuato NA = intervento non applicabile

VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA	VALUTA- ZIONE INIZIALE	MOTIVO RIVALUTAZIONE (CAD / MOD / INT / RIV / DIM)			
SCALA SCHMID					
VALUTAZIONE DELLA MOBILITA'					
Cammina con andatura sicura, senza alterazioni	0	0	0	0	0
Cammina o si sposta con ausili o con aiuto	1	1	1	1	1
Cammina con andatura malferma e senza aiuto	1	1	1	1	1
Impossibilitato a camminare o spostarsi	0	0	0	0	0
VALUTAZIONE DELLO STATO COGNITIVO					
Vigile e orientato	0	0	0	0	0
Confuso a tratti (confusione periodica)	1	1	1	1	1
Confusione costante	1	1	1	1	1
Comatoso / non risponde agli stimoli	0	0	0	0	0
VALUTAZIONE DELL'ELIMINAZIONE					
Autonomo nell'eliminazione	0	0	0	0	0
Indipendente, con alterazioni dell'alvo e della diuresi	1	1	1	1	1
Necessita di assistenza nell'igiene personale	1	1	1	1	1
Incontinente	0	0	0	0	0
VALUTAZIONE PREGRESSE CADUTE					
SI – Prima del ricovero (ultimi 6 mesi)	1	1	1	1	1
SI – Durante il ricovero (data)	2	2	2	2	2
NO - Nessuna caduta	0	0	0	0	0
Non ricorda / non riferisce precedenti cadute	1	1	1	1	1
TERAPIA FARMACOLOGICA					
Assunzione di farmaci anticonvulsivi / psicotropi / ipnotici	2	2	2	2	2
PUNTEGGIO TOTALE					
SE ≥ 3 ➡ PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA					
IL SOGGETTO E' A RISCHIO DI CADUTA ?	SI' NO	SI' NO	SI' NO	SI' NO	SI' NO
Firma valutatore					
Data / ora valutazione					

Legenda: **CAD** = caduta durante il ricovero, **MOD** = modificazioni significative dello stato di salute, **INT** = intervento chirurgico / procedure invasive o in sedazione, **RIV** = rivalutazione a 7 giorni o intermedia se RSA **DIM** = rivalutazione per dimissione se paziente fragile

INTERVENTI DI PREVENZIONE NEL PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA
Da compilare sempre se punteggio SCALA SCHMID > 3

La decisione di scegliere se e quali provvedimenti mettere in atto va presa tenendo conto della valutazione clinica del singolo paziente

INTERVENTI DI PREVENZIONE	Data	Data	Data	Data
Utilizzare letti ad altezza variabile, posizionarli nel livello di altezza minima per favorire l'autonomia nella mobilità e limitare gli eventuali danni provocati dalla caduta da letto	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Collocare il paziente in una stanza o area che permetta di agevolare il più possibile la sorveglianza da parte degli operatori sanitari	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Favorire la presenza di familiari o caregivers	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Accompagnare in bagno, ad intervalli regolari, ove possibile, il paziente in trattamento farmacologico con diuretici e/o lassativi	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Verificare il corretto posizionamento e lo stato igienico del presidio per l'incontinenza, prima del riposo notturno e durante la notte in caso di risvegli. Consegnare, se necessario, pappagalli o padelle, per evitare di recarsi in bagno durante la notte	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Agli utenti con deficit motori, in collaborazione con il fisioterapista, favorire l'utilizzo di ausilio idoneo per la deambulazione, fornendo l'addestramento necessario e registrando in cartella le indicazioni date	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Implementare gli interventi preventivi in presenza di terapia con farmaci (se ≥ 4) depressori del S.N.C.; considerare con il medico l'opportunità di rimodulare la terapia. Se possibile non infondere liquidi durante la notte	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Firma valutatore				

Legenda: SI = intervento opportuno ed applicabile, NO = intervento non opportuno NA = intervento non applicabile (documentare il motivo)

GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

1. Valutare i parametri vitali e lo stato di coscienza; se necessario applicare il protocollo BLSD.
2. Accertare l'eventuale presenza di ferite, ematomi e/o segni/sintomi suggestivi di frattura; Se l'infortunato è cosciente ed orientato chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, valutare la mobilità attiva degli arti ed accertare la presenza di eventuali parestesie o formicolii; se possibile, chiedere notizie su come è avvenuta la caduta, facendo indicare quale segmento del corpo è stato interessato dal trauma per orientare l'attenzione sul possibile danno.
3. Mobilizzare la persona solo dopo la valutazione, tranquillizzare l'infortunato, posizionarlo in maniera appropriata e confortevole.
4. Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa effettuare tempestivamente una valutazione clinica e formulare le eventuali relative prescrizioni.
5. Mobilizzare l'infortunato in sicurezza utilizzando, se necessario ausili per l'immobilizzazione e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori,...)
6. Garantire l'esecuzione di eventuali accertamenti diagnostici e provvedimenti terapeutici prescritti
7. Documentare in cartella clinica (Cartella Infermieristica/Cartella Sanitaria Integrata/ scheda dedicata) l'evento e i dati di monitoraggio Rivalutare il rischio di caduta del paziente e modificare il programma di prevenzione delle cadute, piano di assistenza.
8. Monitorare l'infortunato nelle ore successive, in particolare se ha riportato fratture e/o trauma cranico, informando il medico in caso di peggioramento del quadro clinico.
9. Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente.
10. Condividere, se possibile, con la persona assistita e/o caregiver la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili e le azioni di prevenzione.
11. Segnalare l'evento caduta al Servizio Rischio Clinico, utilizzando la scheda informatizzata (solo se non possibile utilizzare la scheda cartacea ("Scheda di segnalazione delle cadute accidentali" di cui all' allegato 2)
12. Attuare azioni di educazione alla prevenzione delle cadute all'assistito e ai caregiver.
13. Nella lettera di dimissione segnalare l'evento caduta durante il ricovero

Violenza su operatore

I dati INAIL relativi ai lavoratori della sanità pubblicati a marzo 2022 e riferiti a quinquennio 2016– 2020, rilevano più di 12mila i casi di infortunio in occasione di lavoro accertati positivamente e codificati come violenze, aggressioni, minacce e similari, con una media di circa 2.500 l'anno.

Un lavoratore aggredito su quattro opera nella sanità e assistenza sociale dove le condizioni di forte stress fisico e psicologico dei pazienti e dei loro familiari possono provocare reazioni violente nei confronti del personale.

- strutture dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche;
- servizi di emergenza-urgenza;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale;
- area integrazione socio-sanitaria.



MISURA DI PREVENZIONE	RESPONSABILI
Valutazione della necessità di incrementare il numero di impianti di videosorveglianza.	DG RSPP Rischio Clinico Direzioni
Valutazione dell'adozione di sistemi di sicurezza (pulsanti di chiamata, telefoni cellulari, cordless) nei luoghi e nelle situazioni identificati come potenzialmente a rischio.	
Valutazione della necessità nelle aree a rischio di eliminare arredi non idonei, potenzialmente pericolosi.	
Valutazione ambientale (confort dei luoghi di attesa, illuminazione).	
Focus group/audit con gli operatori in strutture ove sono occorsi eventi per approfondimento ed identificazione ulteriori misure di miglioramento.	
Valutazione dei progetti di nuova costruzione anche nell'ottica della prevenzione delle aggressioni.	
Assicurare la presenza di vigilanza esterna nelle strutture a maggior rischio.	



