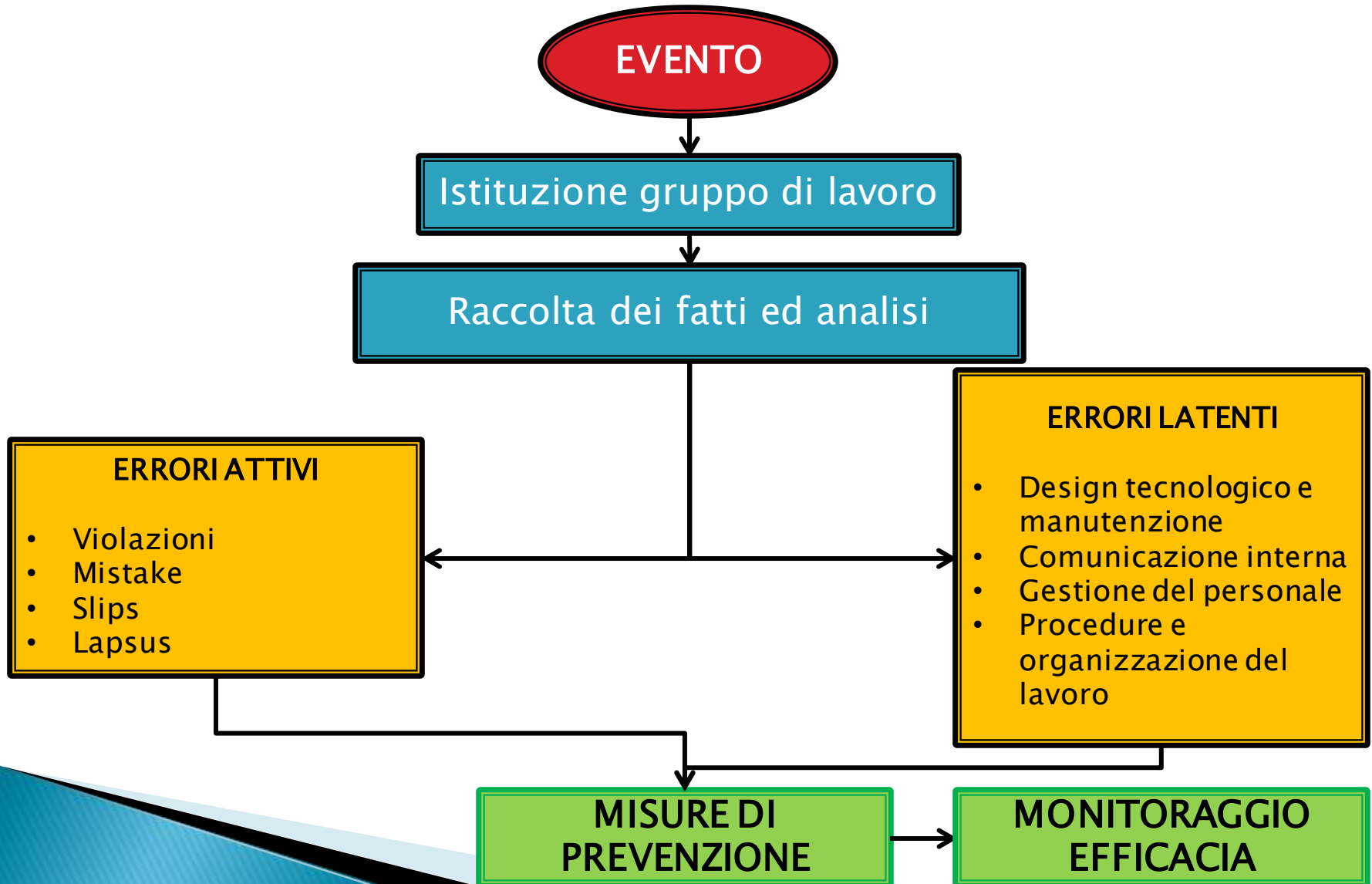


LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI



METODI DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI NEAR MISS

intranetasugi.sanita.fvg.it/rischio-clinico-qualita-accreditamento/incident-reporting



INTRANET ASUGI

RUBRICA

DOCUMENTI

FORMAZIONE

SSD

POSTA

REDAZIONE

È uno strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, causati involontariamente, spesso per criticità latenti, e che procurano, o potrebbero procurare, un danno al paziente.

Le segnalazioni saranno utilizzate per mappare e analizzare i rischi all'interno della nostra Azienda e per prevenire, in futuro, che gli eventi segnalati si ripetano.

La segnalazione di Incident Reporting è volontaria, anonima, confidenziale e pertanto la responsabilità della segnalazione riveste un carattere etico e deontologico di partecipazione di tutto il personale al percorso di miglioramento delle cure.

La scheda di Incident Reporting può essere compilata da qualsiasi operatore (medico, infermiere, ostetrica, tecnico sanitario, OSS e in termini generali qualunque operatore compreso il personale in formazione) che è direttamente coinvolto nell'evento o che ha potuto osservare o comunque accorgersi dell'accaduto.

> Referenti per questo argomento

Procedure e segnalazioni

> **COMPILA LA SEGNALAZIONE ON - LINE** e premi sul pulsante "SALVA" per inviarla
(il link apre una nuova finestra)



Scheda di segnalazione cartacea [821.1 KB]



Procedura di Incident reporting [1.8 MB]

Referenti per questo argomento

- Romina Perossa - Medico, SSD Rischio Clinico, Qualità ed Accreditamento
- Maria Peresson - Medico Competente
- Anna Della Vedova - Medico, SC Direzione Medica Ospedaliera
- Susanna Compassi - Ass. San. Coord.- PO Rischio Clinico, Servizio Prof. Sanitarie Area Isontina
- Erica Venier - Infermiera, SSD Rischio Clinico

L'incident reporting è un sistema di segnalazione di eventi e problemi di sicurezza basato sull'esperienza del personale. Il suo valore risiede nell'assunto secondo il quale le persone direttamente coinvolte nei processi assistenziali sono la migliore fonte di conoscenze, informazioni e capacità di proporre soluzioni "sagge" per la comprensione dei pericoli, dei near miss e degli errori veri e propri, e nella convinzione che tutto questo possa facilitare i cambiamenti di sistema necessari a prevenire il riaccadimento di eventi indesiderati (Watcher, 2012).

DEFINIZIONI

INCIDENT: 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.

INCIDENT REPORTING: segnalazione dell'evento / accadimento

NEAR-MISS O "QUASI-EVENTO": errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si è verificato per caso fortuito, perché intercettato, o perché non ha avuto conseguenze per il paziente.

EVENTO AVVERSO: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"

EVENTO SENTINELLA: Evento avverso di particolare gravità, 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. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

La segnalazione di incident reporting è **volontaria, anonima, confidenziale** e pertanto la **responsabilità della segnalazione riveste un carattere etico** di partecipazione di tutto il personale al percorso di miglioramento delle cure.

COME INVIARE LA SCHEDA

SE POSSIBILE COMPILI LA SCHEDA ON-LINE !

La può trovare su **INTRANET**: → Rischio clinico, Qualità e Accreditamento → Incident reporting → Compila la segnalazione on-line.

Se non ha accesso ad intranet può compilare la scheda cartacea ed inviarla mediante:

E-MAIL	RISCHIO.CLINICO@ASUGI.SANITA.FVG.IT
POSTA INTERNA	AREA GIULIANA: Ospedale Maggiore – Direzione Medica di Presidio AREA ISONTINA: Parco Basaglia – Direzione infermieristica

DOVE SI E' VERIFICATO L'EVENTO

☐ Ospedale TS Maggiore	☐ Distretto 1	☐ Distretto Alto Isontino	☐ Dipartimento Delle Dipendenze
☐ Ospedale TS Cattinara	☐ Distretto 2	☐ Distretto Basso Isontino	☐ Dipartimento Salute Mentale
☐ Ospedale Gorizia	☐ Distretto 3		☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Ospedale Monfalcone	☐ Distretto 4		☐ Altro _____

INFORMAZIONI GENERALI	STRUTTURA SEGNALENTE		
	ALTRA STRUTTURA COINVOLTA	☐ NO ☐ SI segnalare..	
	AREA DOVE E' ACCADUTO L'EVENTO	☐ Stanza di degenza ☐ Ambulatorio visita ☐ Sala Operatoria ☐ Sez. Radiologica ☐ Domicilio utente ☐ Su mezzo di trasporto sanitario ☐ Altro: _____	
	EVENTO ACCADUTO	Data ☐ Festivo ☐ Feriale	☐ Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Notte

BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO (COSA E' SUCCESSO)

Fornire una breve descrizione dell'evento e delle modalità di svolgimento dello stesso, descrivendo particolari utili al fine di identificare e classificare la tipologia di errore avvenuta e le conseguenze per il paziente.

MODULO

TIPO DI EVENTO	☐ ORGANIZZATIVO	Errori dovuti all'organizzazione del lavoro, ai percorsi clinico assistenziali, ai trasferimenti o trasporti, disponibilità o accessibilità di apparecchiature o strumentazioni, accesso o tempistica delle cure.
	☐ TERAPIA	Errori intercorsi nelle fasi di gestione della terapia farmacologica; prescrizione, preparazione somministrazione, conservazione ed approvvigionamento del farmaco
	☐ ASSISTENZA	Errori che intercorrono in caso di ritardata/indegua/omessa prestazione assistenziale, chirurgica, terapeutica e diagnostica
	☐ DIRITTI DEL PAZIENTE	Errori che intercorrono in caso di inosservanza o violazione di norme o procedure, comportamenti e azioni scorretti o inappropriati, comunicazione inefficace
	☐ INFRASTRUTTURE	Errori che intercorrono per malfunzionamenti o incompetenza d'uso di apparecchiature elettromedicali, impiantistica gas medicali e sistemi informatici
	☐ VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Eventi relativi ad aggressioni verbali o fisiche a danno degli operatori sanitari. Nel caso in cui l'evento determini la necessità di ricorrere alle cure del Pronto Soccorso o assenza del lavoro deve essere effettuata anche la segnalazione di infortunio / incidente. In caso di morte o grave danno segnalare l'evento anche come evento sentinella
	☐ ALTRO	Errori che non trovano corrispondenza nelle tipologie elencate.

CONSEGUENZE DELL'EVENTO		LIVELLO	ESITO PER IL PAZIENTE
Near miss	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdrucchioloso coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 ☐	Nessuno
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 ☐	
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 ☐	Basso
	ESITO MINORE – osservazioni e monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori che non richiedono trattamento	Livello 4 ☐	
	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) trattamenti minori (es: Bendaggi, analgesici)	Livello 5 ☐	
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche) necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento Chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza.	Livello 6 ☐	Moderato
	ESITO SIGNIFICATIVO – Trasferimento in Terapia Intensiva/prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 ☐	
	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 ☐	
Livello = 6 - 7 - 8: valutare se si tratta di evento sentinella !			

MODULO

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO	
Fattori legati al paziente	
Fattori legati al personale	
Fattori legati all'organizzazione	

Fattori che possono aver evitato l'evento o ne hanno ridotto la gravità	☐ Individuazione veloce ☐ Tempestivo intervento	☐ Efficacia di protocolli procedure ☐ Casualità ☐ Altro
L'evento si era già verificato	☐ NO ☐ SI	
E' probabile che si verifichi di nuovo ?	☐ NO ☐ SI	

SOLUZIONI ADOTTATE	Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? ☐ NO ☐ SI
	Se sì, quali ..

Grazie per aver compilato la scheda. Tutte le informazioni riportate saranno trattate nel più assoluto anonimato e confidenzialità. Se lo desidera può comunque indicare di seguito il suo cognome / nome e un recapito telefonico per partecipare al piano di miglioramento.

