

Dott. Massimiliano Fabricci  
Dirigente Medico SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore  
ASUGI Area Giuliana

COME E DOVE TROVARMICI	
Telefono	040/399 4881
Cell	3312306891
Ufficio	Ospedale di Cattinara, Torre Medica, 4° piano, SC Direzione Medica di Presidio Cattinara e Maggiore
Mail	<a href="mailto:massimiliano.fabricci@asugi.sanita.fvg.it">massimiliano.fabricci@asugi.sanita.fvg.it</a>

# RISK MANAGEMENT IN AMBITO SANITARIO

## PROGRAMMA:

### ▶ PARTE PRIMA – RISCHIO CLINICO

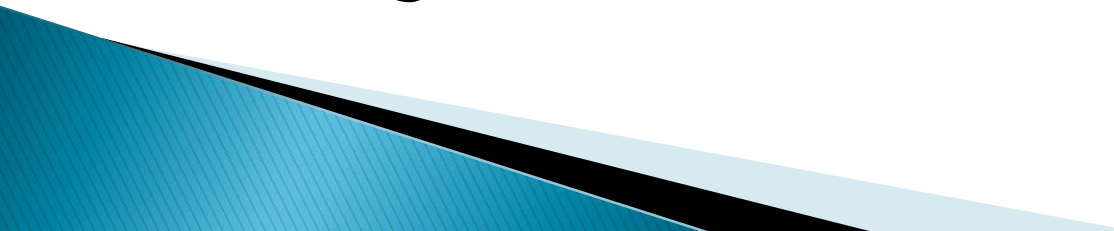
- La definizione di errore;
- Graduazione e classificazione dell'errore;
- La definizione di Rischio Clinico;
- I principi legislativi alla base del Rischio Clinico;
- La prevenzione degli errori;
- Metodi di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss;
- Metodi proattivi e reattivi per la valutazione 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;
- Rischi specifici in fisioterapia;
- Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;
- Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.

### ▶ PARTE SECONDA – RISCHIO INFETTIVO

- Nozioni Introduttive al rischio infettivo;
- Via di trasmissione delle malattie infettive ed Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- Definizione di Outbreak;
- Precauzioni standard, aggiuntive ed Isolamento del paziente;
- L'igiene mani;
- I Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali;
- I Sistemi di Sorveglianza (igiene mani, ICA antibiotici, AMR);
- Percorsi sporco-pulito;
- Gestione dei rifiuti;
- Vaccinazioni del personale.



# MATERIALE DIDATTICO

- ❑ Le slide del docente;
  - ❑ Il manuale del Ministero della Salute «Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari» disponibile al link [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_640\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf);
  - ❑ Articoli e fonti citati nei riferimenti bibliografici nelle slide.
- 

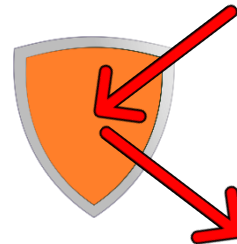
# PRIMA DI INIZIARE...

Quali sono gli obiettivi primari degli operatori sanitari?

- ▶ Curare il malato
  - Esistono le malattie croniche
  - Non sempre è possibile



- ▶ Prevenire le malattie



- ▶ Non causare altri danni



# GLI AMBIENTI SANITARI SONO PERICOLOSI?

## ▶ Rischio biologico



## ▶ Rischio chimico:

- Anestetici per inalazione;
- Chemioterapici antiblastici;
- Disinfettanti e sterilizzanti chimici;
- Composti chimici usati nei laboratori di analisi, anatomia patologica e ricerca.



## ▶ Rischio fisico:

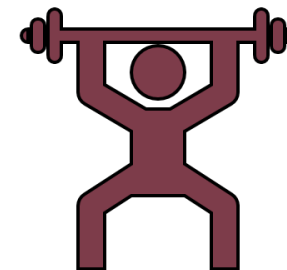
- Le radiazioni ionizzanti;
- Il rumore;
- Gli ultrasuoni;
- Gli infrasuoni;
- Le vibrazioni meccaniche;
- I campi elettromagnetici;
- I sistemi elettrici;
- Le radiazioni ottiche di origine artificiale;
- Il microclima e le atmosfere iperbariche.



**Per tutti**

## ▶ rischio da movimentazione dei carichi:

- Il peso (se supera i valori massimi non va sollevato da soli, ma è preferibile usare un ausilio meccanico);
- La temperatura (se un oggetto è troppo caldo o freddo è necessario utilizzare indumenti protettivi);
- Le caratteristiche del contenitore e del contenuto (se pericoloso è necessario manovrarlo con cautela);
- La stabilità del contenuto (se il peso non è distribuito uniformemente o il contenuto si sposta può derivarne un pericolo);
- Le manovre da evitare (spostare oggetti che impediscono la visibilità, indossare calzature o indumenti inadeguati, ecc.).



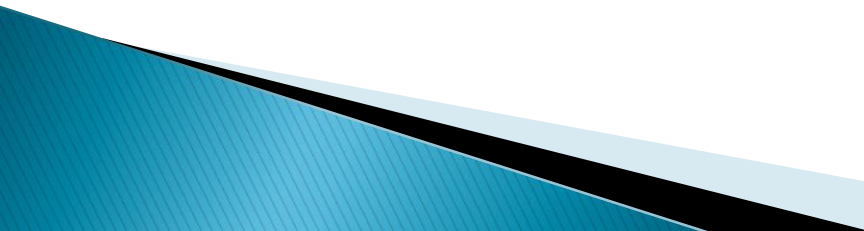
## ▶ rischio psico-sociale:

- Lo stress psichico (compreso il caso della second victim syndrome);
- Il lavoro a turni;
- Il burnout;
- Le molestie.

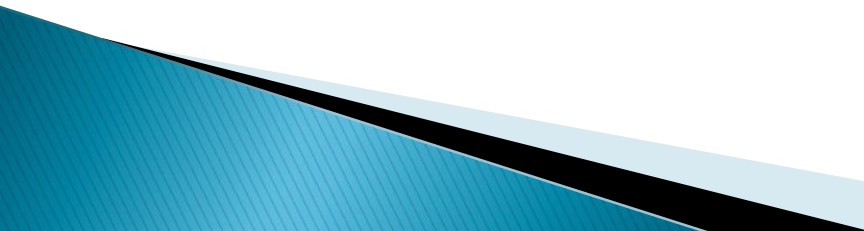


**Soprattutto per gli operatori**

# 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;
  - ▶ Rischi specifici in fisioterapia;
  - ▶ Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;
  - ▶ Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.
- 

# 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;
  - ▶ Rischi specifici in fisioterapia;
  - ▶ 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