MISURA DI PREVENZIONE	RESPONSABILI
• Esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati (utilizzando i poster della campagna contro la violenza sugli operatori sanitari della Direzione Centrale Salute) • Sensibilizzare il personale a segnalare aggressioni o minacce; • Scoraggiare il personale dall'indossare monili che rappresentino un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso (es.: piercing, collane, orecchini...); • Quando possibile garantire la presenza di due figure professionali all'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria in situazioni considerate a rischio; • Promuovere un clima organizzativo orientato alla riduzione degli episodi di violenza. Rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte di operatori, dotando di un cellulare aziendale ogni autovettura in servizio, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione. Se necessario chiedere il supporto delle Forze dell'Ordine.	Dirigenti e preposti
Informare il personale sulle procedure relative anche al supporto (legale e amministrativo, medico-legale e psicologico) per gli operatori che subiscono episodi di violenza.	Rischio clinico
Fornire ai pazienti informazioni chiare sulle modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni non programmabili (es.: tempi di attesa in Pronto Soccorso, visite urgenti).	Comunicazione (sito web, cartellonistica)
Garantire la chiarezza della comunicazione con gli utenti e, nel caso di utenti stranieri, prevedere se necessaria la presenza di un mediatore culturale (ad esempio in caso di ricovero).	Personale sanitario
Prevedere per il personale valutato come potenzialmente a rischio la dotazione di strumenti di identificazione che ne garantiscano comunque la sicurezza personale (ad es. cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome).	Ufficio Personale



LA SECONDA VITTIMA DELL'ERRORE

Prima vittima

- il **paziente** che ha subito il danno, il quale ha l'assoluta priorità assistenziale per l'organizzazione sanitaria.

Seconda vittima

- l'**operatore** coinvolto nell'evento avverso che ha portato danni al paziente, o avrebbe potuto portarli.
- Il professionista si sente personalmente responsabile.
- Diviene vittima in quanto traumatizzato dal proprio errore e/o dalle lesioni causate al paziente.



Il termine "seconda vittima" è stato coniato nel 2000 dal Dr. Albert Wu, professore di politica e gestione della salute presso la Johns Hopkins School of Public Health.

Le seconde vittime riportano una serie di sintomi comuni, simili a quelli che caratterizzano il disturbo post traumatico da stress.

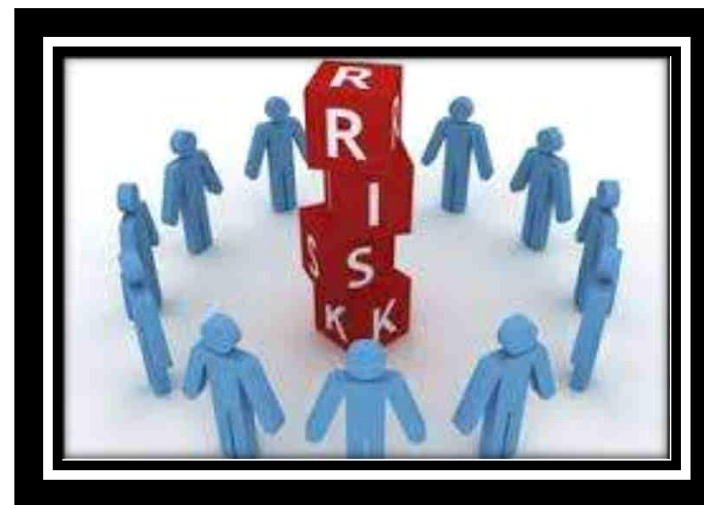
SINTOMI	CONSEGUENZE
Insonnia	Disistima
Riduzione della soddisfazione sul lavoro	Depressione
Senso di colpa	Riduzione delle performance professionali
Ansia (inclusa la paura di litigi sul luogo di lavoro o la perdita del posto di lavoro).	Perdita di interesse per la professione / Richiesta di trasferimento / licenziamento / autodimissione
Per alcuni i ricordi ricorrenti dell'evento contribuiscono al burnout, alla depressione e all'ideazione suicidaria.	Compromissione dei rapporti con i colleghi

È stata dimostrata l'importanza del supporto psicologico che influisce non solo sulle percezioni dei singoli operatori sanitari, ma anche su quella degli altri professionisti dell'équipe di lavoro.

LA DEFINIZIONE DI RISCHIO CLINICO

Con “rischio clinico” si definisce la possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Institute of Medicine (IOM: Kohn L. «To err is human: building a safer health system” National Academy Press. Washington 1999)



Cultura della colpevolizzazione



BLAME

«Chi ha compiuto l'errore?»

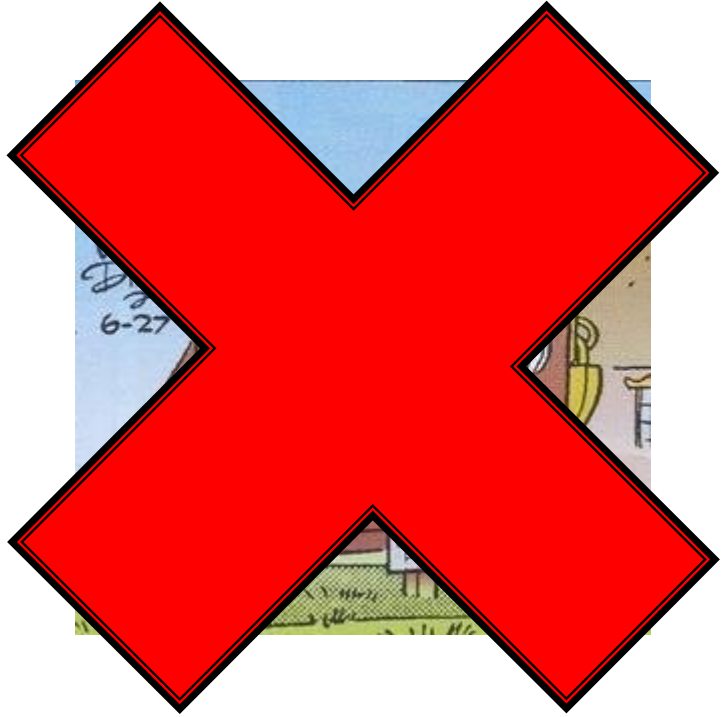
Rischio Clinico

Cultura della Sicurezza



NO BLAME

«Perché è accaduto?»