Data della compilazione _____ Cognome e nome (facoltativo) _____

Qualifica di chi segnala ☐ Medico ☐ Infermiere ☐ Personale di supporto ☐ Altro _____

Questionario: Incident reporting

Conserva questo codice: **441413** . Ti servirà in caso tu voglia modificare le risposte in futuro.

1 . Dove si è verificato l'evento *

- ☐ Ospedale TS Maggiore
- ☐ Ospedale TS Cattinara
- ☐ Ospedale Gorizia
- ☐ Ospedale Monfalcone
- ☐ Distretto 1
- ☐ Distretto 2
- ☐ Distretto 3
- ☐ Distretto 4
- ☐ Distretto Alto Isontino
- ☐ Distretto Basso Isontino
- ☐ Dipartimento delle Dipendenze
- ☐ Dipartimento Salute Mentale
- ☐ Dipartimento Prevenzione
- ☐ Altro (specificare)

2 . Altra struttura coinvolta *

- ☐ NO
- ☐ SI (segnalare)

3 . Area dove è accaduto l'evento *

- ☐ Stanza di degenza
- ☐ Ambulatorio di visita
- ☐ Sala operatoria
- ☐ Sez. radiologica
- ☐ Domicilio utente
- ☐ Su mezzo trasporto sanitario
- ☐ Altro (specificare)

4 . Data in cui è accaduto l'evento *

gg/mm/aaaa



5 . Momento in cui è accaduto l'evento *

	Mattina	Pomeriggio	Notte
Festivo	☐	☐	☐
Feriale	☐	☐	☐

6 . Breve descrizione dell'evento (cosa è successo) *

7. Tipo di evento *

- ☐ ORGANIZZATIVO - Errori dovuti all'organizzazione del lavoro, ai percorsi clinico assistenziali, ai trasferimenti o trasporti, diponibilità o accessibilità di apparecchiature o strumentazioni, accesso o tempistica delle cure
- ☐ TERAPIA - Errori intercorsi nelle fasi di gestione della terapia farmacologica: prescrizione, preparazione somministrazione, conservazione ed approvvigionamento del farmaco
- ☐ ASSISTENZA - Errori che intercorrono in caso di ritardata/inadeguata/omessa prestazione assistenziale, chirurgica, terapeutica e diagnostica
- ☐ DIRITTI DEL PAZIENTE - Errori che intercorrono in caso di inosservanza o violazione di norme o procedure, comportamenti e azioni scorretti o inappropriati, comunicazione inefficace
- ☐ INFRASTRUTTURE - Errori che intercorrono per malfunzionamenti o incompetenza d'uso di apparecchiature elettromedicali, impiantistica gas medicali e sistemi informatici
- ☐ VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE - Eventi relativi ad aggressioni verbali o fisiche a danno degli operatori sanitari. Nel caso in cui l'evento determini la necessità di ricorrere alle cure del Pronto Soccorso o assenza dal lavoro deve essere effettuata anche la segnalazione di infortunio / incidente. In caso di morte o grave danno segnalare l'evento anche come evento sentinella
- ☐ Altro (specificare)

8. Conseguenze dell'evento *

- ☐ Near miss - NESSUN ESITO - Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)
- ☐ Near miss - NESSUN ESITO - Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)
- ☐ Evento effettivo - NESSUN ESITO - Evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)
- ☐ Evento effettivo - ESITO MINORE - Osservazioni e monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori che non richiedono trattamento
- ☐ Evento effettivo - ESITO MODERATO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) trattamenti minori (es: Bendaggi, analgesici)
- ☐ Evento effettivo - ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche) necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento Chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza
- ☐ Evento effettivo - ESITO SIGNIFICATIVO - Trasferimento in Terapia Intensiva/prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
- ☐ Evento effettivo - ESITO SEVERO - Disabilità permanente/contributo al decesso

9 . Fattori legati al paziente

10 . Fattori legati al personale

11 . Fattori legati all'organizzazione

12 . Fattori che possono aver evitato l'evento o ne hanno ridotto la gravità *

- ☐ Individuazione veloce
- ☐ Efficacia di protocolli e procedure
- ☐ Tempestivo intervento
- ☐ Casualità
- ☐ Altro (specificare)

13 . L'evento si era già verificato? *

- ☐ NO
- ☐ SI
- ☐ NON SO

14 . E' probabile che si verifichi di nuovo? *

- ☐ NO
- ☐ SI
- ☐ NON SO

15 . Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? *

- ☐ NO
- ☐ SI
- ☐ NON SO

16 . Qualifica compilatore *

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Personale di supporto
- ☐ Altro (specificare)

17 . Tutte le informazioni riportate saranno trattate nel più assoluto anonimato e confidenzialità. Se lo desidera può comunque indicare di seguito il suo cognome / nome e un recapito telefonico per partecipare al piano di miglioramento.

Salva

«Le strategie poste in essere per incrementare il numero di segnalazioni di incident reporting sono state le seguenti:

- Revisione ed armonizzazione della procedura e della scheda di incident reporting;
- Informatizzazione della scheda di incident reporting (utilizzando l'applicativo Insiel Survey) con scheda facilmente reperibile su intranet e invio on line;
- Comunicazione interna mediante più modalità: mail a tutto il personale, newsletter, riunioni dedicate;
- Formazione a tutta la rete dei link professional ed ai team per l'accreditamento all'eccellenza;
- Tempestiva presa in carico di tutte le segnalazioni con feedback alla struttura segnalante;
- Reportistica trimestrale dedicata e diffusione capillare.»

Incident reporting: la ripartenza del sistema di segnalazione dopo l'emergenza pandemica

Fabrizio M.*, Venier E.*, Compassi S.***, Della Vedova A.**, Baldari I.*, Comisso M.*, Perossa R.*

*SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore

**SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone

*** Servizio Assistenza Professioni Sanitarie Area Isonica

INTRODUZIONE E INQUADRAMENTO

L'Incident Reporting è un sistema di segnalazione che consente di rilevare situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e utenti, dovute a criticità organizzative e/o ad errori.

Nel corso dell'emergenza pandemica si è assistito ad una brusca riduzione del numero di segnalazioni di incident reporting inviate dai professionisti di ASUGI. Per tale motivo sono state implementate delle strategie per rilanciare il sistema di segnalazione.

OBIETTIVI

Gli obiettivi sono:

- Migliorare il sistema di segnalazione dell'incident reporting rendendolo più facilmente fruibile da parte degli operatori;
- Incrementare il numero di segnalazioni.

DESCRIZIONE

Le strategie poste in essere per incrementare il numero di segnalazioni di incident reporting sono state le seguenti:

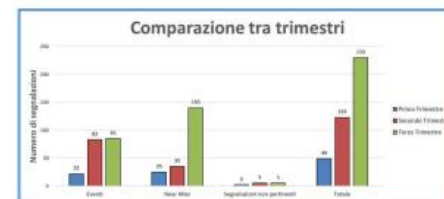
- Revisione ed armonizzazione della procedura e della scheda di incident reporting;
- Informatizzazione della scheda di incident reporting (utilizzando l'applicativo Insiel Survey) con scheda facilmente reperibile su intranet e invio on line;
- Comunicazione interna mediante più modalità: mail a tutto il personale, newsletter, riunioni dedicate;
- Formazione a tutta la rete dei link professional ed ai team per l'accreditamento all'eccellenza;
- Tempestiva presa in carico di tutte le segnalazioni con feedback alla struttura segnalante;
- Reportistica trimestrale dedicata e diffusione capillare.

RISULTATI

Nel 2021 erano pervenute complessivamente 146 segnalazioni di Incident Reporting. A seguito degli interventi adottati, nei primi 3 trimestri 2022 si sono registrate 402 segnalazioni. Il trend nel corso del 2022 è risultato in costante aumento con un picco massimo nel mese di settembre.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le strategie adottate per migliorare il sistema di incident reporting hanno determinato una sensibilizzazione degli operatori sul tema delle segnalazioni spontanee degli eventi e near miss, con un significativo incremento delle stesse (nel 2021 si sono registrate 146 segnalazioni vs 402 dei primi 9 mesi del 2022) rispetto agli anni precedenti.



BIBLIOGRAFIA

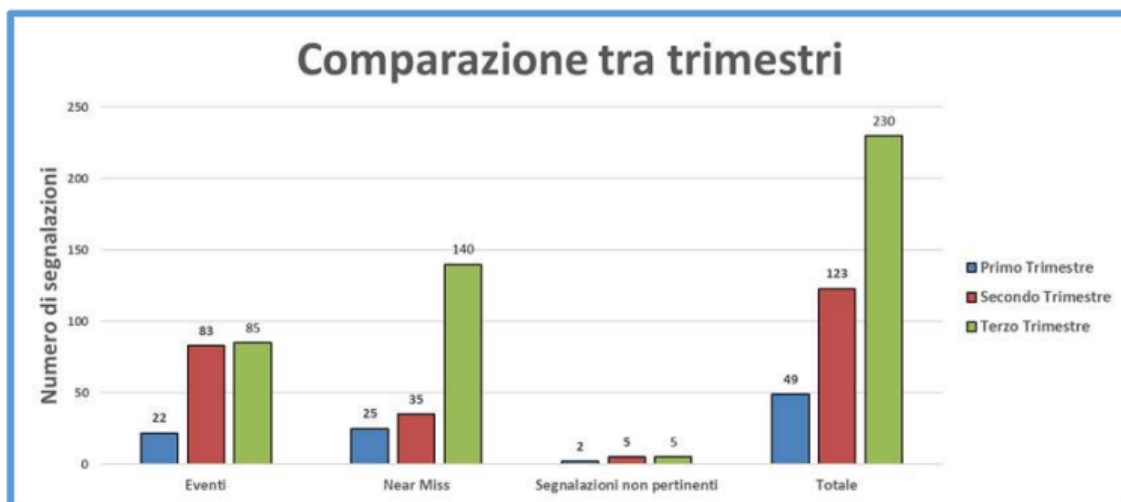
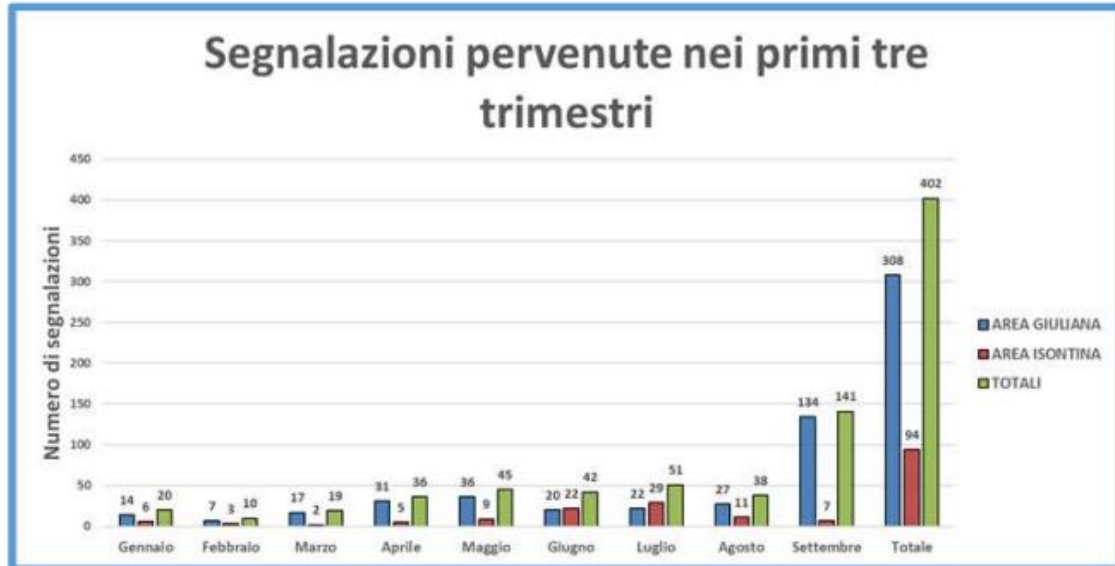
- Ministero della Salute, "Risk management in Sanità: il problema degli errori", marzo 2004, su http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, "Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella", Luglio 2009
- Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, Dossier 86-2003, "Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie", su <http://www.regione.emiliaromagna.it/agenzia-san/coltdoss/index.htm>

Mail: rischio.clinico@asugi.sanita.fvg.it

«Le strategie adottate per migliorare il sistema di incident reporting hanno determinato una sensibilizzazione degli operatori sul tema delle segnalazioni spontanee degli eventi e near miss, con un significativo incremento delle stesse (nel 2021 si sono registrate 146 segnalazioni vs 402 dei primi 9 mesi del 2022) rispetto agli anni precedenti.»