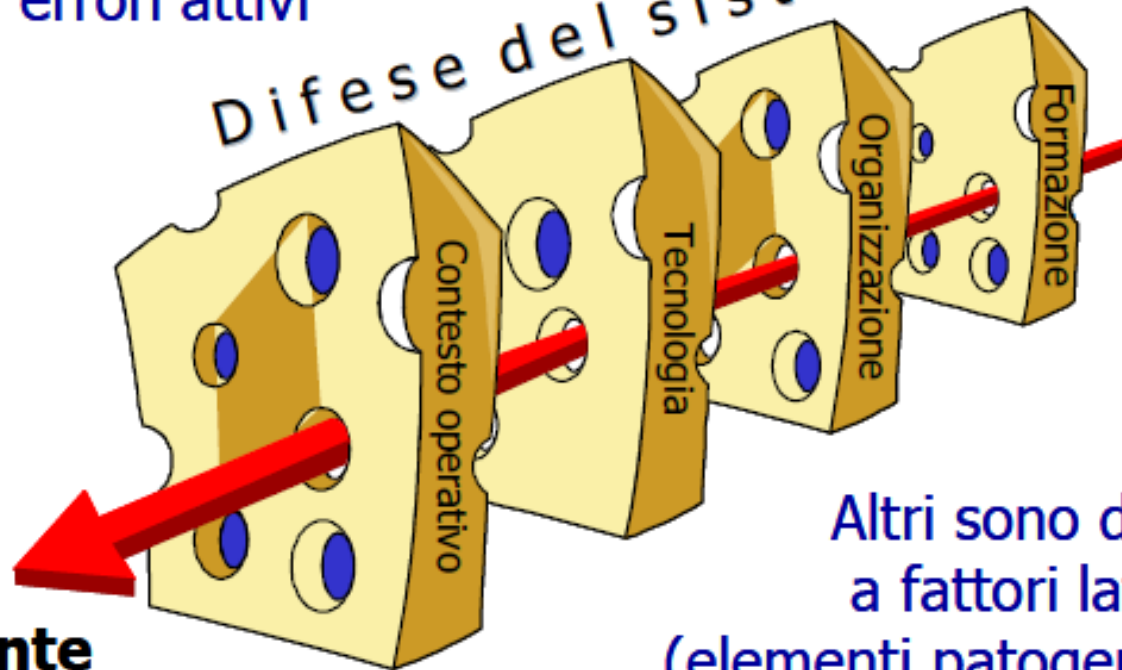
- Gli errori omissivi avvengono quando si omette qualcosa di corretto.

## 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

Difese del sistema



**Rischi**

**Incidente**

Altri sono dovuti a fattori latenti  
(elementi patogeni residenti)

## 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).



RETE CURE SICURE FVG

Dati 2022

Azioni di miglioramento attuate nell'anno

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

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

# Area organizzativa

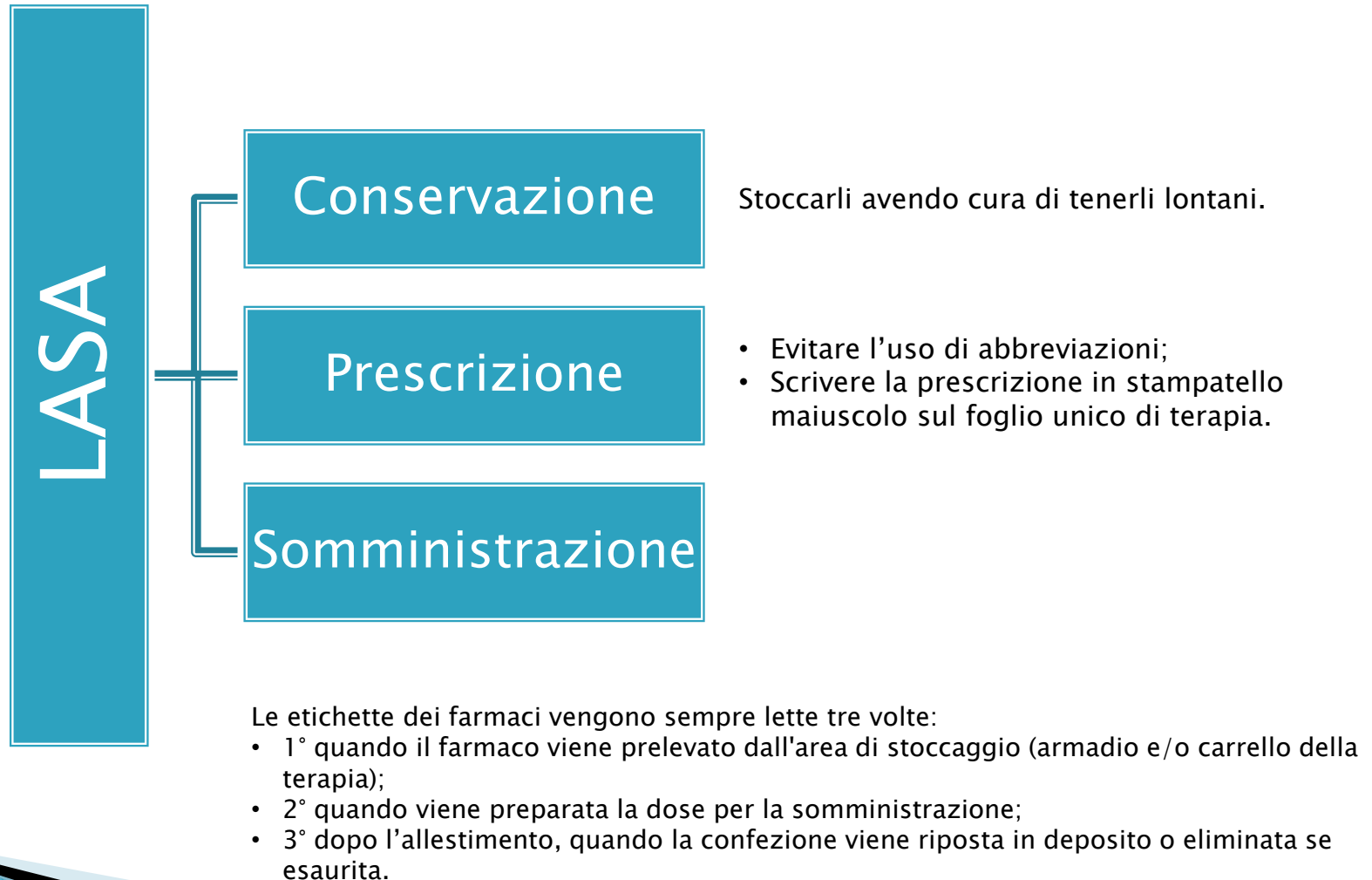
- ▶ Accesso
- ▶ Percorsi clinico assistenziali
- ▶ Trasferimenti
- ▶ Trasporti