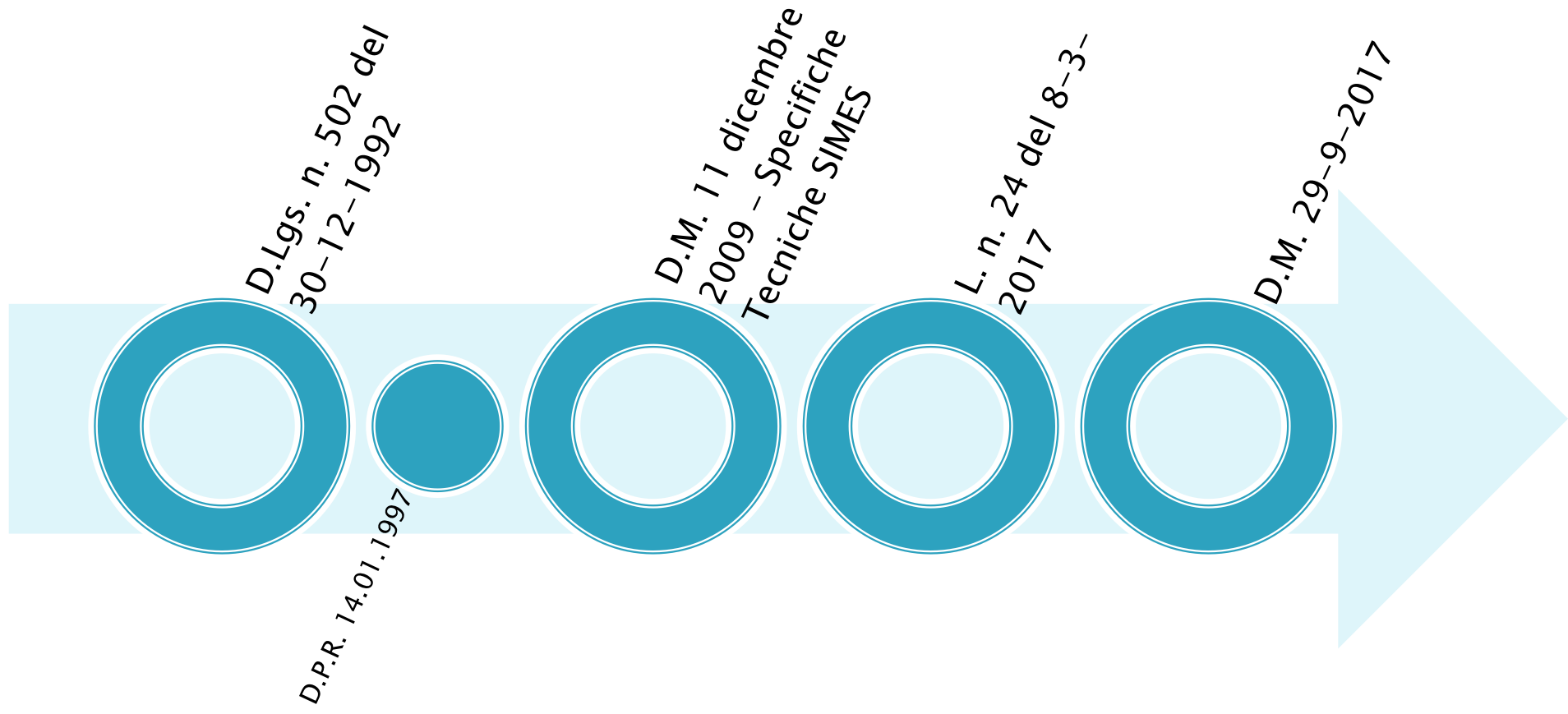
I PRINCIPI LEGISLATIVI ALLA BASE DEL RISCHIO CLINICO

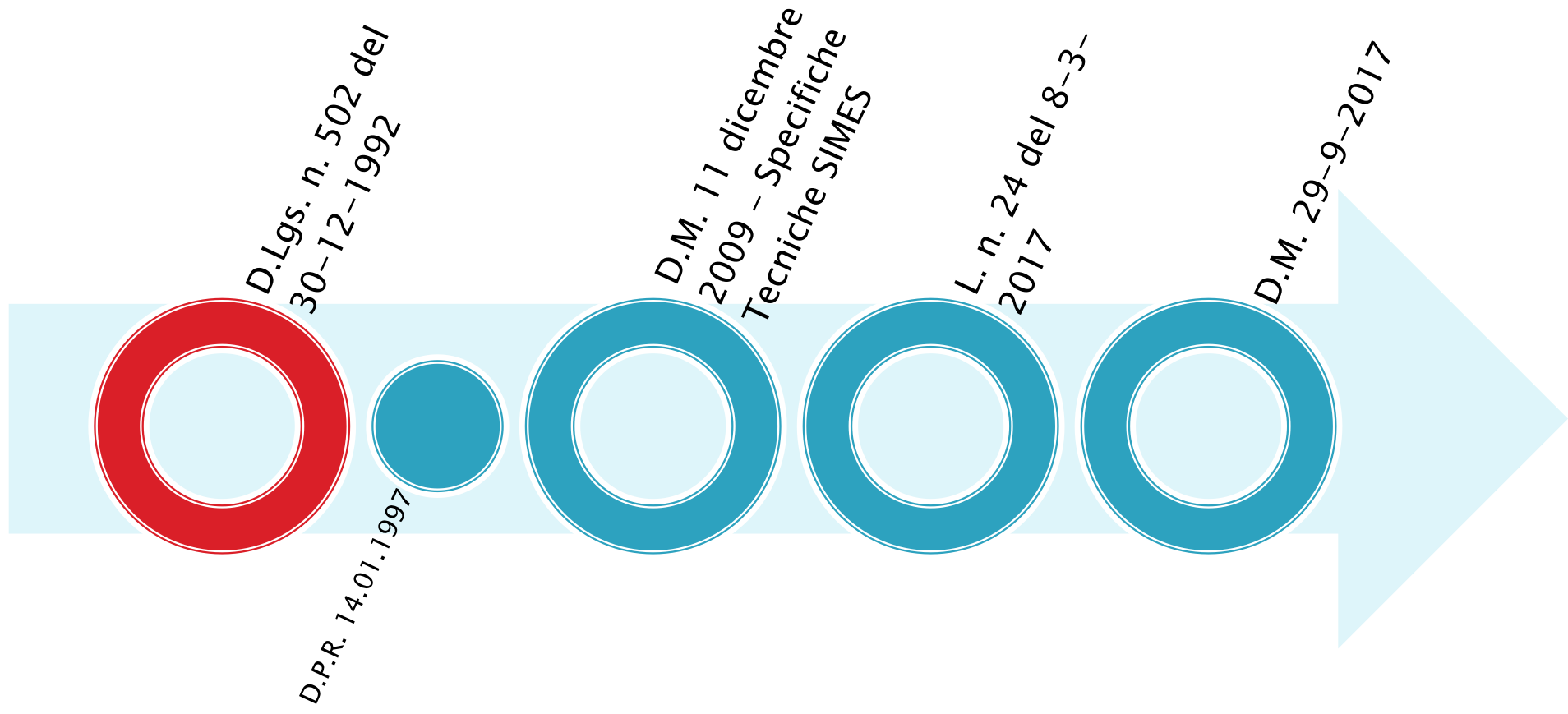
Riferimenti normativi	Titolo
D.Lgs. n .502 del 30-12-1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421	D.Lgs. n. 502 del 30-12-1992
D.P.R. 14.01.1997 Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private	D.P.R. 14.01.1997
D.P.C.M. 01.09.2000 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale	D.P.C.M. 01.09.2000
Intesa Stato – Regioni 20 marzo 2008 Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure	Intesa Stato – Regioni 20 marzo 2008