+175%
(+265% su 9 mesi)



Le segnalazioni pervenute nel corso del 2022 sono state complessivamente 572, con un incremento enorme **(+391%)** rispetto a quelle pervenute nel 2021 (146). Riteniamo che tale risultato sia ascrivibile:

- all'introduzione di una nuova scheda informatizzata per la segnalazione
- (che ha sostituito tre diverse tipologie di scheda delle due ex aziende); alla campagna di sensibilizzazione degli operatori;
- alla formazione effettuata.

Schede pervenute	AREA GIULIANA	AREA ISONTINA	TOTALI
Eventi	238	53	291
Near Miss	174	81	255
Segnalazioni non pertinenti	25	1	26
Totale	437	135	572

Ospedale	472	Maggiore	97
		Cattinara	263
		Gorizia	35
		Monfalcone	77
Dip. Prevenzione	4	Area Giuliana	2
		Area Isontina	2
Dip. Salute Mentale	26	Area Giuliana	22
		Area Isontina	4
Dip. Dipendenze	2	Area Giuliana	2
		Area Isontina	0
Distretti	27	Area Giuliana	16
		Area Isontina	11
Altro	15	Area Giuliana	9
		Area Isontina	6
TOTALE			546

SEGNALAZIONE DI CADUTA

SE POSSIBILE COMPILI LA SCHEDA ON-LINE !

La può trovare su **INTRANET**: → Rischio clinico, Qualità e Accreditamento → Segnalazione cadute → Compila la segnalazione on-line.

Se non ha accesso ad intranet può compilare la scheda cartacea ed inviarla mediante:

E-MAIL	RISCHIO.CLINICO@ASUGI.SANITA.FVG.IT
POSTA INTERNA	AREA GIULIANA: Ospedale Maggiore – Direzione Medica di Presidio AREA ISONTINA: Ospedale Monfalcone/DBI – Direzione Medica di Presidio S.Polo Ospedale Gorizia/DAI – Direzione Medica di Presidio S.Giovanni di Dio

DOVE SI E' VERIFICATO L'EVENTO			
☐ Ospedale TS Maggiore ☐ Ospedale TS Cattinara ☐ Ospedale Gorizia ☐ Ospedale Monfalcone	☐ Distretto 1 ☐ Distretto 2 ☐ Distretto 3 ☐ Distretto 4	☐ Distretto Alto Isontino ☐ Distretto Basso Isontino	☐ Dipartimento Delle Dipendenze ☐ Dipartimento Salute Mentale ☐ Dipartimento Prevenzione ☐ Altro _____
Struttura segnalante _____			

DATI RELATIVI AL PAZIENTE		
DATI ANAGRAFICI (compilare dati o utilizzare etichetta identificativa)	Cognome _____	Anni _____
	Nome _____	Genere ☐ Maschio
	Data di Nascita ____ / ____ / ____	☐ Femmina
	N° cartella clinica _____	

INFORMAZIONI GENERALI	QUANDO E' SUCCESSO Data ____ / ____ / ____ Ora _____	☐ Festivo ☐ Feriale	☐ Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Notte	
	DOVE E' ACCADUTO L'EVENTO ☐ Stanza di degenza ☐ Bagno ☐ Corridoio ☐ Sala d'attesa/soggiorno	☐ Ambulatorio ☐ Spazi comuni ☐ Altro _____		
	MODALITA' DI CADUTA ☐ Dal letto/barella senza spondine ☐ Dal letto/barella con spondine ☐ Dalla sedia/poltrona/carrozzina/wc ☐ Durante trasferimento letto/ barella/carrozzina/wc ☐ Durante la deambulazione ☐ Altro _____			

SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTA

MODULO

ALLEGATO 2
P_24_00

Pagina 2 di 3
22/08/2022

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA E INTERVENTI DI PREVENZIONE

SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA

- ☐ Schimid
☐ Conley
☐ Tinetti
☐ Stratify
☐ Reparto ad alto rischio con esclusione di valutazione del rischio
☐ Non è stata fatta la valutazione

DATA ULTIMA VALUTAZIONE
____ / ____ / ____

ESITO VALUTAZIONE

- ☐ Paziente A RISCHIO caduta
☐ Paziente NON A RISCHIO caduta

Sono stati applicati gli interventi universali di prevenzione delle cadute ? ☐ Sì ☐ No

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO
(sono possibili scelte multiple)

FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE	☐ Pavimento bagnato ☐ Pavimenti con dislivelli e/o discontinuità ☐ Presenza di materiali o ingombri ☐ Assenza di corrimano ☐ Illuminazione scarsa
FATTORI LEGATI AGLI ARREDI E AUSILI	☐ Letto/barella posizionato troppo alto ☐ Letto/barella non frenato ☐ Poltrona /comoda non frenata ☐ Sedia non idonea (poco capiente, assenza di braccioli, schienale fragile) ☐ Cedimento di ausili / ausili inadeguati
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	☐ Perdita di equilibrio ☐ Cedimento/perdita di forza ☐ Capogiro/svenimento ☐ Terapia con farmaci che aumentano il rischio di caduta (sedativi del SNC, diuretici, ipotensivi, antiaritmici, polifarmacoterapia) ☐ Calzature inadeguate
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	☐ Manovra di mobilizzazione non coordinata tra operatori ☐ Altro _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTA

MODULO

ALLEGATO 2
P_24_00

Pagina 3 di 3
22/08/2022

VALUTAZIONE DEL DANNO

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESCRITTI	☐ Nessuno ☐ Monitoraggio/osservazione ☐ Rx scheletrica ☐ TAC ☐ Visita specialistica ☐ Altro _____	
TIPO DI DANNO RIPORTATO DAL PAZIENTE	☐ Nessuno ☐ Ferita che necessita di medicazione ☐ Distorsione / lussazione ☐ Altro _____ ☐ Contusione, ematoma, abrasione ☐ Ferita che necessita di sutura ☐ Frattura	
SEDE DEL DANNO	☐ Testa / collo ☐ Torace ☐ Dorso ☐ Addome ☐ Pelvi	☐ Arto superiore destro ☐ Arto superiore sinistro ☐ Arto inferiore destro ☐ Arto inferiore sinistro ☐ Altro _____

GRAVITA' DEL DANNO RIPORTATO DAL PAZIENTE

GRAVITA'		ESEMPI
Basso	☐ ASSENZA DI DANNO APPARENTE	Non si riscontra nessuna lesione cutanea, la mobilità articolare è conservata, non segnalato dolore alla palpazione ed al movimento
	☐ ESITO MINORE	Contusioni, ematomi, abrasioni, ferite da taglio e/o lacero contuse superficiali che non necessitano di sutura
Moderato	☐ ESITO MODERATO	Ferite da taglio o lacero contuse che necessitano di sutura e/o steri-strip, distorsione e/o lussazione d'arto, trauma cranico lieve, dislocazione di cateteri, drenaggi, linee infusionali, fratture che richiedono un trattamento conservativo e senza immobilizzazione gessata
	☐ ESITO TRA MODERATO e SIGNIFICATIVO	Fratture che richiedono immobilizzazione gessata o trattamento chirurgico, lussazioni, lesioni che richiedono un intervento chirurgico minore, condizione clinica che necessita di ricovero ospedaliero, trasferimento da RSA ad ospedale per acuti o trasferimento in altro reparto (es. ortopedia)
Severo	☐ ESITO SIGNIFICATIVO	Intervento chirurgico maggiore, necessità di trasferimento in area intensiva, prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
	☐ ESITO SEVERO/MORTE	Disabilità permanente / lesione che ha contribuito al decesso

Data: ____ / ____ / ____ COGNOME NOME compilatore _____

Questionario: Segnalazione cadute

Conserva questo codice: **470448** . Ti servirà in caso tu voglia modificare le risposte in futuro.

1 . Dove si è verificato l'evento *

- ☐ Ospedale TS Maggiore
- ☐ Ospedale TS Cattinara
- ☐ Ospedale Gorizia
- ☐ Ospedale Monfalcone
- ☐ Distretto 1
- ☐ Distretto 2
- ☐ Distretto 3
- ☐ Distretto 4
- ☐ Distretto Alto Isontino
- ☐ Distretto Basso Isontino
- ☐ Dipartimento delle Dipendenze
- ☐ Dipartimento Salute Mentale
- ☐ Dipartimento Prevenzione
- ☐ Altro (specificare)

2 . Cognome paziente *

3 . Nome paziente *

4 . Data di nascita paziente *

gg/mm/aaaa



5 . Et  in anni del paziente *

6 . N  cartella clinica (solo se paziente ricoverato)

7 . Genere paziente *

Scegli...



8 . Data caduta *

gg/mm/aaaa



9 . Ora della caduta (hh:mm) *

10 . Turno in cui   avvenuta la caduta *

- ☐ Turno feriale - Mattina
- ☐ Turno feriale - Pomeriggio
- ☐ Turno feriale - Notte
- ☐ Turno festivo - Mattina
- ☐ Turno festivo - Pomeriggio
- ☐ Turno festivo - Notte

11 . Luogo della caduta *

Scegli...



12 . Modalit  di caduta *

Scegli...



13 . Scala di valutazione del rischio caduta utilizzata *

Scegli...