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**

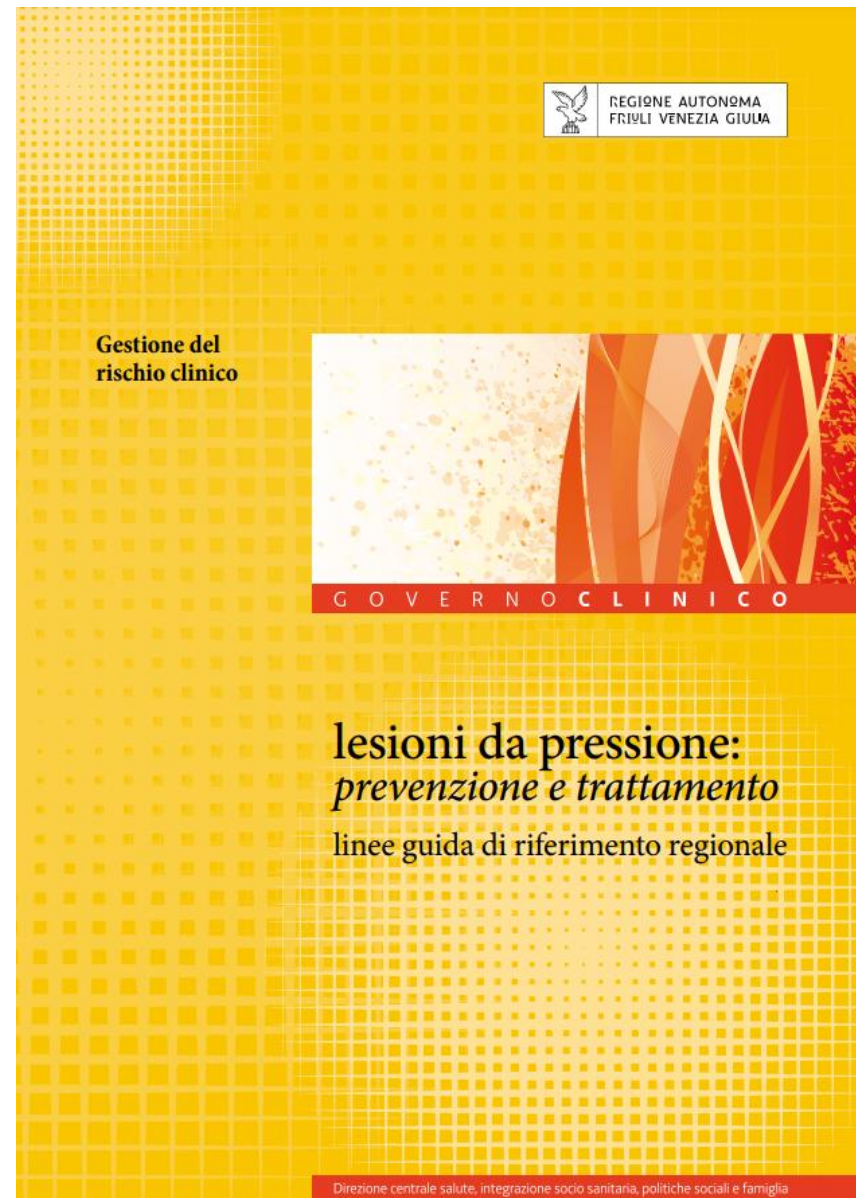


I farmaci sono raggruppati in un unico ripiano, bordato in rosso, con l'indicazione di farmaci ad alto rischio.

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

Punteggio	1	2	3	4
CONDIZIONI FISICHE	Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)	Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)	Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)	Buone (abile nelle ADL)
STATO MENTALE	Comatoso (risposta lenta o assente)	Confuso (poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)	Apatico (necessita la ripetizione delle domande)	Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)
ATTIVITA' E DEAMBULAZIONE	Costretto a letto	Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)	Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)	Autonomo (eventuale uso di presidi)
MOBILITA'	Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)	Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)	Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)	Completa (muove e controlla gli arti)
INCONTINENZA	Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)	Abituale (incontinenza urinaria)	Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)	Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

# Area diritti dei pazienti

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

# Identificazione del paziente

## 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 bracciale 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).

 <b>ASUGI</b> ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDACATI UNIVERSITARI SINDACATO ITALIANO FIDUCIARI UNIVERSITARI	<b>PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI</b>	<b>P_24_00</b> Pagina 1 di 16 22/08/2022
<b>PROCEDURA</b>		

## 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ età &gt; 65 anni</li> <li>➤ anamnesi positiva per precedenti cadute</li> <li>➤ incontinenza</li> <li>➤ deterioramento dello stato mentale</li> <li>➤ deterioramento delle funzioni neuromuscolari</li> <li>➤ dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana</li> <li>➤ riduzione del visus</li> <li>➤ deformazioni o patologie del piede (es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee)</li> <li>➤ paura di cadere</li> <li>➤ assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa</li> <li>➤ assunzione di 4 o più farmaci</li> <li>➤ variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco</li> </ul>	<p><b>RELATIVI ALL'AMBIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni</li> <li>➤ pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo</li> <li>➤ percorsi "ad ostacoli" per raggiungere il bagno</li> <li>➤ illuminazione carente in alcune aree</li> </ul> <p><b>RELATIVI ALLE ATTREZZATURE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ letti o barelle non regolabili in altezza</li> <li>➤ bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.</li> <li>➤ campanello o il pulsante di chiamata non facilmente accessibile</li> <li>➤ ausili per la deambulazione inadeguati</li> </ul>

## 1. VALUTAZIONE INIZIALE DEL RISCHIO CADUTA

- La valutazione del rischio caduta viene effettuata dal **personale sanitario** 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
<p><b>Terapie intensive e semi-intensive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rianimazione</li> <li>• Recovery Room</li> <li>• TIPO (post-operatorie)</li> <li>• Unità Coronarica</li> <li>• Medicina d'Urgenza</li> </ul>	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutti i pazienti sono da considerare a rischio caduta: non è necessaria la valutazione del rischio, vanno invece pianificati gli interventi di prevenzione</li> <li>• E' ammesso il ricorso all'uso di bandine protettive.</li> <li>• Adottare sorveglianza visiva continua.</li> </ul>
<p><b>Ostetricia</b></p>	<p>Il parto rappresenta una situazione di rischio, perché può comportare anemizzazione./ utilizzo di anestetici / intervento chirurgico (in caso di taglio cesareo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutte le pazienti sono da considerare a rischio caduta: non è necessaria la valutazione del rischio, vanno invece pianificati gli interventi di prevenzione</li> <li>• Fornire informazioni ed educazione sul <b>rischio di caduta del neonato e sulle misure preventive da adottare</b></li> </ul>
<p><b>Pediatria</b></p>	<p>Non esistono scale validate per la valutazione del rischio in età pediatrica Il rischio di caduta è intrinseco all'età pediatrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutti i pazienti sono da considerare a rischio caduta: non è necessaria la valutazione del rischio, vanno invece pianificati gli interventi di prevenzione</li> <li>• Fornire informazioni sul <b>rischio di caduta del bambino e sulle misure preventive da adottare</b> al genitore o un adulto di riferimento</li> </ul>

Area	Motivazione	Precauzioni da adottare
<b>Sale Operatorie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sale operatorie</li> <li>• Sale Emodinamica</li> </ul>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Assicurare il paziente al letto operatorio con idonee cinghie di fissaggio.</li> </ul>
		<p>Prevedere l'uso di appoggi antiscivolamento nel caso di Trendelenburg e anti-Trendelenburg e appoggi laterali nel caso di inclinazioni laterali.</p>
<b>Sale endoscopiche e altre aree in cui si eseguono procedure in sedazione</b>	<p>I pazienti possono avere uno stato di coscienza alterato ed essere soggetti a terapia FRID.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porre la massima attenzione nel trasferimento del paziente</li> <li>• Adottare sorveglianza visiva continua</li> <li>• Sorvegliare/sostenere il paziente durante il ripristino della posizione eretta</li> </ul>
<b>Pronto Soccorso OBI Altre aree con pazienti barellati</b>	<p>I pazienti possono sostare su barelle ed essere esposti a rischio di caduta più elevato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E' raccomandato il ricorso all'uso di spondine protettive sulle barelle</li> <li>• Le barelle devono essere ad altezza variabile e poste all'altezza minima.</li> <li>• Adottare sorveglianza visiva continua se necessario</li> </ul>
<b>Sezioni Radiologiche</b>	<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porre la massima attenzione nel trasferimento del paziente da letto/barella a tavolo radiologico</li> <li>• Allineare i due piani e bloccare le ruote del letto/barella.</li> <li>• Sorvegliare/sostenere il paziente durante il ripristino della posizione eretta</li> <li>• Adottare sorveglianza visiva continua se necessario</li> </ul>

# PREVENZIONE DELLE CADUTE E LIMITAZIONE DEL DANNO DA CADUTA

Non a  
rischio  
caduta

Scala Schmid < 3

A  
rischio  
caduta

Scala Schmid ≥ 3

## 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 .....	<i>spazio etichetta</i>	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 considerati ad alto rischio di caduta. Dovranno essere sempre pianificati interventi di prevenzione dedicati.