Riferimenti normativi	Titolo
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – D.M. 11 dicembre 2009 <i>Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità. Pubblicato in G.U. 12 gennaio 2010</i>	D.M. 11 dicembre 2009 Specifiche Tecniche SIMES
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, <i>recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute</i> . Pubblicata nella Gazz. Uff. 10 novembre 2012, n. 263, S.O.	L. n. 189 del 8-11-2012
<i>Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato</i> (legge di stabilità 2016). Pubblicata nella Gazz. Uff. 30 dicembre 2015, n. 302, S.O.	L. n. 208 del 28-12-2015
Ministero della Salute – D.M. 70 del 2-4-2015 <i>Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</i> . Pubblicato nella Gazz. Uff. 4 giugno 2015, n. 127	D.M. 70 del 2-4-2015
Ministero della salute – D.M. 261 del 7-12-2016 <i>Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera</i> . Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 febbraio 2017, n. 31.	D.M. 261 del 7-12-2016

Riferimenti normativi	Titolo
L. n. 24 del 8-3-2017 <i>Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Pubblicata nella Gazz. Uff. 17 marzo 2017, n. 64</i>	L. n. 24 del 8-3-2017
D.M. 29-9-2017 <i>Istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. Pubblicato nella Gazz. Uff. 23 ottobre 2017, n. 248.</i>	D.M. 29-9-2017
Legge n.219 del 22.12.2017 <i>Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento</i>	Legge n.219 del 22.12.2017





D.LGS. N. 502 DEL 30-12-1992 RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA

I PUNTI DI MAGGIOR INTERESSE

Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza (Piano sanitario nazionale)

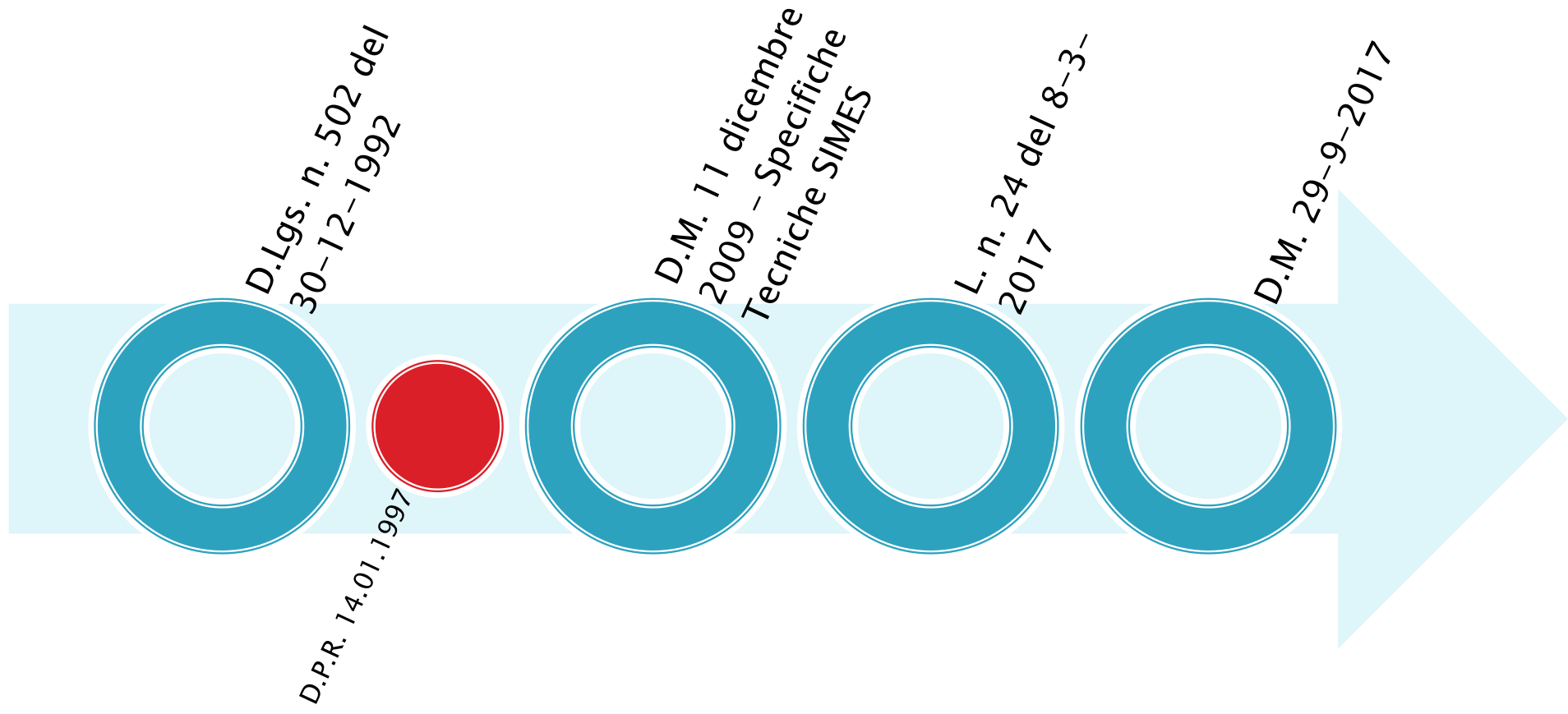
Competenze regionali (determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla **valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.**)

Organizzazione delle unità sanitarie locali (azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.)

Rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università

Istituzione in ogni azienda dei Dipartimenti di prevenzione

Controllo di qualità (Alle Regioni)



DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 gennaio 1997

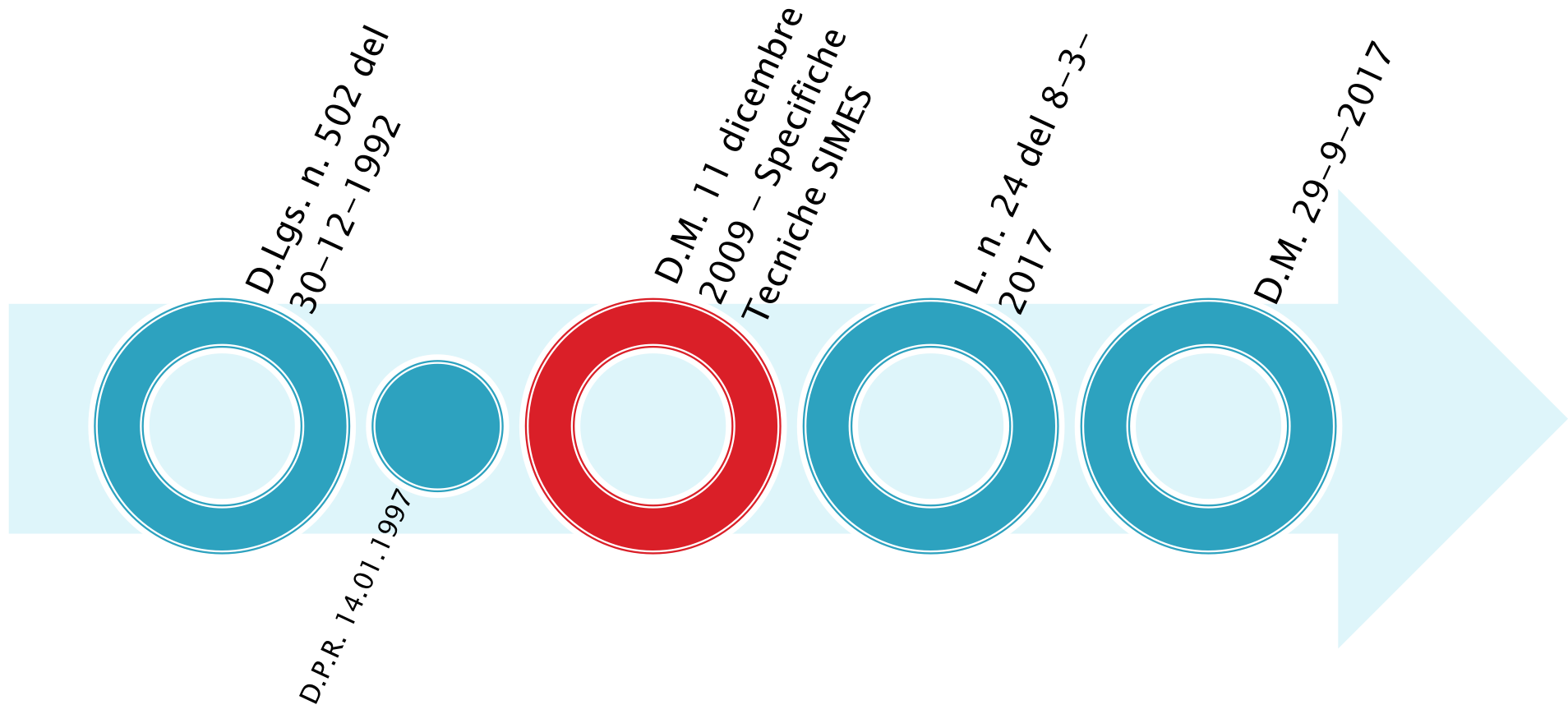
I PUNTI DI MAGGIOR INTERESSE

Classificazione delle strutture (Le regioni classificano le strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza)

Individuazione dei requisiti minimi organizzativi generali (1. politica, obiettivi ed attività; 2. struttura organizzativa; 3. gestione delle risorse umane; 4. gestione delle risorse tecnologiche; 5. **gestione, valutazione e miglioramento della qualità**, linee guida e regolamenti interni; 6. sistema informativo).

GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI - La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale. In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate. **In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.**

Individuazione dei requisiti minimi organizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici (ambulatori, degenze, DH, PS, laboratori, radiologia, DDD, DSM, RSA, sterilizzazione, ecc...) - Rivisti per quanto riguarda gli ospedali con il D.M. 70 del 2-4-2015