14 . Data ultima valutazione del rischio caduta

gg/mm/aaaa



15 . Esito valutazione

- ☐ Paziente A RISCHIO caduta
- ☐ Paziente NON A RISCHIO caduta

16 . Sono stati applicati gli interventi universali di prevenzione delle cadute? *

- ☐ Sì
- ☐ No

17 . Fattori che possono aver contribuito all'evento - fattori legati all'ambiente *

- ☐ Nessuno
- ☐ Pavimento bagnato
- ☐ Pavimenti con dislivelli e/o discontinuità
- ☐ Presenza di materiali o ingombri
- ☐ Assenza di corrimano
- ☐ Illuminazione scarsa
- ☐ Altro (descrivi)

18 . Fattori che possono aver contribuito all'evento - fattori legati agli arredi e ausili *

- ☐ Nessuno
- ☐ Letto/barella posizionato troppo alto
- ☐ Letto/barella non frenato
- ☐ Poltrona/comoda non frenata
- ☐ Sedia non idonea (poco capiente, assenza di braccioli, schienale fragile)
- ☐ Cedimento di ausili/ausili inadeguati
- ☐ Altro (descrivi)

19 . Fattori che possono aver contribuito all'evento - fattori legati al paziente *

- ☐ Nessuno
- ☐ Perdita di equilibrio
- ☐ Cedimento/perdita di forza
- ☐ Capogiro/svenimento
- ☐ Terapia con farmaci che aumentano il rischio di caduta (sedativi del SNC, diuretici, ipotensivi, antiaritmici, polifarmacoterapia)
- ☐ Calzature inadeguate
- ☐ Altro (descrivi)

20 . Fattori che possono aver contribuito all'evento - fattori legati al personale *

- ☐ Nessuno
- ☐ Manovra di mobilizzazione non coordinata tra operatori
- ☐ Altro (descrivi)

21 . Valutazione del danno - accertamenti diagnostici prescritti a seguito della caduta *

- ☐ Nessuno
- ☐ Monitoraggio/osservazione
- ☐ Rx scheletrica
- ☐ TAC
- ☐ Visita specialistica
- ☐ Altro (descrivi)

22 . Valutazione del danno - Tipo del danno riportato dal paziente *

- ☐ Nessuno
- ☐ Contusione/ematoma/abrasione
- ☐ Ferita che necessita di medicazione
- ☐ Ferita che necessita di sutura
- ☐ Distorsione/lussazione
- ☐ Frattura
- ☐ Altro (descrivi)

23 . Valutazione del danno - Sede del danno riportato dal paziente *

- ☐ Testa/collo
- ☐ Torace
- ☐ Dorso
- ☐ Addome
- ☐ Pelvi
- ☐ Arto superiore sinistro
- ☐ Arto superiore destro
- ☐ Arto inferiore sinistro
- ☐ Arto inferiore destro
- ☐ Altro (specificare)

24 . Gravità del danno riportato dal paziente *

- ☐ Assenza di danno apparente - Non si riscontra nessuna lesione cutanea, la mobilità articolare è conservata, non segnalato dolore alla palpazione ed al movimento
- ☐ Esito minore - Contusioni, ematomi, abrasioni, ferite da taglio e/o lacero contuse superficiali che non necessitano di sutura
- ☐ Esito moderato - Ferite da taglio o lacero contuse che necessitano di sutura e/o steri-strip, distorsione e/o lussazione d'arto, trauma cranico lieve, dislocazione di cateteri, drenaggi, linee infusionali, fratture che richiedono un trattamento conservativo e senza immobilizzazione gessata
- ☐ Esito tra moderato e significativo - Fratture che richiedono immobilizzazione gessata o trattamento chirurgico, lussazioni, lesioni che richiedono un intervento chirurgico minore, condizione clinica che necessita di ricovero ospedaliero, trasferimento da RSA ad ospedale per acuti o trasferimento in altro reparto (es. ortopedia)
- ☐ Esito significativo - Intervento chirurgico maggiore, necessità di trasferimento in area intensiva, prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
- ☐ Esito severo/morte - Disabilità permanente/lesione che ha contribuito al decesso

25 . Data compilazione scheda *

gg/mm/aaaa



26 . Cognome e nome compilatore *

27 . Grazie per la segnalazione. Ricordati di stampare SEMPRE la scheda (clicca il tasto destro del mouse in un qualsiasi punto della pagina e selezione "STAMPA") e di inserirla in cartella clinica prima di inviarla (tasto "SALVA" a fine questionario) *

- ☐ Fatto

Salva

Questionario: Violenza su operatore

Conserva questo codice: **127577** . Ti servirà in caso tu voglia modificare le risposte in futuro.

La preghiamo di inserire i dati richiesti di seguito. A breve verrà ricontattato/a per raccogliere ulteriori informazioni sull'evento e per poterle fornire tutta l'assistenza e il supporto di cui necessita. Grazie per la segnalazione.

1 . Nome operatore *

2 . Cognome operatore *

3 . Numero di telefono *

4 . Area di appartenenza *

☐ Area giuliana

☐ Area isontina

5 . Struttura di appartenenza *

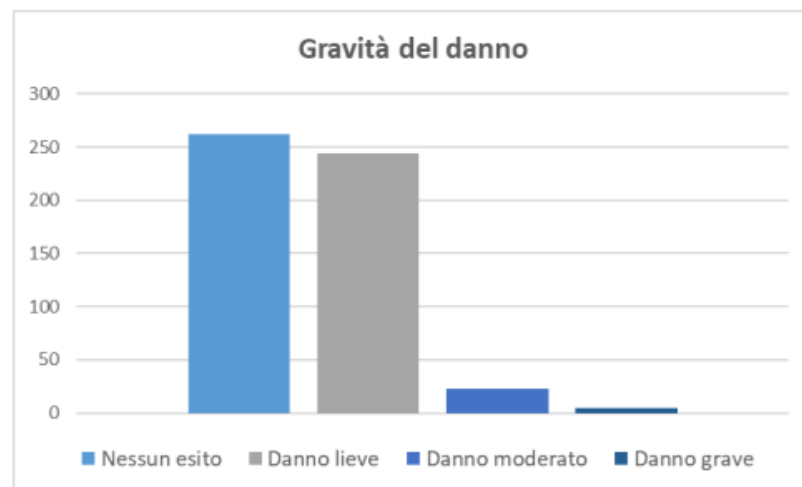
Salva

SEGNALAZIONE
DI VIOLENZA SU
OPERATORE

	EVENTI	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	Livello 6	Livello 7	Livello 8
AREA ORGANIZZATIVA	256	11	179	50	8	5	/	/	3
AREA TERAPIA	71	2	25	28	13	2	1	/	/
AREA ASSISTENZA	33	6	8	9	6	1	2	1	/
AREA DIRITTI DEL PAZIENTE	39	1	9	24	3	/	1	1	/
AREA INFRASTRUTTURE	21	5	3	8	3	1	1	/	/
VIOLENZA SU OPERATORI	114	3	10	86	6	6	3	/	/
ALTRO – NON INCIDENT	12								
TOTALI	546	28	234	205	39	15	8	2	3
		Nessun esito		Esito lieve		Esito moderato		Esito severo	

Approfondimenti

Archiviazione	57
Telefonata/ colloquio	285
Mail	84
Audit breve	51
Audit strutturato	7



METODI PROATTIVI E REATTIVI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Strumenti di identificazione del rischio	Strumenti di analisi del rischio
Incident reporting	Root Cause Analysis
Briefing sulla sicurezza	FMEA/FMECA
Safety walk round	Audit clinico
Focus group	Morbidity & Mortality Review
Revisione delle cartelle cliniche	
Screening dati amministrativi	
Osservazione	

INCIDENT REPORTING

È una modalità strutturata per la **raccolta di informazioni spontanee** relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi.

Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.



SAFETY WALK ROUND

Questo metodo consiste in visite e «interviste» che i referenti della sicurezza, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza.

Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni.

Identifica:

- ▶ vulnerabilità organizzativo gestionali;
- ▶ rischi strutturali;
- ▶ comportamenti degli operatori.



BRIEFING SULLA SICUREZZA

Breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella unità operativa.

In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza.

La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi.

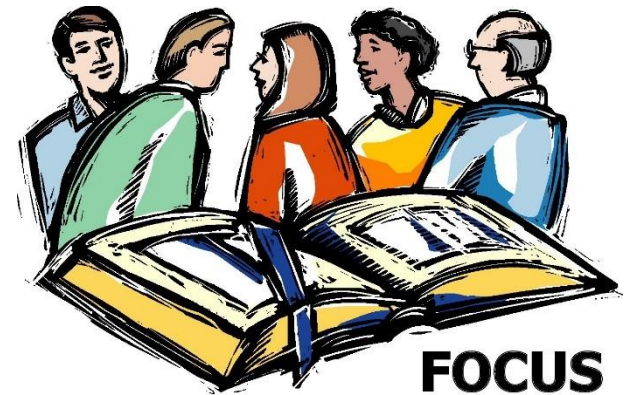


FOCUS GROUP

Metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso.

Quindi, possono essere effettuati sia con:

- ▶ singole figure professionali;
- ▶ l'èquipe;
- ▶ i pazienti;
- ▶ i familiari e altri stakeholder.



**FOCUS
GROUPS**

REVISIONE CARTELLE

Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.



SCREENING DATI AMMINISTRATIVI

Questo metodo ha lo scopo di identificare possibili eventi avversi utilizzando i dati disponibili nei sistemi sanitari (es. SDO, contenzioso, reclami).

Le banche dati possono essere interrogate in modo retroattivo o in tempo reale, in questo modo si identifica la presenza di determinati eventi, precedentemente identificati come “segnalatori”.



OSSERVAZIONE

Si avvale di un osservatore esterno ed esperto, chiamato a rilevare, anche con l'ausilio di griglie, la discordanza tra il processo assistenziale messo in atto e gli standard attesi. Il metodo viene usato prevalentemente per rilevare errori in terapia.



APPROCCIO REATTIVO

L'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.



ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

Mira a individuare le cause profonde, su cui agire per il miglioramento.

Le attività previste nella prima fase propedeutica sono:

- ▶ istituzione di un gruppo di lavoro;
- ▶ Pianificazione degli incontri;
- ▶ Scelta del luogo e modalità comportamentali.

Le attività previste nella fase di analisi sono:

- ▶ Raccolta delle informazioni e definizione della sequenza temporale;
- ▶ identificazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde;
- ▶ Azioni di miglioramento;
- ▶ rapporto finale.

RUOLI / RESPONSABILITÀ	COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO				
	Facilitatore	Coordinatore / leader	Operatori coinvolti nell'evento	Altro personale ed Esperti con specifiche competenze settoriali	Direzione
Conoscenza della metodologia RCA	Esperto in RCA	Conoscenza di base del metodo	Non necessario	Non necessario	Non necessario
Conoscenza del settore sottoposto a RCA	Non Necessario	Si	Si	Si	Non Necessario
Coinvolgimento diretto nell'evento avverso	No	Non necessario	Si	No	No
Potere decisionale sulle soluzioni da intraprendere	No	Parziale	No	No	Si
Adesione ai principi di confidenzialità	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario

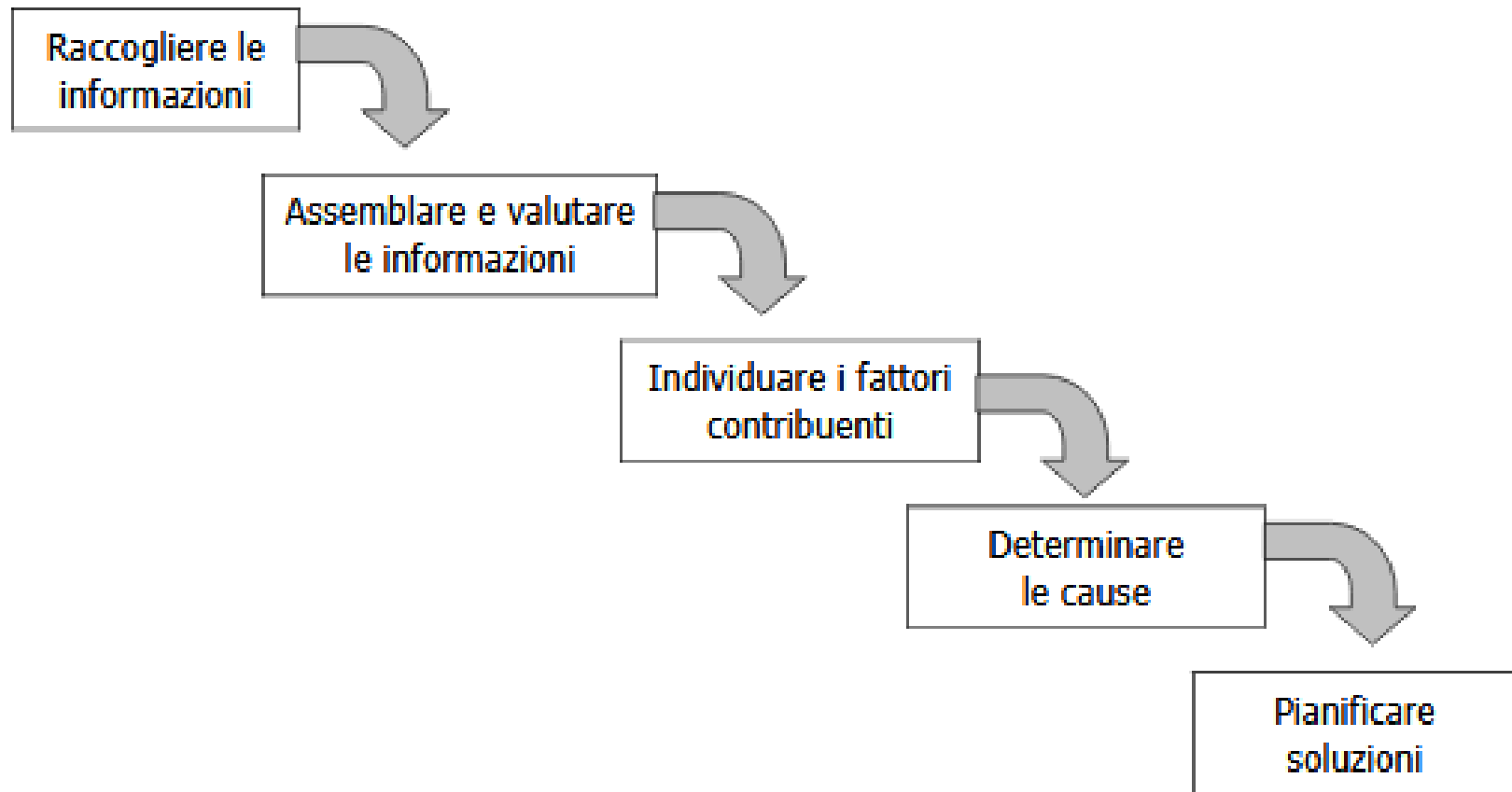


Diagramma di Ishikawa

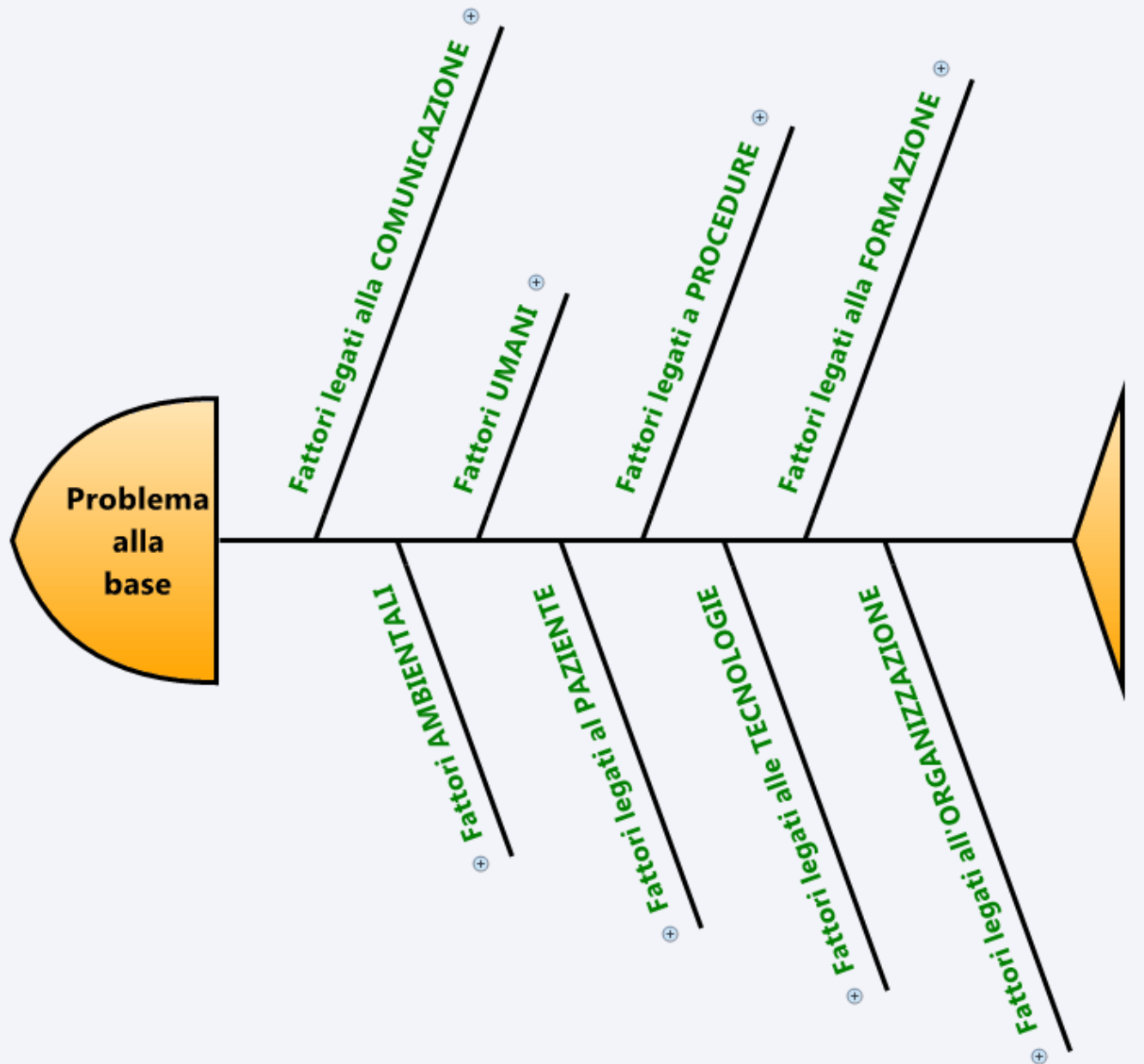
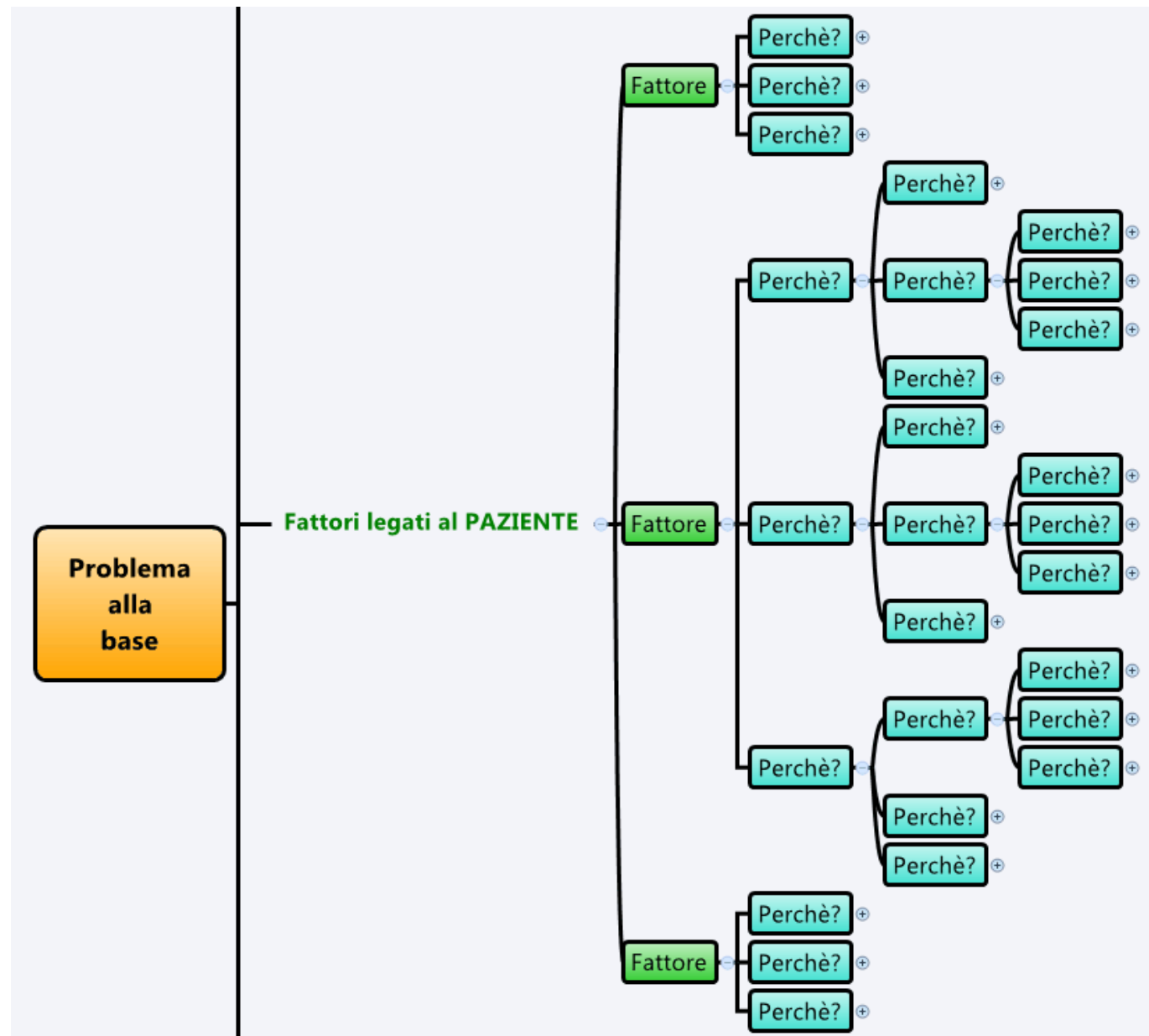


Diagramma ad albero



Tecnica dei 5 perché

Scopo principale di questa tecnica è quello di chiedersi ripetutamente “perché” sui vari fattori contribuenti/cause che vengono identificate, allo scopo di approfondire il problema ed individuare le cause radice.

AUDIT CLINICO

- ▶ Stabilire le evidence based practice disponibili rispetto ad un ambito di cura (diagnostico, terapeutico o assistenziale)
- ▶ Misurare l'aderenza dei percorsi assistenziali predefiniti rispetto alle sopra indicate evidenze
- ▶ Aggiornare (se necessario) o creare (se assenti) percorsi assistenziali rispettosi delle suddette raccomandazioni
- ▶ Predisporre il monitoraggio per sostenere il miglioramento.



PREPARAZIONE AUDIT	ATTUAZIONE AUDIT CLINICO	ATTUAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	RIVALUTAZIONE
Scelta tema	Definizione obiettivi	Definizione piano d'azione	Re-audit
Costituzione gruppo di lavoro	Valutazione "documenti esistenti"	Guida e supporto al cambiamento	Sostenere il cambiamento
Definizione criteri di comunicazione	Selezione criteri, standard, indicatori		
	Raccolta dati		
	Analisi e valutazione dati		
	Condivisione dei risultati		
	Comunicazione dei risultati		

Morbidity & Mortality Review

- ▶ Conferenza strutturata al fine di individuare gli errori medici in modo da imparare da gli errori medici in modo da imparare da questi per migliorare la qualità dell'assistenza assistenza prestata.
- ▶ Gli scopi dell'M&M sono: incrementare il sapere e ridurre gli errori.



- ▶ La conferenza deve facilitare la discussione.
- ▶ Il tipo di errore presentato deve consentire a tutti di incrementare la loro preparazione.
- ▶ Non devono essere scelti casi con errori grossolani.
- ▶ Tutti devono aver chiaro **come sono selezionati i casi.**
- ▶ La scelta di casi recenti sottolinea l'importanza della individuazione degli errori.
- ▶ La conferenza deve avere un moderatore che facilita la discussione.