PUNTEGGIO SCALA SCHMID	RISCHIO DI CADUTA	INTERVENTI DA APPLICARE
< 3	<b>NON A RISCHIO</b>	> INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE
≥ 3	<b>A RISCHIO</b>	> 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	VALUTAZIONE INIZIALE	MOTIVO RIVALUTAZIONE (CAD / MOD / INT / RIV / DIM)			
<b>SCALA SCHMID</b>					
<b>VALUTAZIONE DELLA MOBILITA'</b>					
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
Impossibilitata a camminare o spostarsi	0	0	0	0	0
<b>VALUTAZIONE DELLO STATO COGNITIVO</b>					
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
<b>VALUTAZIONE DELL'ELIMINAZIONE</b>					
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
<b>VALUTAZIONE PREGRESSE CADUTE</b>					
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
<b>TERAPIA FARMACOLOGICA</b>					
Assunzione di farmaci anticonvulsivi / psicotropi / ipnotici	2	2	2	2	2
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>					
<b>SE ≥ 3 ⇨ PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA</b>					
<b>IL SOGGETTO E' A RISCHIO DI CADUTA ?</b>	SI' NO	SI' NO	SI' NO	SI' NO	SI' NO
<b>Firma valutatore</b>					
<b>Data / ora valutazione</b>					

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*

<b>INTERVENTI DI PREVENZIONE</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>
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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.
Collocare il paziente in una stanza o area che permetta di agevolare il più possibile la sorveglianza da parte degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.
Favorire la presenza di familiari o caregivers	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.
Accompagnare in bagno, ad intervalli regolari, ove possibile, il paziente in trattamento farmacologico con diuretici e/o lassativi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.
<b>Firma valutatore</b>				

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

## GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

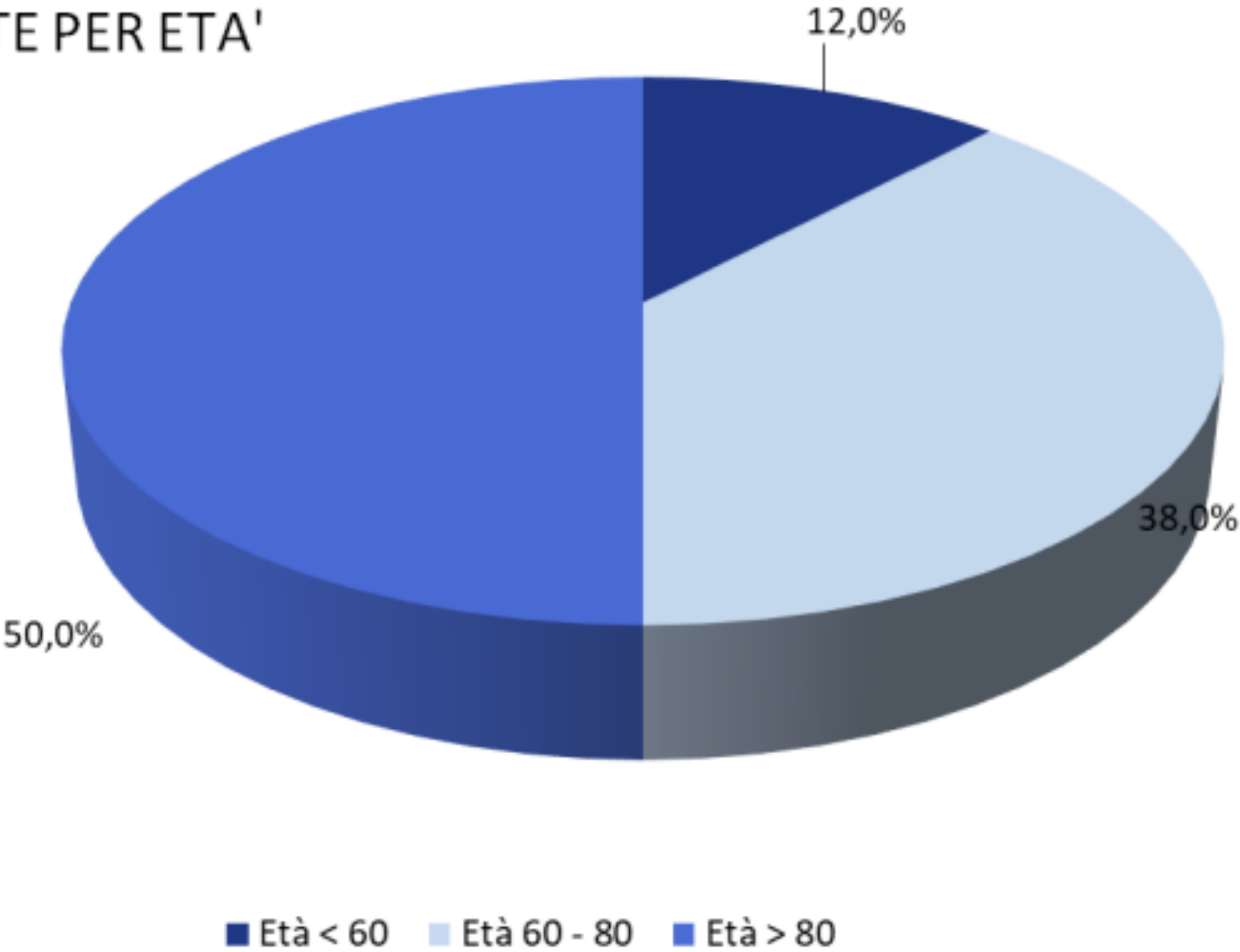
1. Valutare i parametri vitali e lo stato di coscienza; se necessario applicare il protocollo BLSD.
2. Accertare l'eventuale presenza di ferite, ematomi e/o segni/sintomi suggestivi di frattura; Se l'infortunato è cosciente ed orientato chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, valutare 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 (" <i>Scheda di segnalazione delle cadute accidentali</i> " 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

Nel 2024 sono pervenute complessivamente 1029 segnalazioni di cadute, distribuite come segue:

	Eventi totali	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre
Trieste	592	152	157	138	145
Gorizia	236	53	55	74	54
Monfalcone	201	46	44	53	58
Totale	<b>1029</b>	<b>251</b>	<b>256</b>	<b>265</b>	<b>257</b>

Le cadute hanno riguardato soprattutto il genere maschile (60%), la fascia di età più colpita è stata quella superiore agli 80 anni.