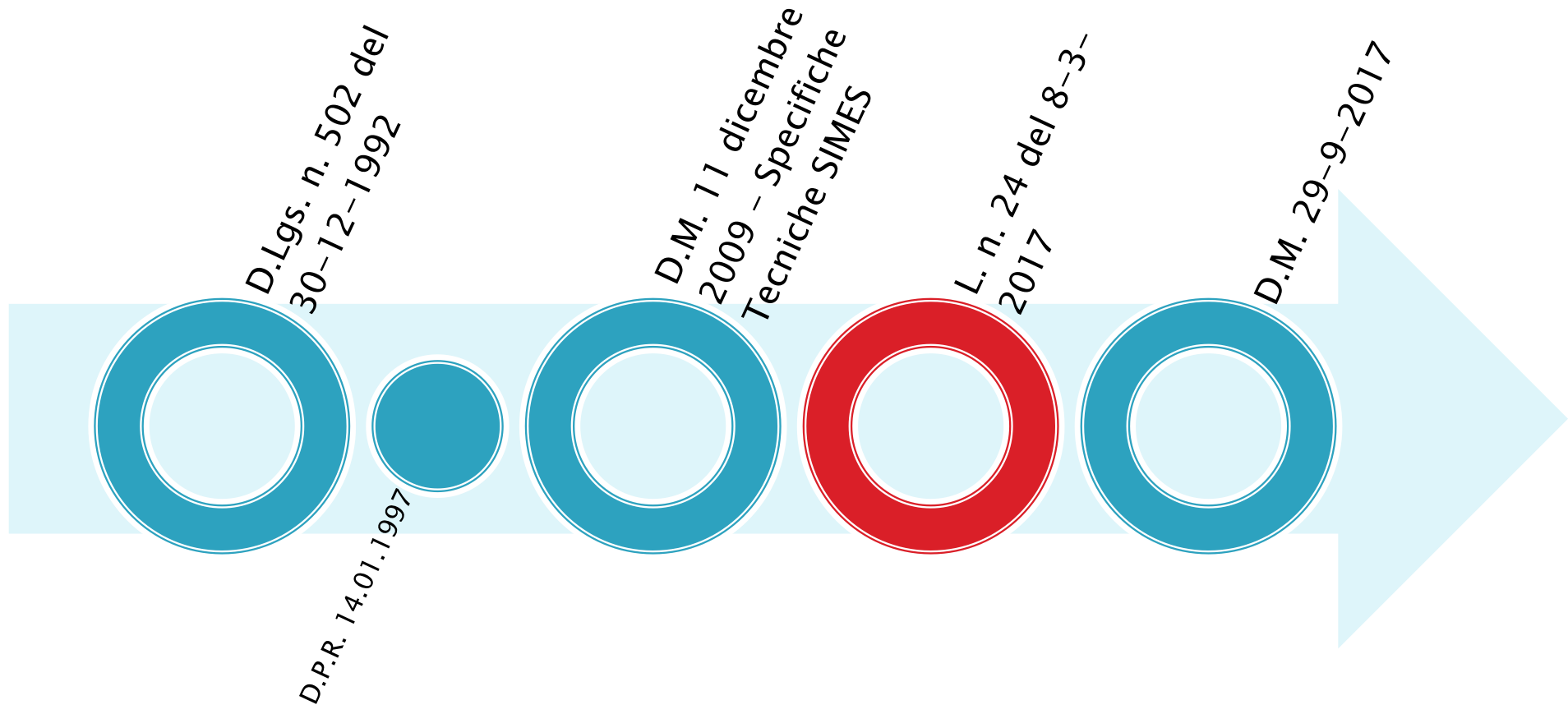


Decreto 11 dicembre 2009

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

- Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – Settore salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema ha completo accesso al Sistema per le elaborazioni finalizzate al monitoraggio degli eventi sentinella.
- L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha completo accesso al Sistema per le elaborazioni finalizzate al monitoraggio della denuncia dei sinistri.
- Sono immediatamente autorizzate all'accesso ai dati di propria competenza le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Evento oggetto di rilevazione	Tracciato	Contenuti informativi oggetto di trasmissione	Note
Rilevazione Evento Sentinella	Tracciato 1	Scheda A	Al verificarsi dell'evento sentinella il Sistema deve essere alimentato con le informazioni relative a: 1. Struttura sanitaria che ha censito l'evento; 2. Referente della compilazione; 3. Identificazione dell'evento sentinella; 4. Dati del paziente; 5. Esito dell'evento
	Tracciato 2	Scheda B	A seguito dell'analisi e conferma dell'evento il Sistema è alimentato con le informazioni relative a: 1. Descrizione dell'evento; 2. Metodo di analisi utilizzato; 3. Lista cause e fattori; 4. Cause e fattori legati alla comunicazione; 5. Cause e fattori umani; 6. Cause e fattori ambientali; 7. Cause e fattori legati alle tecnologie sanitarie, farmaci, linee guida e barriere 8. Azioni per riduzione del rischio
Censimento Denuncia di sinistro	Tracciato 3	Denuncia di sinistro	Al momento dell'inserimento di una nuova denuncia di sinistro il sistema è alimentato con le seguenti informazioni: Denuncia sinistro ▪ Struttura sanitaria che ha censito la denuncia; ▪ Dati richiedente; ▪ Dati identificativi sinistro; ▪ Denuncia cautelativa; ▪ Dati eventuale procedimento in corso. Evento ▪ Dati identificativi Evento avverso; ▪ Dati identificativi danneggiato. ▪ Importi erogati ▪ Dati risarcimento; ▪ Dati identificativi danneggiato. ▪ Data conclusione ▪ Motivazione



Legge Gelli–Bianco L. n. 24 del 8-3-2017

ART.1

- ▶ 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
- ▶ 2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
- ▶ 3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



Legge Gelli–Bianco L. n. 24 del 8-3-2017

ART.2

- ▶ 1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa e il supporto tecnico.
- ▶ 4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

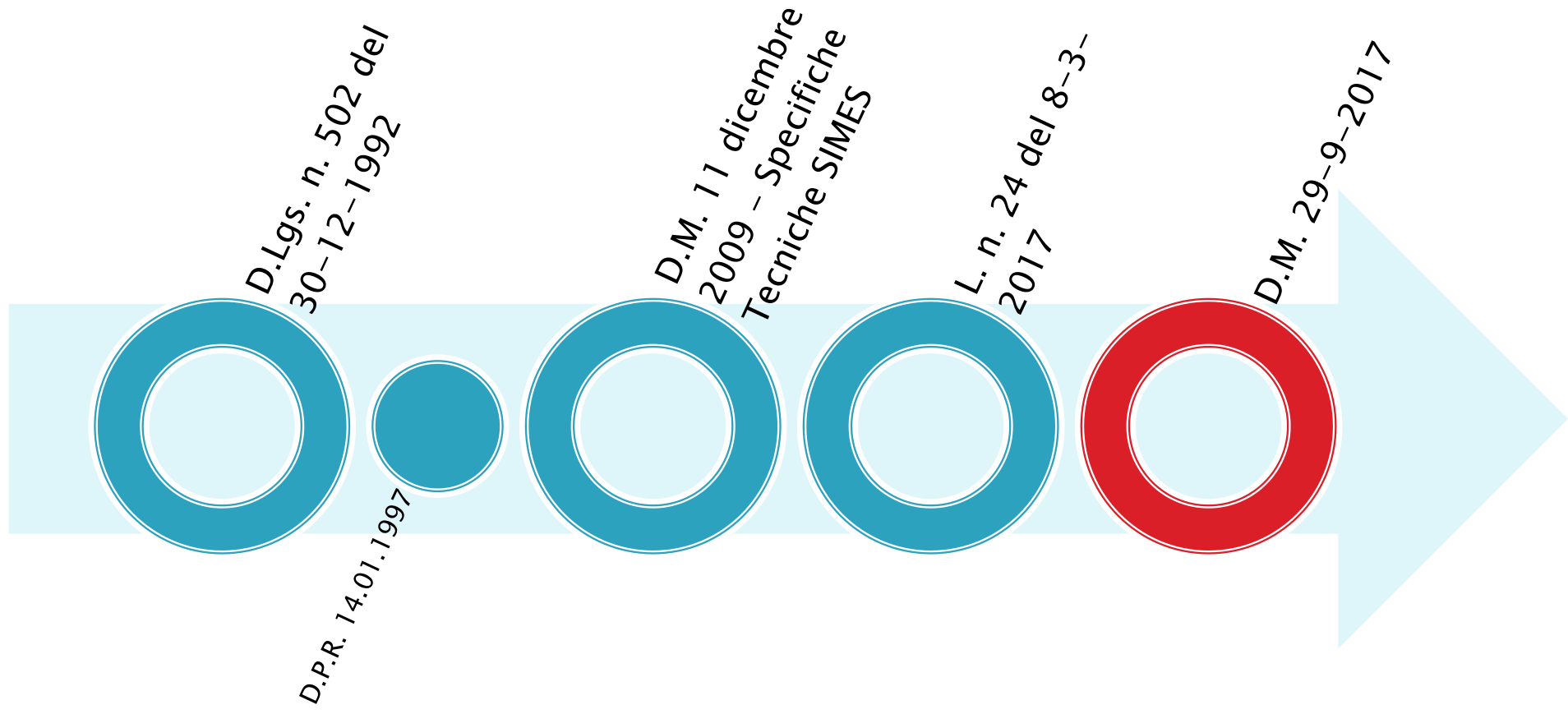


Legge Gelli–Bianco L. n. 24 del 8–3–2017

ART.16

- ▶ 1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».





MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 29 settembre 2017

Istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Art. 1 comma 1. E' istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24, di seguito «Osservatorio».

Art. 2 FUNZIONI DELL'OSSERVATORIO

Acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'art. 2 della legge n. 24 del 2017, i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno.

Acquisisce dai richiamati Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso.

Analizza i dati acquisiti.

Fornisce indicazioni alle Regioni sulle modalità di sorveglianza del rischio sanitario.

Individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie anche attraverso la predisposizione di linee di indirizzo.

Effettua, sulla base dei dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario, il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure a livello nazionale.

Trasmette al Ministro della salute, entro e non oltre il 31 dicembre di ciascun anno, una relazione sull'attività svolta.

E IN FVG?

La Rete Cure Sicure, istituita con Delibera regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016, coordina e governa, in forma integrata, le attività connesse alla sicurezza delle cure.

Inoltre attraverso la Delibera regionale n. 185 del 2 febbraio 2018 adempie alle funzioni di **"Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente"** secondo le indicazioni presenti nella Legge n. 24 dell'8 marzo 2017.