I **criteri di selezione** del caso:

1.Risultato indesiderato: decessi, complicanze, trasferimenti non previsti in cure intensive, reinterventi, riammissioni, errori diagnostici confermati dall'autopsia, diagnosi mancate. Inoltre, volendo estendere l'operatività delle conferenze, potrebbero essere inclusi nelle riunioni i **near miss** (ad esempio interventi sul lato sbagliato di cui ci si accorga poco prima dell'incisione)

2.Presunta evitabilità: errore evitabile, ad esempio l'effetto collaterale di un farmaco ad un paziente, il quale aveva informato i clinici di essere intollerante proprio a quel medicinale

3.Potenziale di apprendimento: se l'evento è stato particolarmente ricco di elementi "formativi"

~~Reactive~~

Proactive

APPROCCIO PROATTIVO

L'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità.

Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo.



FMEA E FMECA

Tecnica proattiva che scompone il processo in macrofasi, individuando tutti i possibili errori e i loro effetti.

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

- È un'analisi di tipo **qualitativo** intesa a definire quello che potrebbe succedere (il modo di guasto/errore) se si verificasse un difetto, una omissione, un errore.

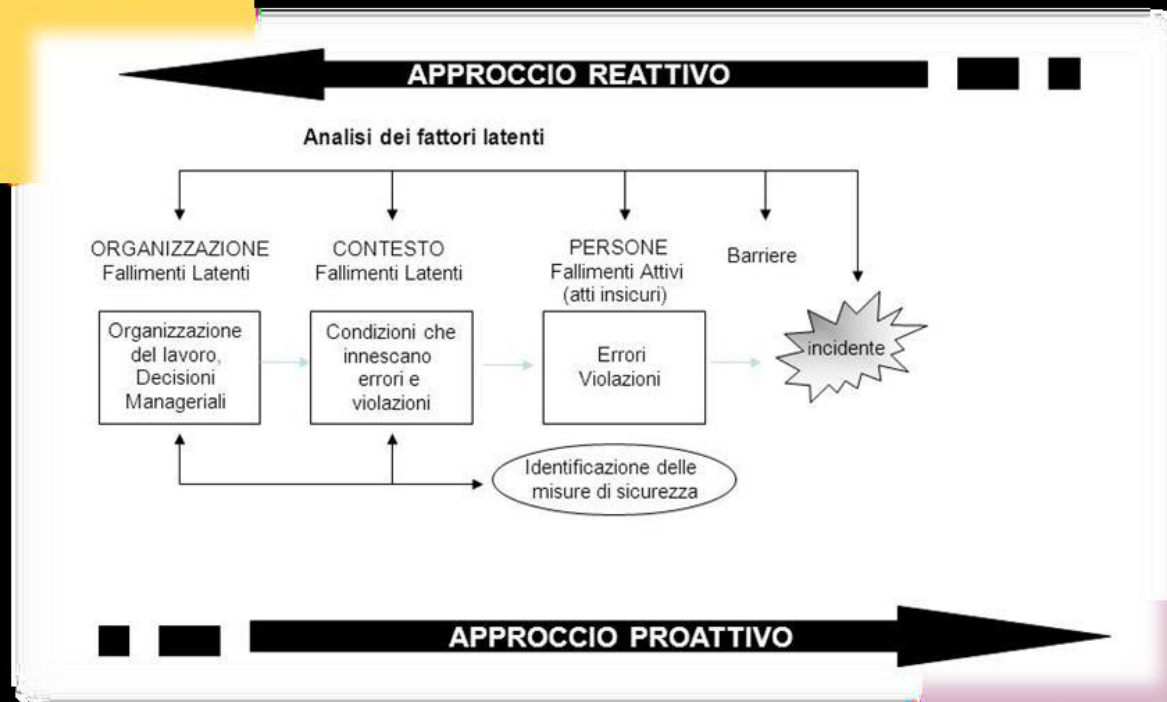
FMECA – Failure Mode and Effect Criticality Analysis

- Aggiunge un percorso di tipo **quantitativo** per stimare il livello di criticità degli inconvenienti individuati mediante l'attribuzione di un "indice di priorità del rischio"

Permette di identificare e prevenire problemi riguardanti i processi o gli esiti, prima della loro comparsa!!!

Analizza gli eventi
accaduti

RCA



FMECA

Analizza il processo

FASI DELLA FMECA

1. Selezionare un processo e formare il gruppo di lavoro
 2. Disegnare il processo
 3. Identificare i possibili errori e le loro cause
 4. Valutare l'indice
 5. Fornire un indice di priorità ai «failure mode»
 6. Ordinare i failure mode per questo indice
 7. Ipotizzare azioni di miglioramento
 8. Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate
 9. Implementare e monitorare
- 

1. Selezionare un processo ad alto rischio e formare un team Multidisciplinare che coinvolga tutti coloro che possono essere interessati dal processo
2. Disegnare il processo
3. Identificare i possibili errori e le loro cause

[illegible]

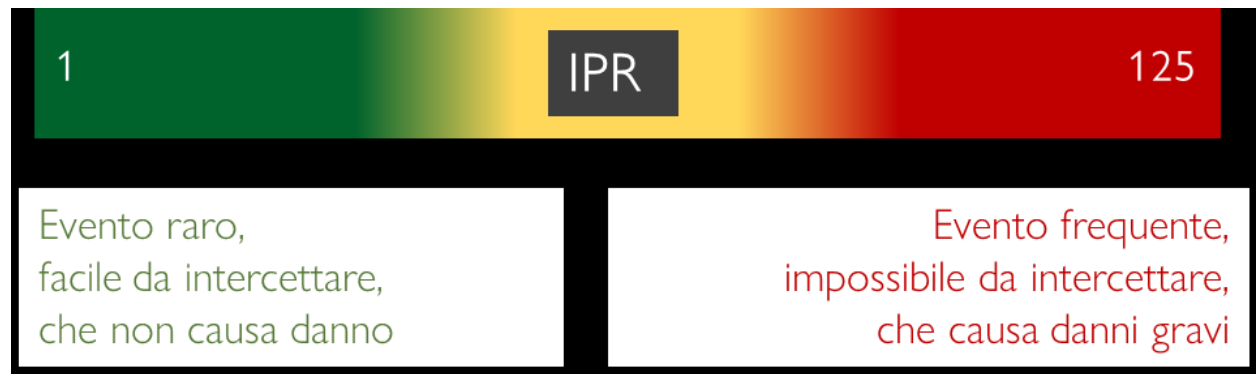
4. Valutare l'indice

5. Fornire un indice di priorità ai «failure mode»

Per ogni possibile evento avverso, assegnare dei valori numerici (da 1 a 5) alle variabili Gravità, Probabilità, Rilevabilità.

IPR (Indice di Priorità del Rischio) = Gravità x Probabilità x Rilevabilità

IPR tra 1 e 125



GRAVITÀ		
Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	NESSUN DANNO	Un fatto accaduto, che non ha causato nessun significativo impatto o danno sul paziente, sul sistema o sugli operatori e che non ha richiesto alcun trattamento.
2	DANNO LIEVE	L'evento ha causato un danno temporaneo al paziente e ha reso necessari interventi o trattamenti supplementari o un prolungamento della degenza al di sopra del valore medio del DRG specifico.
3	DANNO MEDIO	L'evento ha causato un danno temporaneo al paziente (invalidità temporanea) ed ha reso necessari un inizio o un prolungamento della degenza.
4	DANNO GRAVE	L'evento ha causato un danno permanente al paziente (invalidità permanente) oppure ha generato un evento prossimo alla morte.
5	MORTE	Decesso del paziente/del feto

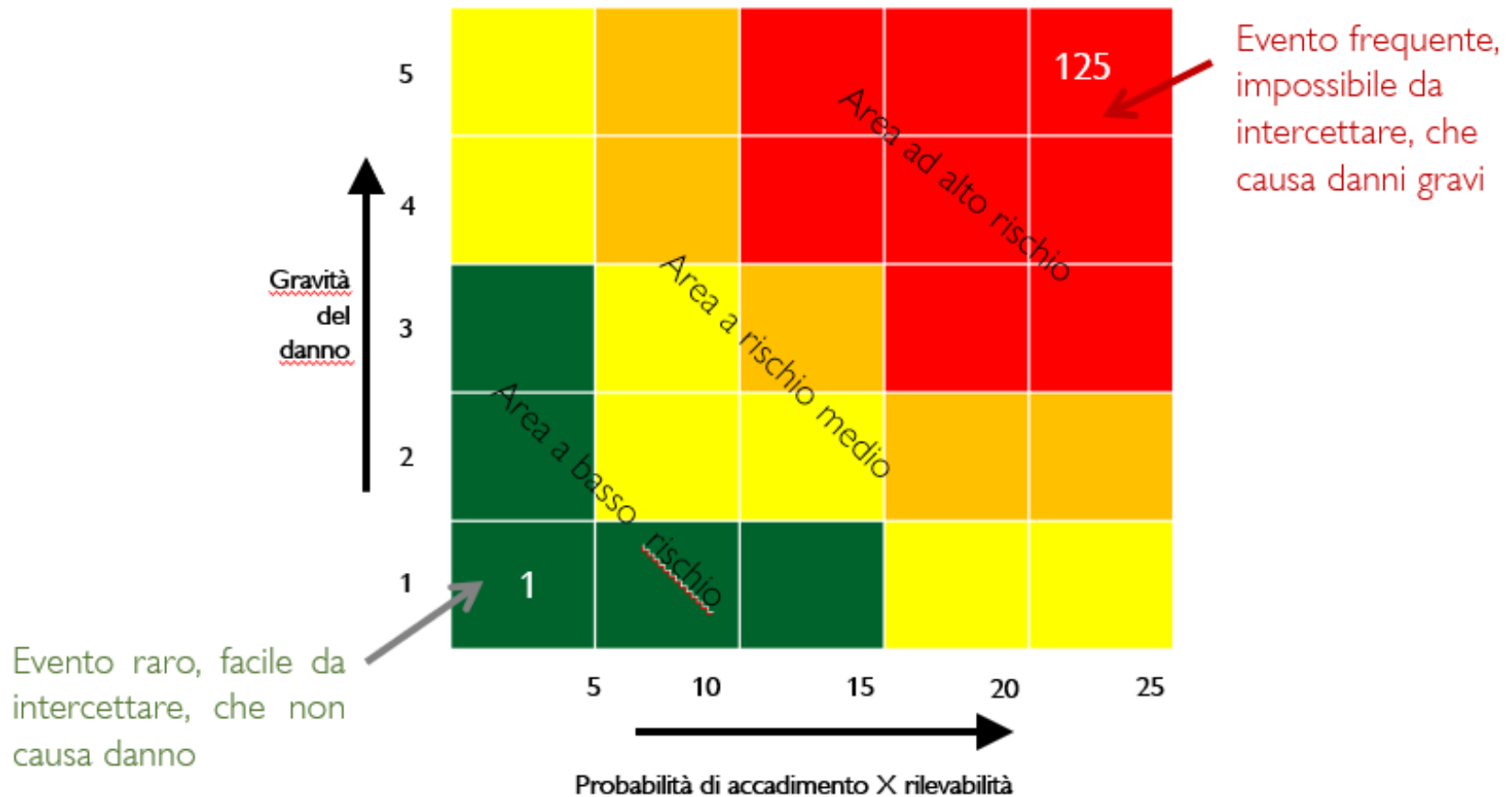
PROBABILITÀ DI RIPETERE

Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	REMOTA (non esistono eventi noti)	Si può verificare nello 0.01% dei casi (es. 1 caso su 2.000)
2	BASSA (possibile ma non esistono dati noti)	Si può verificare nello 0.02% dei casi (es. 1 caso su 1.000)
3	MODERATA (documentata ma infrequente)	Si può verificare nello 0.5% dei casi (es. 1 caso su 40)
4	ALTA (documentata e frequente)	Si può verificare nell'1% dei casi (es. 1 caso su 20)
5	MOLTO ALTA (documentata quasi certa)	Si può verificare nello 5% dei casi (es. 1 caso su 5)