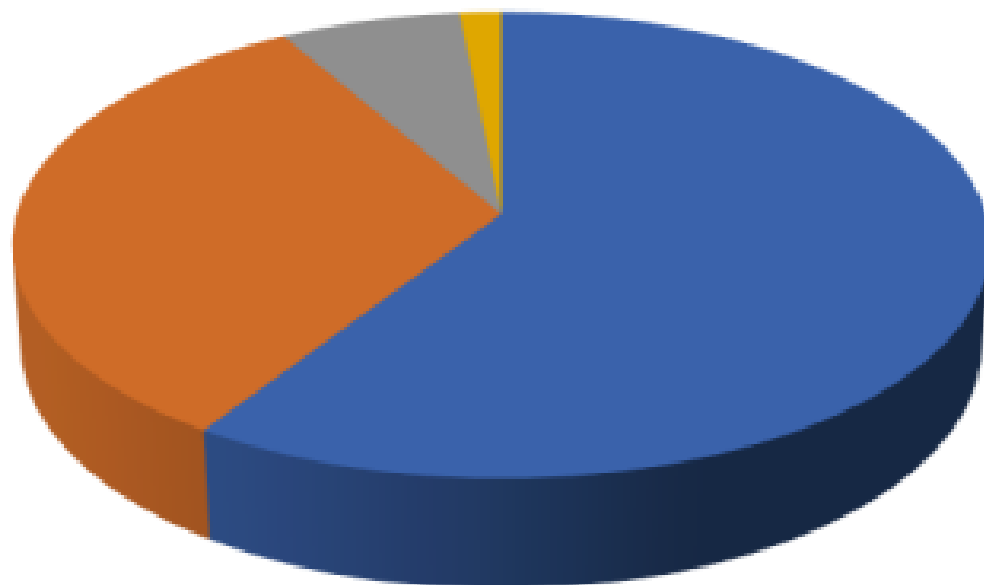
# CADUTE PER ETA'



La maggior parte delle cadute si è verificata in ambito ospedaliero (soprattutto nelle degenze di area medica); sul territorio in RSA, come si evince dalla tabella sottostante.

CADUTE PER AREA	Totale	%	Trieste	Gorizia	Monfalcone
<b>OSPEDALI</b>					
Area medica	619	60,1	399	121	99
Area chirurgica	146	14,2	97	19	30
Area critica - emergenza	77	7,5	52	15	10
Area materno-infantile	2	0,2	/	/	2
Area servizi	24	2,3	12	6	6
<b>TERRITORIO</b>					
RSA	145	14,1	23	70	52
Servizi Territoriali	16	1,6	9	5	2
<b>TOTALE</b>	<b>1029</b>	<b>100</b>	<b>592</b>	<b>236</b>	<b>201</b>

# Esito



■ Assenza di danno apparente

■ Esito minore

■ Esito moderato

■ Esito tra moderato e significativo

■ Esito significativo

■ Esito severo/morte

■ Dato non rilevato

# 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.

## PREVENZIONE

- LIVELLO STRUTTURALE E/O LOGISTICO
- LIVELLO ORGANIZZATIVO

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.	

## PREVENZIONE

- LIVELLO STRUTTURALE E/O LOGISTICO
- LIVELLO ORGANIZZATIVO

## 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

# ASUGI

- Supporto di un legale e copertura assicurativa
- Elezione di domicilio presso ASUGI per il dipendente
- Sanzione amministrativa per l'aggressore (ruolo di accertatore)
- Danni ai beni dell'operatore (solo se involontari)
- Diffida per danni ai beni dell'azienda
- Supporto psicologico

# 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.



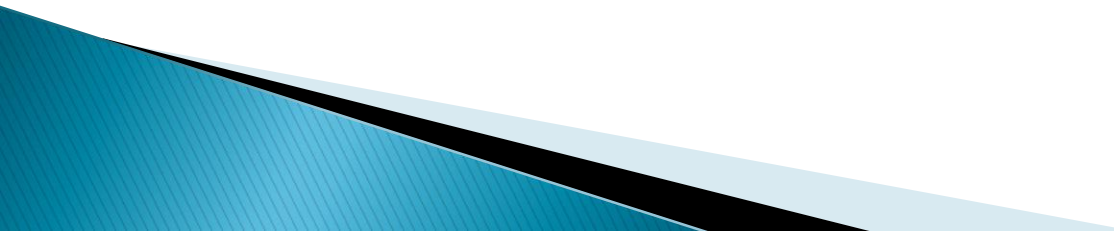
*Il termine "seconda vittima" è stato coniato nel 2000 dal Dr. Albert Wu, professore di politica e gestione della salute presso la Johns Hopkins School of Public Health.*

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.

# 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;
  - ▶ Rischi specifici in fisioterapia;
  - ▶ Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;
  - ▶ Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.
- 

# 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**

**Cultura della Sicurezza**



**BLAME**

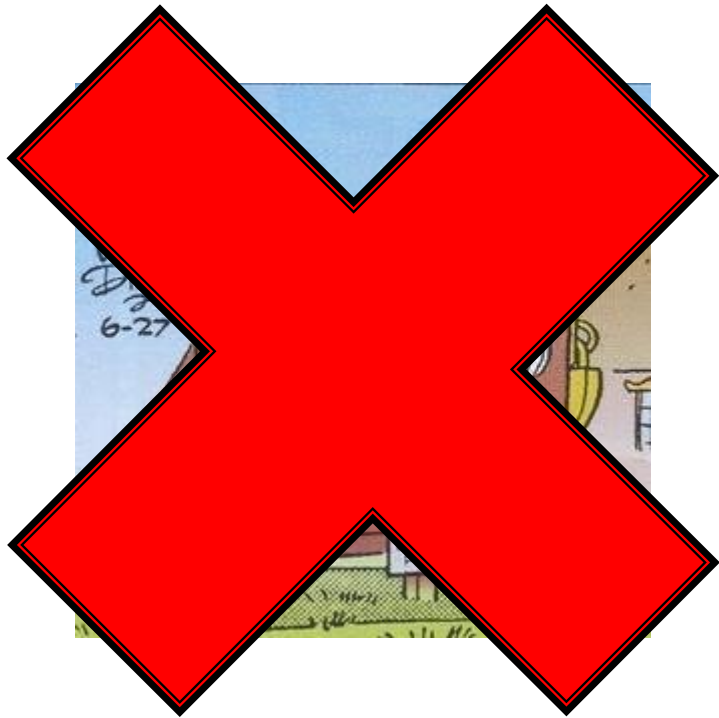
Rischio Clinico



**NO BLAME**

«Chi ha compiuto l'errore?»

«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

A horizontal timeline arrow pointing right, containing five circular nodes. The nodes are blue with white outlines. The text labels are placed above and below the nodes, rotated 45 degrees for readability. The timeline represents the evolution of clinical risk legislation in Italy.

D.Lgs. n. 502 del  
30-12-1992

D.P.R. 14.01.1997

D.M. 11 dicembre  
2009 - Specifiche  
Tecniche SIMES

L. n. 24 del 8-3-  
2017

D.M. 29-9-2017

**PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO**

*I principi legislativi alla base del  
Rischio Clinico*

A horizontal timeline arrow pointing right, containing five circular nodes. The first node is red, and the others are blue. The text labels are placed above and below the nodes.