RETE CURE SICURE FVG

Il programma si compone di diverse progettualità sviluppate per garantire adeguati standard di sicurezza e qualità condivisi tra ambito ospedaliero e territoriale

- ▶ Uso sicuro dei farmaci
- ▶ Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
- ▶ Uso prudente degli antibiotici (antimicrobial stewardship)
- ▶ Sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali
- ▶ Coinvolgimento del cittadino
- ▶ Prevenzione degli atti di violenza sugli operatori



La partecipazione è obbligatoria per tutti gli Enti SSR e per le Case di Cura convenzionate della regione.

La Rete è costituita da:

- ▶ Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità – DCSPSD;
- ▶ Azienda regionale di coordinamento per la salute – ARCS;
- ▶ Risk manager aziendali;
- ▶ Responsabili aziendali dei programmi regionali;
- ▶ Link professional aziendali;
- ▶ Professionisti del SSR;
- ▶ Cittadini.

Il modello organizzativo, caratterizzato da una forte sinergia tra il livello regionale e quello aziendale, prevede come figura centrale il Risk manager aziendale.

▶ Livello regionale:

- Comitato strategico regionale;
- Commissione di audit per la gestione degli eventi avversi;
- Struttura deputata alla gestione regionale del rischio clinico;
- Tavolo tecnico regionale dei Risk manager;
- Tavoli di alleanza permanente con i professionisti e i cittadini;
- Gruppi di lavoro finalizzati.

▶ Livello aziendale:

- Risk manager;
- Responsabili aziendali dei programmi regionali;
- Link professional aziendali.

RESPONSABILI AZIENDALI DI PROGRAMMA

Programma	AS FO	ASU FC	ASU GI	IRCCS C.R.O.	IRCCS Burlo Garofolo	Policlinico San Giorgio (PN)	Policlinico Città di Udine (UD)	Policlinico Triestino (TS)		Sanatorio Triestino (TS)
								Pineta del Carso	Salus	
Uso sicuro dei farmaci	Barbara Basso Gionata Pessa	Barbara ROS Germana Modesti	Erika Blanco Ketty Parenzan	Paolo Baldo	Anna Arbo	Antonella Pedroni	Daniela Moretti Antonino Stimolo	Alessandra Pagnin	Enrico Toneatto	Barbara Dodi
Prevenzione e controllo delle ICA	Valeria Campagna Massimo Crapis	Roberto Cocconi Paola Zuliani	Massimiliano Fabricci Luna Maryluz Cordova Camilla Negri Margherita Longobardi	Denise Fagotto	Sabrina Scolz	Antonella Camardo	Veronica Alessandrini Elena Vanzo	Chiara Rosin	Marco Girgenti	Sara Petri
Strumenti di analisi del rischio e documentazione sanitaria	Eva Fiappo Michele Minuzzo Alessandra Santarossa	Luca Giacometti	Romina Perossa Erica Venier Susanna Compassi	Sara Rapuzzi	Elisabetta Danielli	Lorenzo Tognon Mattia Poles	Claudio Rieppi	Giuliano Pesel	Federico La Porta	Barbara Dodi
Prevenzione delle lesioni da pressione	Stefania Bottos Laura Stefanon	Daniela Bertola Elisa Pittini	Elisa Ban Giulia Valle	Laura De Luca Ceros	Sara Buchini Nicoletta Grassi	Arianna Furlan	Monia Britti	Valentina Salich	Ida Lame	Sara Petri
Prevenzione delle cadute accidentali	Silvia Perin Sabina Bedin	Michela Varutti Elisa Pittini	Susanna Compassi Immacolata Baldari Antonella Geri	Laura De Luca Ceros	Elisa Menegazzo Maura Degrassi	Linda Pegoraro	Claudia Ganzini	Pavle Drakulić	Ornella Livic	Sara Petri



Casa di cura
privata
accreditata
convenzionata

Ente SSR

Risk manager
aziendale

RAP

Rischio infettivo

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

RAP

Antimicrobial
stewardship

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

RAP

Uso sicuro dei
farmaci

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

RAP

...

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

[Link
professional](#)

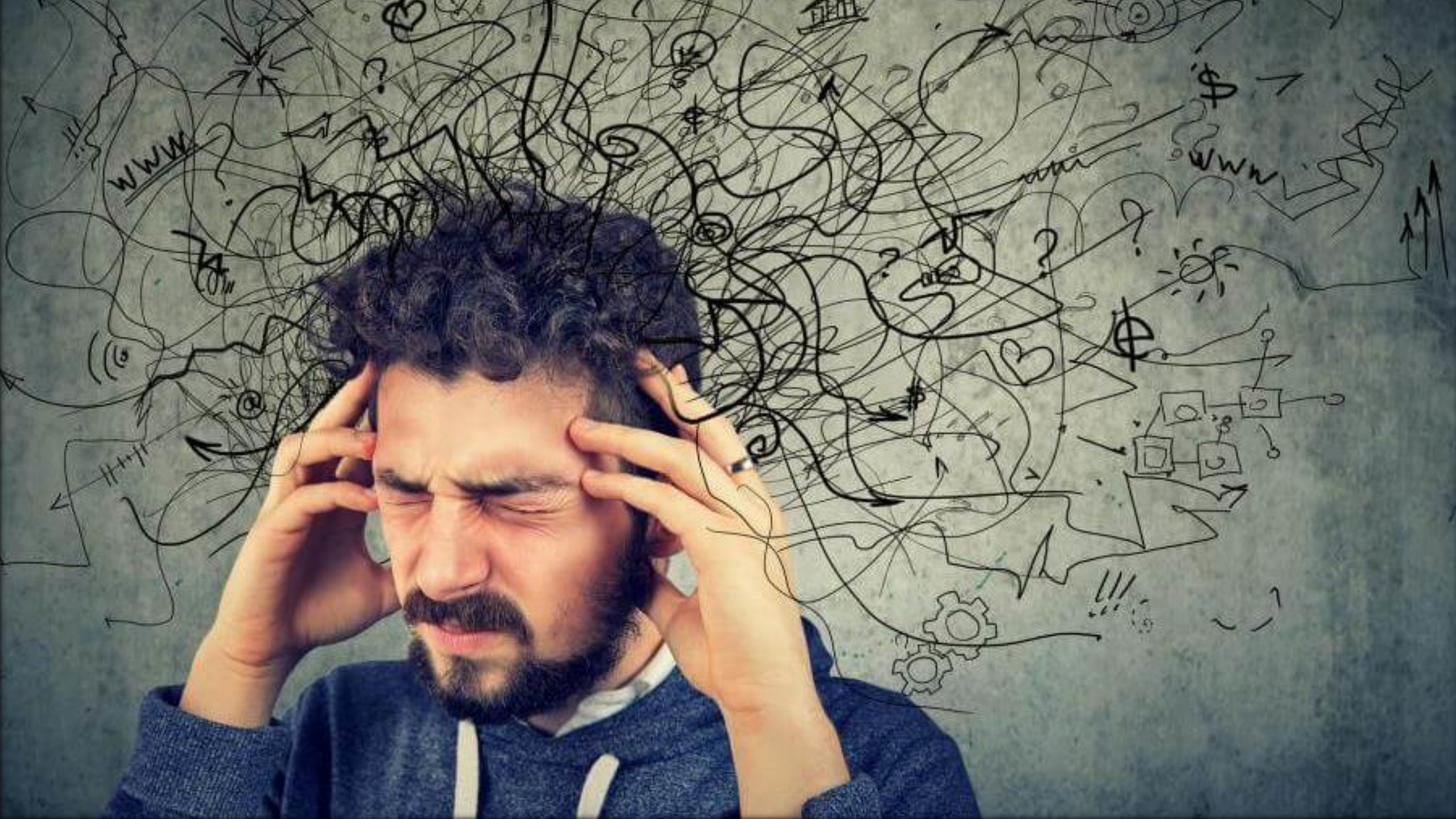
I **link professional**, impegnati nell'attività assistenziale e clinica, vengono individuati dei singoli Enti SSR/Case di cura private accreditate convenzionate e fungono da raccordo tra i professionisti delle strutture e i referenti aziendali dei programmi regionali.