RILEVABILITÀ

Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
5	REMOTA (rilevazione praticamente impossibile)	Si rileva 0 volte su 10 che l'evento accada (non esiste alcuna modalità per intercettare l'evento prima che accada).
4	BASSA (probabilità bassa di rilevazione dell'errore)	Si rileva 2 volte su 10 che l'evento accada (a volte esiste qualche sistema spesso dipendente dall'autocontrollo, per rilevare l'evento prima che accada).
3	MEDIA (probabilità moderata di rilevabilità dell'errore)	Si rileva 5 volte su 10 che l'evento accada (esiste un metodo di autocontrollo o uno strumento che probabilmente intercetta l'evento prima che accada).
2	ALTA (errore probabilmente rilevato)	Si rileva 7 volte su 10 che l'evento accada (esiste un metodo di controllo indipendente o uno strumento che molto spesso intercetta l'evento prima che accada).
1	ALTISSIMA (errore quasi sempre rilevato)	Si rileva 9 volte su 10 che l'evento accada (esiste un metodo di controllo indipendente o uno strumento che rileva sempre l'accadimento prima che accada)

6. Ordinare i failure mode per questo indice



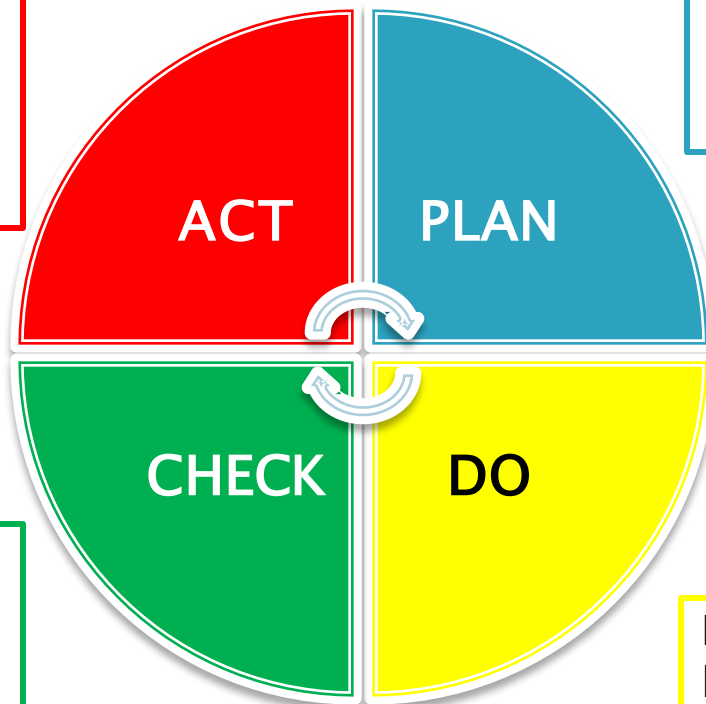
7. Ipotizzare azioni di miglioramento

8. Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate

9. Implementare e monitorare

- Se il cambiamento non ha funzionato, ripetete il ciclo con un piano diverso.
- Se il risultato è stato positivo, incorporare ciò che si è appreso.

- Ipotizzare e pianificare le azioni di miglioramento
- Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate



Monitorare i risultati del processo e delle azioni di miglioramento

Implementare i processi con le azioni di miglioramento

MODALITÀ CORRETTIVE DELL'ERRORE DI SISTEMA

La Gestione del rischio clinico (il clinical risk management) è dunque il complesso di iniziative di natura clinica ed amministrativa adottate, a vari livelli (aziendale, regionale, nazionale), per ridurre tale rischio in favore non solo dei pazienti, ma anche dello staff e dei visitatori e – più in generale – per ridurre le perdite dell'organizzazione stessa.

La Gestione del rischio clinico richiede forzatamente un approccio multidisciplinare ed ha una finalità sostanzialmente preventiva, non certo sanzionatoria o repressiva, nell'ottica di garantire cure sicure e prestazioni qualitativamente soddisfacenti. D'altra parte, la filosofia alla base della cultura della Gestione del rischio clinico si fonda sull'assunto "To err is human", titolo del rapporto reso nel 1999 dall'Institute of Medicine, proprio in tema di sicurezza delle cure. -> NO BLAME!

Incentrato sul comportamento umano come fonte di errore, che mira a potenziare le attività di FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

Incentrato sulle condizioni in cui si verifica l'errore, considerato come un fallimento non del singolo operatore, ma dell'intero sistema. REVISIONE PERCORSI, PROCEDURE E ASSETTO TECNOLOGICO E STRUTTURALE

Strumenti di identificazione del rischio

- **Incident reporting** -> Raccolta di informazioni spontanee.
- **Briefing sulla sicurezza** -> Breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata.
- **Safety walk round** -> Visite e «interviste» dei referenti della sicurezza nelle strutture.
- **Focus group** -> Esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con l'errore.
- **Revisione delle cartelle cliniche** -> indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.
- **Screening dati amministrativi** -> presenza di determinati eventi, precedentemente identificati come "segnalatori".
- **Osservazione** -> Da parte di un osservatore esterno ed esperto.

Strumenti di analisi del rischio

- **Root Cause Analysis** -> Mira a individuare le cause profonde, su cui agire per il miglioramento.
- **FMEA/FMECA** -> Tecnica proattiva che scompone il processo in macrofasi, individuando tutti i possibili errori e i loro effetti.
- **Audit clinico** -> Il mezzo più adeguato ad adattare le linee guida alla pratica clinica.
- **Morbidity & Mortality Review** -> Conferenza strutturata al fine di individuare gli errori in modo da imparare da questi.



THE

TAKE-HOME MESSAGE

Approccio al rischio

- Reattivo -> RCA, Audit, M&M
- Proattivo -> FMEA/FMECA

IPR (Indice di Priorità del Rischio)

- IPR (Indice di Priorità del Rischio) = Gravità x Probabilità x Rilevabilità
- Ogni variabile viene misurata con un punteggio da 1 a 5.
- Suddivide gli eventi in un range che va da «evento raro, facile da intercettare e che non causa danno» a «evento frequente, impossibile da intercettare che causa danni gravi».



THE

TAKE-HOME MESSAGE

DEFINIZIONE DI EVENTO SENTINELLA E IN COSA SI DIFFERENZIA DAGLI ALTRI EVENTI

Evento avverso di **particolare gravità**, 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. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Evento	<i>Versus</i>	Evento sentinella
Segnalazione volontaria		Segnalazione obbligatoria
Codificati per gravità		Ha una classificazione specifica
Gravità variabile		Sempre gravissimo
Le azioni sono variabili		Prevede sempre un'indagine ed un intervento serio

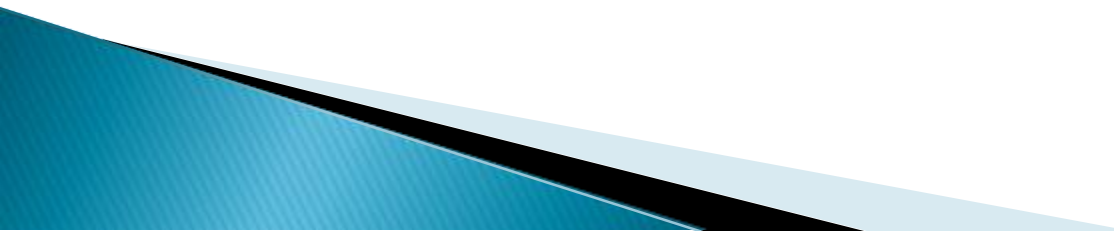
LA DIMENSIONE DEL PROBLEMA

Tipologia di Evento Sentinella
segnalato (periodo di
riferimento: 2005 – 2020)

Tipologia di Evento *	N.	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	2984	33.25
Ogni altro Evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1253	13.96
Atti di violenza a danno di operatore	1245	13.87
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	967	10.78
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	507	5.65
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	473	5.27
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	337	3.76
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	287	3.20
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	168	1.87
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	168	1.87
Errata procedura su paziente corretto	164	1.83
Violenza su paziente in ospedale	100	1.11
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	94	1.05
Procedura in paziente sbagliato	91	1.01
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	80	0.89
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	56	0.62
Totale	8974	100

* secondo la categorizzazione prevista dal *Protocollo nazionale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella*

Nel corso del 2022 si sono verificati in ASUGI 5 eventi che hanno avuto le caratteristiche dell'evento sentinella, e che sono pertanto stati segnalati al Ministero della Salute. Gli eventi segnalati sono stati i seguenti:

- ▶ Morte o grave danno in conseguenza di caduta di paziente: 2 eventi
 - ▶ Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica: 1 evento
 - ▶ Suicidio di paziente ricoverato: 1 evento
 - ▶ Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente: 1 evento
- 

TIPOLOGIE DI EVENTI SENTINELLA

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

Evento sentinella n. 1 – Procedura in paziente sbagliato

- Esecuzione di procedura chirurgica o invasiva su un paziente diverso da quello che necessita l'intervento. Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici o le procedure invasive (ad esempio radiologia interventistica), eseguiti in urgenza, in regime di ricovero (ordinario e day surgery) e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

Evento sentinella n. 2 – Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)

- Esecuzione di una procedura chirurgica sul paziente corretto, ma su un lato, organo o parte del corpo sbagliata. Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici eseguiti in urgenza, in regime di ricovero (ordinario e day surgery) e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

Evento sentinella n. 3 – Errata procedura su paziente corretto

- Esecuzione di una procedura diagnostica / terapeutica diversa da quella prescritta.

Evento sentinella n. 4 – Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure

- Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico nel corso di un intervento che richiede un successivo intervento. Sono compresi tutti gli strumenti chirurgici, le garze, gli aghi da sutura, gli elementi dello strumentario fra cui viti, frammenti di aghi da anestesia locale, frammenti di drenaggi chirurgici e altro materiale connesso all'esecuzione dell'intervento, ma non intenzionalmente lasciato nella sede chirurgica.

Evento sentinella n. 5 – Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0

- Reazione trasfusionale causata da incompatibilità AB0. Sono incluse tutte le reazioni trasfusionali da incompatibilità AB0.

Evento sentinella n. 6 – Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

- Morte, coma, alterazioni funzionali e qualsiasi altro grave danno, conseguenti ad errore nel corso di terapia farmacologica in ospedale. Viene incluso anche lo shock anafilattico in paziente con anamnesi positiva per allergia al farmaco che lo ha determinato. Esclusione: le reazioni avverse da farmaco, gli effetti collaterali o altre reazioni non determinate da errori.

Evento sentinella n. 7 – Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

- Morte materna o malattia grave correlata al travaglio (spontaneo o indotto) e/o al parto e puerperio.

Evento sentinella n. 8 – Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita

- Morte o grave condizione clinica, che potrebbe esitare in disabilità permanente, in neonato sano di peso >2500 grammi, non affetto da patologie congenite o di altro tipo non compatibili con la vita.

Evento sentinella n. 9 – Morte o grave danno per caduta di paziente

- Morte o grave danno conseguente a caduta di paziente in strutture sanitarie.

Evento sentinella n. 10 – Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

- Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente all'interno della struttura sanitaria, incluso anche i Servizi Territoriali di Salute Mentale.

Evento sentinella n. 11 – Violenza su paziente

- Qualsiasi tipo di violenza (commissiva od omissiva) su paziente da chiunque (operatore sanitario, altro paziente, familiare, visitatore) compiuta all'interno di strutture sanitarie.

Evento sentinella n. 12 – Atti di violenza a danno di operatore

- Violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e visitatori.