D.Lgs. n. 502 del  
30-12-1992

D.P.R. 14.01.1997

D.M. 11 dicembre  
2009 - Specifiche  
Tecniche SIMES

L. n. 24 del 8-3-  
2017

D.M. 29-9-2017

**PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO**

*I principi legislativi alla base del  
Rischio Clinico*

# 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)

D.Lgs. n. 502 del  
30-12-1992

D.P.R. 14.01.1997

D.M. 11 dicembre  
2009 - Specifiche  
Tecniche SIMES

L. n. 24 del 8-3-  
2017

D.M. 29-9-2017

PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO

*I principi legislativi alla base del  
Rischio Clinico*

# 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

D.Lgs. n. 502 del  
30-12-1992

D.P.R. 14.01.1997

D.M. 11 dicembre  
2009 - Specifiche  
Tecniche SIMES

L. n. 24 del 8-3-  
2017

D.M. 29-9-2017

PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO

*I principi legislativi alla base del  
Rischio Clinico*

# 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Struttura sanitaria che ha censito l'evento;</li> <li>2. Referente della compilazione;</li> <li>3. Identificazione dell'evento sentinella;</li> <li>4. Dati del paziente;</li> <li>5. Esito dell'evento</li> </ol>
	Tracciato 2	Scheda B	A seguito dell'analisi e conferma dell'evento il Sistema è alimentato con le informazioni relative a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrizione dell'evento;</li> <li>2. Metodo di analisi utilizzato;</li> <li>3. Lista cause e fattori;</li> <li>4. Cause e fattori legati alla comunicazione;</li> <li>5. Cause e fattori umani;</li> <li>6. Cause e fattori ambientali;</li> <li>7. Cause e fattori legati alle tecnologie sanitarie, farmaci, linee guida e barriere</li> <li>8. Azioni per riduzione del rischio</li> </ol>
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: <p>Denuncia sinistro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Struttura sanitaria che ha censito la denuncia;</li> <li>▪ Dati richiedente;</li> <li>▪ Dati identificativi sinistro;</li> <li>▪ Denuncia cautelativa;</li> <li>▪ Dati eventuale procedimento in corso.</li> </ul> <p>Evento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dati identificativi Evento avverso;</li> <li>▪ Dati identificativi danneggiato.</li> <li>▪</li> </ul> <p>Importi erogati</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dati risarcimento;</li> <li>▪ Dati identificativi danneggiato.</li> <li>▪ Data conclusione</li> <li>▪ Motivazione</li> </ul>

D.Lgs. n. 502 del  
30-12-1992

D.P.R. 14.01.1997

D.M. 11 dicembre  
2009 - Specifiche  
Tecniche SIMES

L. n. 24 del 8-3-  
2017

D.M. 29-9-2017

PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO

*I principi legislativi alla base del  
Rischio Clinico*

# 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».



D.Lgs. n. 502 del  
30-12-1992

D.P.R. 14.01.1997

D.M. 11 dicembre  
2009 - Specifiche  
Tecniche SIMES

L. n. 24 del 8-3-  
2017

D.M. 29-9-2017

PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO

*I principi legislativi alla base del  
Rischio Clinico*

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:

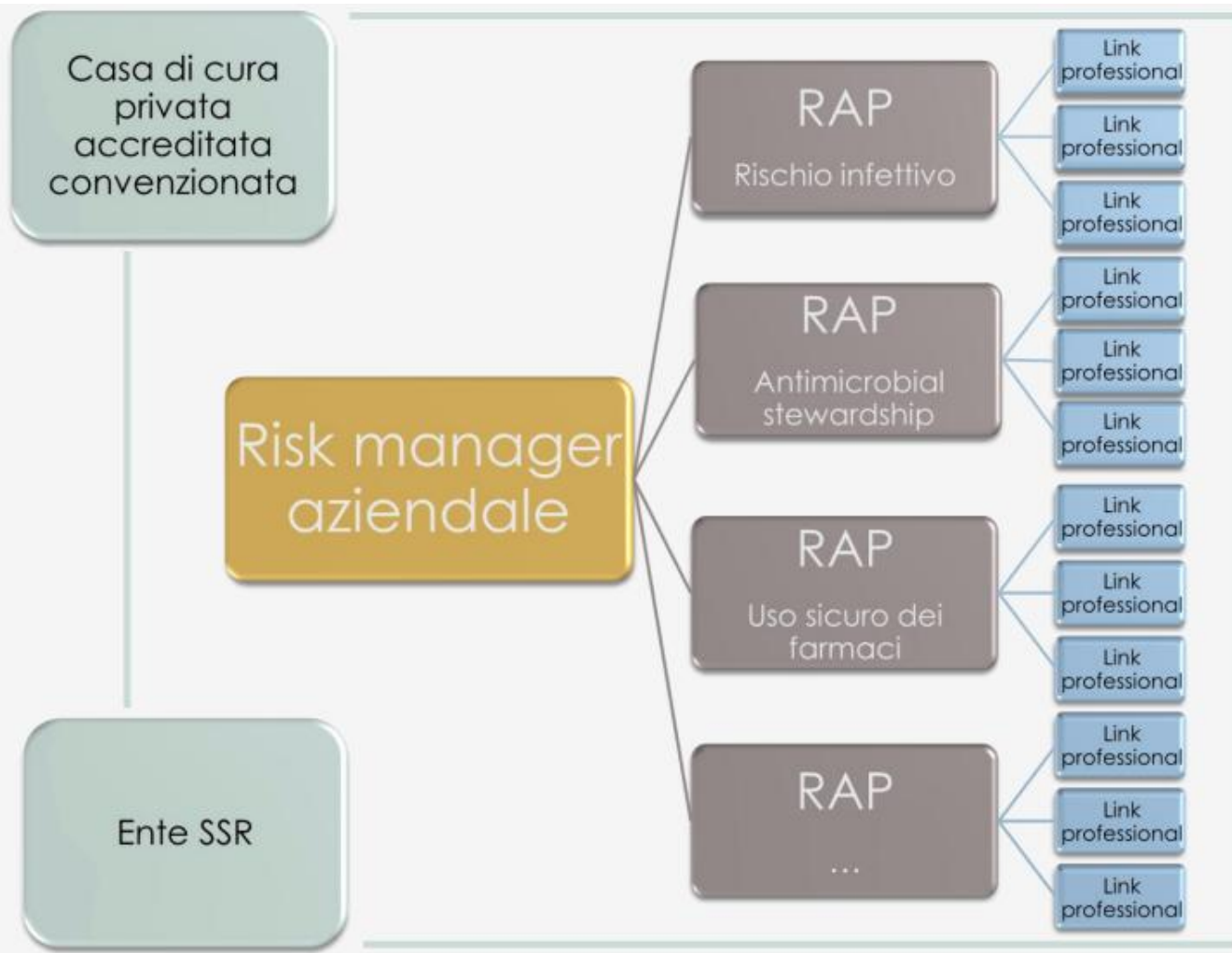
- ▶ Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità – DCSPSD;
- ▶ Azienda regionale di coordinamento per la salute – ARCS;
- ▶ Risk manager aziendali;
- ▶ Responsabili aziendali dei programmi regionali;
- ▶ Link professional aziendali;
- ▶ Professionisti del SSR;
- ▶ Cittadini.

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



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	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partecipare con i Responsabili della propria Struttura alla realizzazione del programma di miglioramento.</li> <li>– Rappresentare un riferimento nel proprio contesto lavorativo.</li> <li>– Fungere da interlocutore competente per la gestione delle criticità emergenti.</li> <li>– Individuare situazioni di ostacolo all'aderenza ai programmi di miglioramento della qualità nella struttura di appartenenza.</li> <li>– Partecipare alla ricerca di soluzioni operative ottimali per lo sviluppo del programma di miglioramento.</li> <li>– 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.</li> </ul>
Comunicazione/relazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantenere l'interfaccia tra la Struttura di appartenenza e il Gruppo di lavoro aziendale.</li> <li>– Fare in modo che il singolo operatore e il gruppo incrementino le proprie conoscenze teoriche e pratiche.</li> <li>– Supportare i colleghi nella realizzazione dei programmi.</li> <li>– Collaborare all'individuazione di iniziative/soluzioni per accrescere la sensibilità degli operatori della propria struttura verso il tema di referenza.</li> </ul>
Segnalazioni informazioni e dati	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Segnalare eventuali eventi critici/eventi avversi/near miss legati al tema di referenza.</li> <li>– Partecipare alla realizzazione dei monitoraggi previsti dal programma di qualità.</li> <li>– Approfondire il tema di referenza mediante consultazione di letteratura mirata.</li> </ul>
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Collaborare all'identificazione dei fabbisogni formativi per lo sviluppo della propria competenza.</li> <li>– Collaborazione alla identificazione dei fabbisogni formativi sul tema di referenza per i componenti dell'equipe.</li> <li>– Sostenere la formazione sul campo.</li> </ul>

**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  $\geq 3$ . 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.