Il loro ruolo è quello di promuovere la consapevolezza e l'applicazione dei diversi programmi promossi dalla "Rete Cure Sicure FVG" all'interno della propria struttura:

- ▶ rappresentando un riferimento nel proprio contesto lavorativo;
- ▶ favorendo il miglioramento delle conoscenze teoriche e pratiche dei singoli operatori e della struttura;
- ▶ fungendo da interlocutore competente per la gestione delle criticità emergenti;
- ▶ promuovendo l'esecuzione di audit con il personale della struttura e sostenendo un programma di valutazione dello stesso.

Area	Attività
Sviluppo operativo	– Partecipare con i Responsabili della propria Struttura alla realizzazione del programma di miglioramento. – Rappresentare un riferimento nel proprio contesto lavorativo. – Fungere da interlocutore competente per la gestione delle criticità emergenti. – Individuare situazioni di ostacolo all'aderenza ai programmi di miglioramento della qualità nella struttura di appartenenza. – Partecipare alla ricerca di soluzioni operative ottimali per lo sviluppo del programma di miglioramento. – Promuovere e sostenere l'esecuzione di audit con il personale e un programma di valutazione dello stesso come strumenti di monitoraggio della qualità delle cure.
Comunicazione/relazione	– Mantenere l'interfaccia tra la Struttura di appartenenza e il Gruppo di lavoro aziendale. – Fare in modo che il singolo operatore e il gruppo incrementino le proprie conoscenze teoriche e pratiche. – Supportare i colleghi nella realizzazione dei programmi. – Collaborare all'individuazione di iniziative/soluzioni per accrescere la sensibilità degli operatori della propria struttura verso il tema di referenza.
Segnalazioni informazioni e dati	– Segnalare eventuali eventi critici/eventi avversi/near miss legati al tema di referenza. – Partecipare alla realizzazione dei monitoraggi previsti dal programma di qualità. – Approfondire il tema di referenza mediante consultazione di letteratura mirata.
Formazione	– Collaborare all'identificazione dei fabbisogni formativi per lo sviluppo della propria competenza. – Collaborazione alla identificazione dei fabbisogni formativi sul tema di referenza per i componenti dell'equipe. – Sostenere la formazione sul campo.

In pratica sono medici e infermieri che lavorano nelle varie strutture!!!



Definizione di errore secondo Reason

- L'errore è caratterizzato da una sequenza di attività fisiche o mentali che non riescono a determinare un esito desiderato, quando esse non possono essere attribuite all'intervento del caso

Tipologie di skill ed errori

- Skills-based -> Slip e Lapsus
- Rules-based -> Rules-based mistake
- Knowledge-based -> Knowledge-based mistake

Definizione di near miss e evento avverso

- Near miss -> Evento che è accaduto, ma senza conseguenze negative per il paziente.
- Evento avverso -> Un danno non volontario risultante da un trattamento sanitario o determinato in parte da esso (inclusa la assenza di un trattamento che doveva essere messo in atto), che determini un monitoraggio aggiuntivo, terapie, prolungamenti di degenza o il decesso del paziente.

LASA e FALA

- LASA (LOOK ALIKE SOUND ALIKE) -> Farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni. È indispensabile stoccarli avendo cura di tenerli lontani tra loro.
- FALA (Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione) -> Farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, della stretta finestra terapeutica e dell'alta possibilità di interazioni. È indispensabile stoccarli in ripiani adeguatamente segnalati e bordati di rosso.



THE

TAKE-HOME MESSAGE

Lesioni da pressione

- Valutazione rischio lesioni da pressione -> Norton modificata secondo Nancy Stotts. Il **SOGGETTO A RISCHIO** ha un punteggio compreso tra 5 e 14.
- Prima valutazione del rischio viene fatta all'ingresso (tranne per le strutture identificate come sempre a rischio caduta).
- Rivalutazione del rischio su base settimanale, al variare delle condizioni cliniche e alla dimissione.
- Ispezione cutanea giornaliera, mobilitazione ogni 2-4 ore ed uso di presidi antidecubito per i soggetti a rischio.

Sicurezza trasfusionale

- La richiesta e le prove pre-trasfusionali garantiscono la compatibilità con il paziente, l'uso corretto e motivato delle sacche di sangue.
- Doppio controllo -> Prima documentale dei dati del paziente e della sacca su richiesta, foglio verde di assegnazione e sacca; poi tramite identificazione attiva e doppia identificazione tra braccialetto del paziente e sacca.

Cadute

- Valutazione rischio caduta -> Scala Schmid. Il **SOGGETTO È A RISCHIO** se ha un punteggio ≥ 3 . Nei soggetti a rischio si applicano anche le precauzioni aggiuntive e non solo quelle universali.
- Rivalutazione del rischio su base settimanale, dopo cadute o interventi chirurgici, in caso di variazioni cliniche o in dimissione.

Identificazione del paziente

- Identificazione attiva -> Chiedere espressamente con domanda aperta nome, cognome e data di nascita del paziente.
- Doppio controllo -> Verifica della corrispondenza di quanto riferito dalla persona con il bracciale identificativo o documento di identità o documentazione sanitaria riportante i dati anagrafici.



THE

TAKE-HOME MESSAGE

Definizione di «Second victim»

- L'operatore coinvolto nell'evento avverso che ha portato danni al paziente, o avrebbe potuto portarli.

Definizione di «Rischio Clinico»

- Possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

La cultura della sicurezza e la filosofia «NO BLAME»

- Il Risk Management ha come obiettivo il perché un evento avverso si sia verificato e come evitare che accada di nuovo, non cerca un colpevole, ma punta a migliorare il servizio assieme a chi quel servizio lo fornisce.

Punti salienti per il Risk Management della Legge Gelli-Bianco L. n. 24 del 8-3-2017

- La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio. Tutto il personale è tenuto a concorrere a questo obiettivo.
- Attribuisce al Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute.
- Istituisce in ogni Regione il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (che in FVG è rappresentato dalla Rete Cure Sicure).
- I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari.



THE

TAKE-HOME MESSAGE