Evento sentinella n. 13 – Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

- Morte o grave danno del paziente conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto intra o extraospedaliero, sia nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza 118 che riguardo all'assistenza programmata.
- Viene incluso ogni malfunzionamento del sistema di trasporto, sia intraospedaliero che extraospedaliero, di tipo terrestre, aereo o navale, che interessa pazienti adulti o pediatriconeonatali e che comporta morte o grave danno del paziente a causa del verificarsi di uno o più dei seguenti momenti: mancato o intempestivo raggiungimento del luogo dell'evento da parte del mezzo di soccorso; invio di un mezzo inappropriato rispetto al tipo di emergenza o rispetto alle condizioni o geografiche del territorio o rispetto alla locale situazione meteorologica; interruzione o ritardo del trasporto a causa di improvvisa avaria meccanica; invio di un mezzo di trasporto inadeguato per carente corredo di farmaci, dispositivi medici e/o di specifici dispositivi di trattamento dell'emergenza o per presenza di personale sanitario non specializzato o non idoneo al trattamento del tipo di emergenza.

Evento sentinella n. 14 – Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso

- Morte o grave danno del paziente conseguente ad errata assegnazione del codice di gravità a seguito dell'applicazione del triage sul luogo dell'evento, su mezzi di soccorso, nella Centrale operativa 118, all'interno del pronto soccorso di ospedale.
- Sono inclusi tutti i pazienti cui è stato assegnato, da parte del personale cui è affidata la codifica, un codice di gravità sottostimato rispetto alla reale severità clinica con conseguente decesso o grave danno a causa del mancato o ritardato intervento medico o dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.
- Esclusioni: pazienti in cui l'errata attribuzione del codice triage non altera la tempestività dell'intervento medico e non produce conseguenze negative sul paziente in quanto la sottostima comporta un differimento della tempestività e tipologia dell'intervento non rilevante per l'esito.

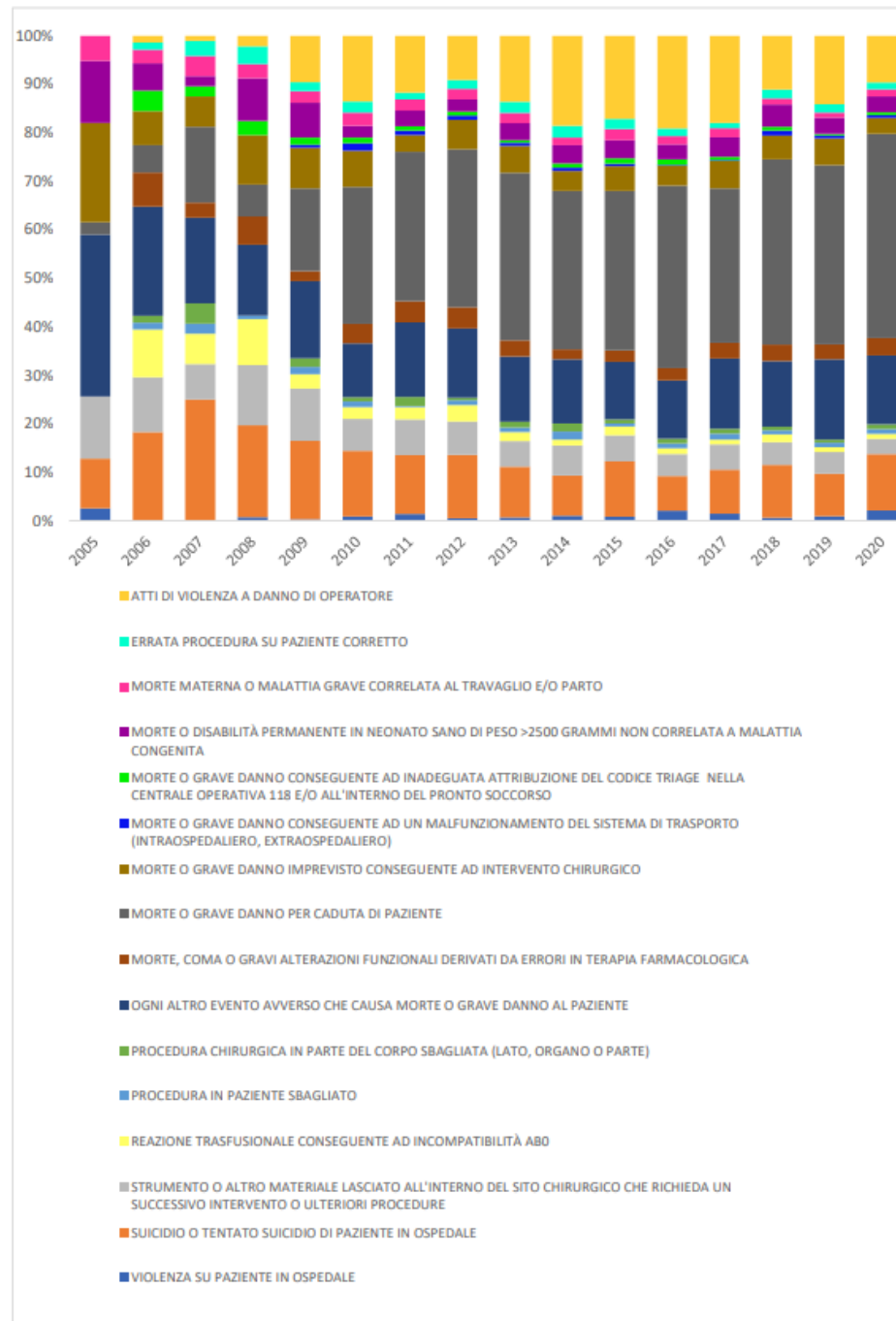
Evento sentinella n. 15 – Morte o grave danno imprevisi conseguenti ad intervento chirurgico

- Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico, indipendentemente dalla complessità dell'intervento.
- Esclusioni: tutti gli eventi avversi conseguenti alle condizioni cliniche del paziente ed attribuibili ad una quota di rischio intrinseco.

Evento sentinella n. 16 – Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

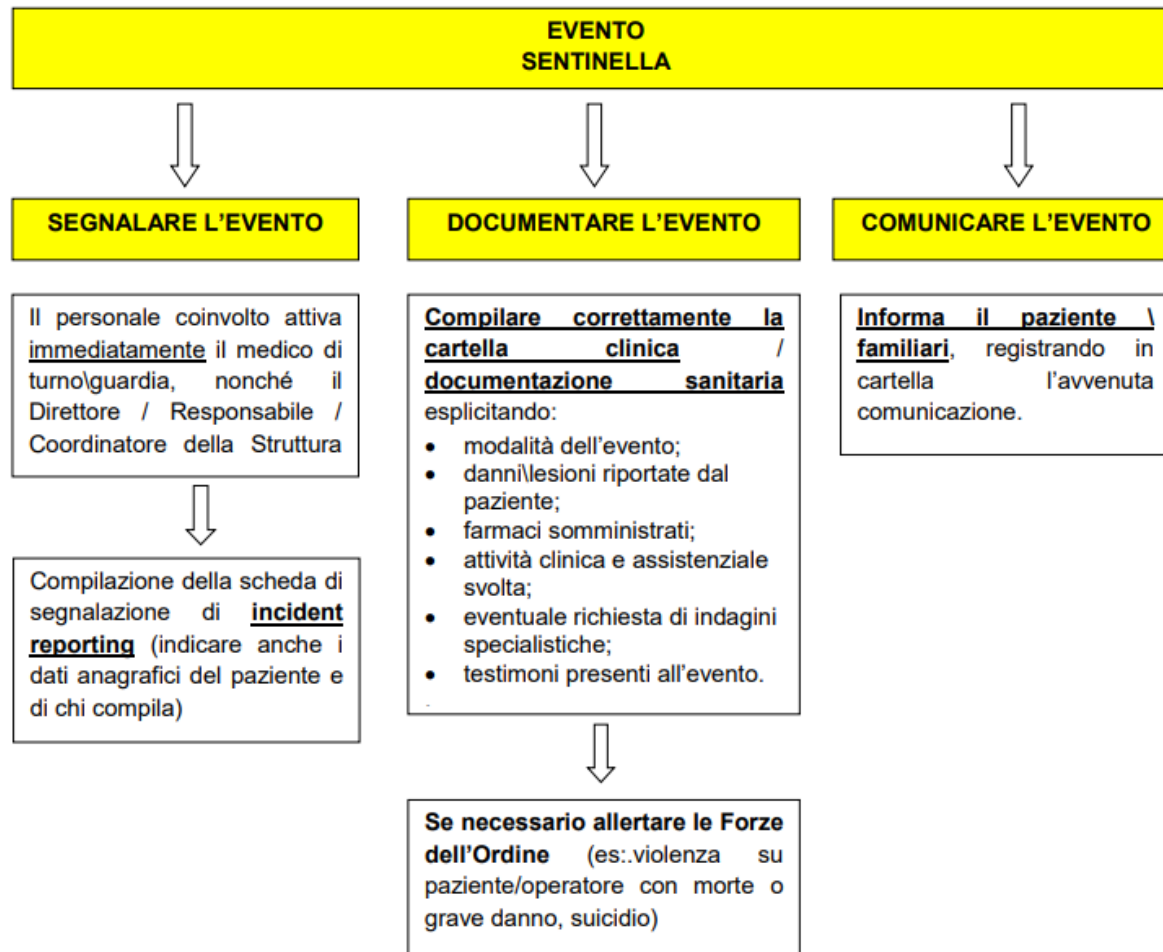
- Ogni altro evento avverso, dovuto ad errore e/o substandard care (livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti), non compreso tra gli eventi sentinella considerati nelle schede da 1 a 15 che causa morte o grave danno al paziente.

Segnalazioni degli Eventi Sentinella (2005–2020) stratificate per Tipologia di Evento



https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3356_allegato.pdf

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA



IL RISK MANAGER
(in collaborazione con il gruppo aziendale rischio clinico)

Informa tempestivamente dell'accaduto:

- la Direzione strategica
- l'Ufficio legale

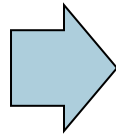
Acquisite le informazioni necessarie, se l'evento ha le caratteristiche dell'evento sentinella effettua la **segnalazione al Ministero della Salute**

Procede **all'analisi dell'evento** mediante **Root Cause Analysis** o **audit strutturato**

Illustra il **percorso di sostegno agli operatori sanitari coinvolti** (supporto psicologico, legale, medico-legale)

IL CASO

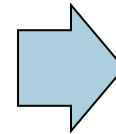
Nel «reparto A» è stata somministrata una sacca di emazie concentrate ad un paziente.



Appena messa la sacca di emazie è arrivato un accoglimento del Pronto Soccorso.

L'infermiera ha interrotto l'attività per supportare i colleghi e, dopo qualche minuto colta da un dubbio, è andata a controllare nuovamente la sacca di emazie.

Dopo aver rilevato l'errore (la sacca doveva essere somministrata al pz del letto accanto) ha immediatamente sospeso la sacca, e avvisato il medico.



Il gruppo sanguigno di entrambi i pazienti risultava essere 0+.





RUOLO	STRUTTURA DI APPARTENENZA
Risk Manager	SSD Rischio Clinico Qualità e Accreditamento
Infermiera	SSD Rischio Clinico Qualità e Accreditamento
Dirigente Medico	SC Medicina Trasfusionale
Direttore	Reparto A
Coordinatore Infermieristico	Reparto A
Dirigente Medico	Reparto A
Infermiera	Reparto A

CAUSE E FATTORI UMANI

Mancata aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali (**Identificazione paziente**) ed alla procedura di doppio controllo al letto del paziente prevista per la somministrazione di sangue ed emoderivati.

Venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con funzione di protezione per il paziente, compilazione non corretta della **checklist trasfusionale** (era presente un solo operatore)

Mancata identificazione di **situazioni a rischio** durante le quali l'operatore non può essere disturbato.

CAUSE E FATTORI ORGANIZZATIVI/AMBIENTALI

Momento caotico dovuto all'accoglimento di un paziente

Grande turnover del personale senza adeguata formazione