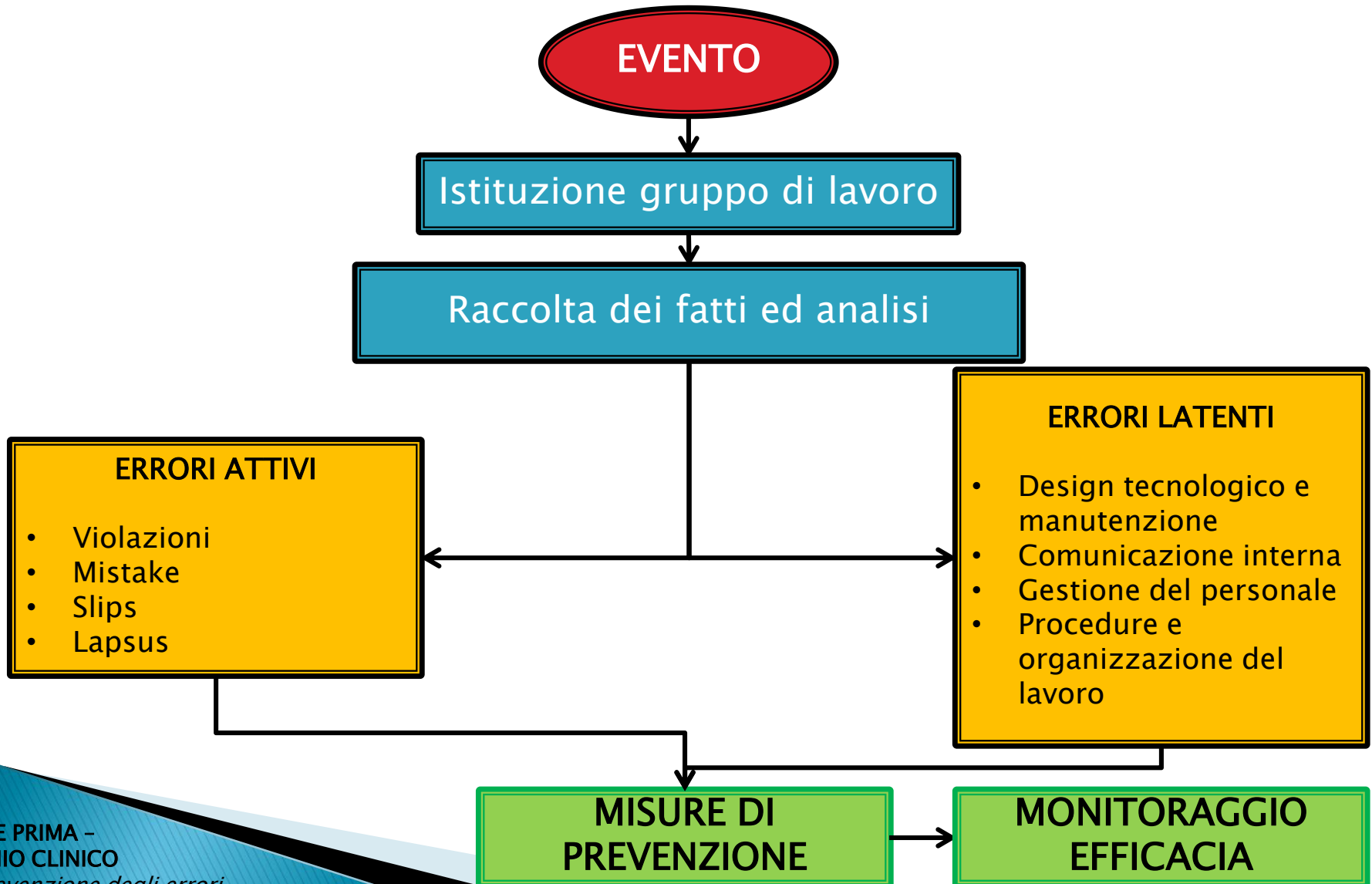
**THE**

**TAKE-HOME MESSAGE**

# 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;
- ▶ Rischi specifici in fisioterapia;
- ▶ Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;
- ▶ Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.

# 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.

## 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

> [Referenti per questo argomento](#)

*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:

<b>E-MAIL</b>	<a href="mailto:RISCHIO.CLINICO@ASUGI.SANITA.FVG.IT">RISCHIO.CLINICO@ASUGI.SANITA.FVG.IT</a>
<b>POSTA INTERNA</b>	<b>AREA GIULIANA:</b> Ospedale Maggiore – Direzione Medica di Presidio <b>AREA ISONTINA:</b> Parco Basaglia – Direzione infermieristica

**DOVE SI E' VERIFICATO L'EVENTO**

<input type="checkbox"/> Ospedale TS Maggiore	<input type="checkbox"/> Distretto 1	<input type="checkbox"/> Distretto Alto Isontino	<input type="checkbox"/> Dipartimento Delle Dipendenze
<input type="checkbox"/> Ospedale TS Cattinara	<input type="checkbox"/> Distretto 2	<input type="checkbox"/> Distretto Basso Isontino	<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> Ospedale Gorizia	<input type="checkbox"/> Distretto 3		<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Ospedale Monfalcone	<input type="checkbox"/> Distretto 4		<input type="checkbox"/> Altro _____

<b>INFORMAZIONI GENERALI</b>	<b>STRUTTURA SEGNALANTE</b>		
	<b>ALTRA STRUTTURA COINVOLTA</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI segnalare..	
	<b>AREA DOVE E' ACCADUTO L'EVENTO</b>	<input type="checkbox"/> Stanza di degenza <input type="checkbox"/> Ambulatorio visita <input type="checkbox"/> Sala Operatoria <input type="checkbox"/> Sez. Radiologica <input type="checkbox"/> Domicilio utente <input type="checkbox"/> Su mezzo di trasporto sanitario <input type="checkbox"/> Altro:	
	<b>EVENTO ACCADUTO</b>	<b>Data</b> <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale	<input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> 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.

<b>TIPO DI EVENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>ORGANIZZATIVO</b>	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.
	<input type="checkbox"/> <b>TERAPIA</b>	Errori intercorsi nelle fasi di gestione della terapia farmacologica; prescrizione, preparazione somministrazione, conservazione ed approvvigionamento del farmaco
	<input type="checkbox"/> <b>ASSISTENZA</b>	Errori che intercorrono in caso di ritardata/indeguata/omessa prestazione assistenziale, chirurgica, terapeutica e diagnostica
	<input type="checkbox"/> <b>DIRITTI DEL PAZIENTE</b>	Errori che intercorrono in caso di inosservanza o violazione di norme o procedure, comportamenti e azioni scorretti o inappropriati, comunicazione inefficace
	<input type="checkbox"/> <b>INFRASTRUTTURE</b>	Errori che intercorrono per malfunzionamenti o incompetenza d'uso di apparecchiature elettromedicali, impiantistica gas medicali e sistemi informatici
	<input type="checkbox"/> <b>VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE</b>	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
<input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b>	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 sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>	Basso
	ESITO MINORE – osservazioni e monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori che non richiedono trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>	
	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esami del sangue o delle urine) trattamenti minori (es: Bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>	Moderato
	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 <input type="checkbox"/>	
	ESITO SIGNIFICATIVO – Trasferimento in Terapia Intensiva/prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>	
	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>	
<b>Livello = 6 - 7 - 8: valutare se si tratta di evento sentinella !</b>			Severo

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO	
<b>Fattori legati al paziente</b>	
<b>Fattori legati al personale</b>	
<b>Fattori legati all'organizzazione</b>	

<b>Fattori che possono aver evitato l'evento o ne hanno ridotto la gravità</b>	<input type="checkbox"/> Individuazione veloce	<input type="checkbox"/> Efficacia di protocolli procedure
<b>L'evento si era già verificato</b>	<input type="checkbox"/> Tempestivo intervento	<input type="checkbox"/> Casualità <input type="checkbox"/> Altro
<b>E' probabile che si verifichi di nuovo ?</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

<b>SOLUZIONI ADOTTATE</b>	<b>Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feriale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 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:

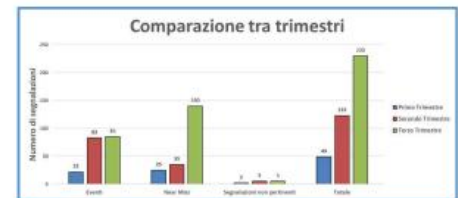
- Revisione ed armonizzazione della procedura e della scheda di incident reporting;
- Informatizzazione della scheda di incident reporting (utilizzando l'applicativo Insiel Survey) con scheda facilmente reperibile su intranet e invio on line;
- Comunicazione interna mediante più modalità: mail a tutto 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

Fabricci 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 Isontina

<p><b>INTRODUZIONE E INQUADRAMENTO</b></p> <p>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.</p> <p>Nel corso dell'emergenza pandemica si è assistito ad una brusca riduzione del numero di segnalazione di incident reporting inviate dai professionisti di ASUGI. Per tale motivo sono state implementate delle strategie per rilanciare il sistema di segnalazione.</p>	<p><b>DESCRIZIONE</b></p> <p>Le strategie poste in essere per incrementare il numero di segnalazioni di incident reporting sono state le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione ed armonizzazione della procedura e della scheda di incident reporting;</li> <li>• Informatizzazione della scheda di incident reporting (utilizzando l'applicativo Insiel Survey) con scheda facilmente reperibile su intranet e invio on line;</li> <li>• Comunicazione interna mediante più modalità: mail a tutto il personale, newsletter, riunioni dedicate;</li> <li>• Formazione a tutta la rete dei link professional ed ai team per l'accreditamento all'eccellenza;</li> <li>• Tempestiva presa in carico di tutte le segnalazioni con feedback alla struttura segnalante;</li> <li>• Reportistica trimestrale dedicata e diffusione capillare.</li> </ul>	<p><b>RISULTATI</b></p> <p>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.</p>
<p><b>OBIETTIVI</b></p> <p>Gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliorare il sistema di segnalazione dell'incident reporting rendendolo più facilmente fruibile da parte degli operatori;</li> <li>• Incrementare il numero di segnalazioni.</li> </ul>	<p><b>DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b></p> <p>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.</p>	



BIBLIOGRAFIA

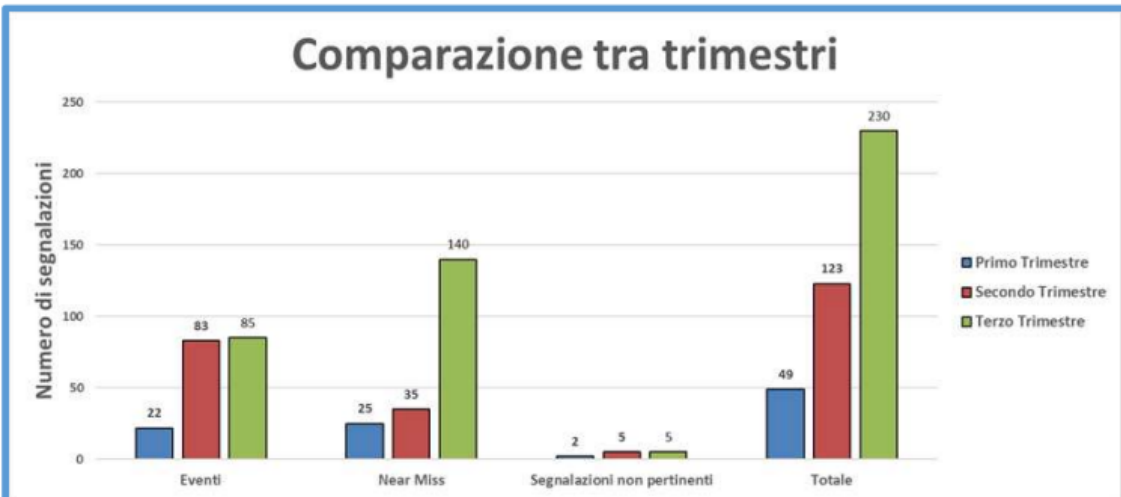
- Ministero della Salute, "Risk management in Sanità. Il problema degli errori", marzo 2004, su [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_583\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf)
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. "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-sanitaria/coldos/index.htm>

Mai: [rischio.clinico@asugi.sanita.fvg.it](mailto: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
<b>Totale</b>	<b>437</b>	<b>135</b>	<b>572</b>

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

**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:

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

# SEGNALAZIONE DI CADUTA

DOVE SI E' VERIFICATO L'EVENTO			
<input type="checkbox"/> Ospedale TS Maggiore	<input type="checkbox"/> Distretto 1	<input type="checkbox"/> Distretto Alto Isontino	<input type="checkbox"/> Dipartimento Delle Dipendenze
<input type="checkbox"/> Ospedale TS Cattinara	<input type="checkbox"/> Distretto 2	<input type="checkbox"/> Distretto Basso Isontino	<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> Ospedale Gorizia	<input type="checkbox"/> Distretto 3		<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Ospedale Monfalcone	<input type="checkbox"/> Distretto 4		<input type="checkbox"/> Altro _____
<b>Struttura segnalante</b> _____			

DATI RELATIVI AL PAZIENTE		
<b>DATI ANAGRAFICI</b> (compilare dati o utilizzare etichetta identificativa)	<b>Cognome</b> _____	<b>Anni</b> _____
	<b>Nome</b> _____	<b>Genere</b> <input type="checkbox"/> Maschio
	<b>Data di Nascita</b> ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Femmina
	<b>N° cartella clinica</b> _____	

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

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)

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

VALUTAZIONE DEL DANNO

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

GRAVITA' DEL DANNO RIPORTATO DAL PAZIENTE

GRAVITA'		ESEMPI
<b>Basso</b>	<input type="checkbox"/> <b>ASSENZA DI DANNO APPARENTE</b>	Non si riscontra nessuna lesione cutanea, la mobilità articolare è conservata, non segnalato dolore alla palpazione ed al movimento
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO MINORE</b>	Contusioni, ematomi, abrasioni, ferite da taglio e/o lacero contuse superficiali che non necessitano di sutura
<b>Moderato</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESITO MODERATO</b>	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
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO TRA MODERATO e SIGNIFICATIVO</b>	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)
<b>Severo</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESITO SIGNIFICATIVO</b>	Intervento chirurgico maggiore, necessità di trasferimento in area intensiva, prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO SEVERO/MORTE</b>	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 \*

8 . Data caduta \*

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 \*

12 . Modalit  di caduta \*

13 . Scala di valutazione del rischio caduta utilizzata \*

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? \*

- Si
- 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

PARTE PRIMA -  
RISCHIO CLINICO

*Metodi di segnalazione degli  
eventi avversi e dei near miss*