

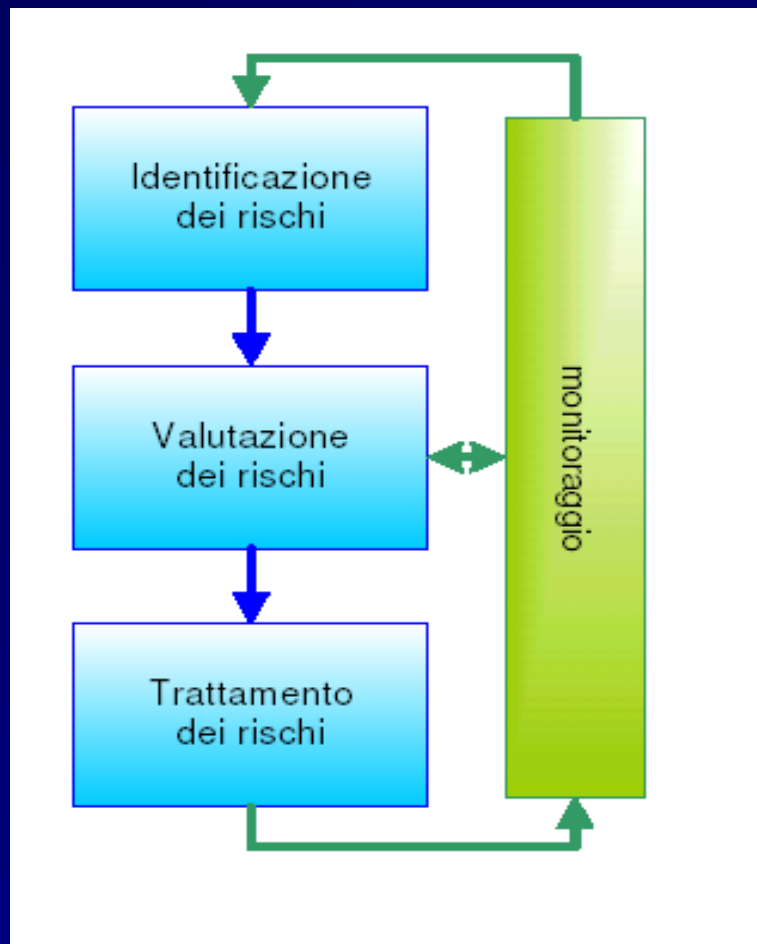
*Strumenti per l'individuazione del
rischio clinico: i sistemi di "self
reporting"*

Patrizio Di Denia

Responsabile Risk Management
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

22 Aprile 2009

Il processo di gestione del rischio clinico



La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile.

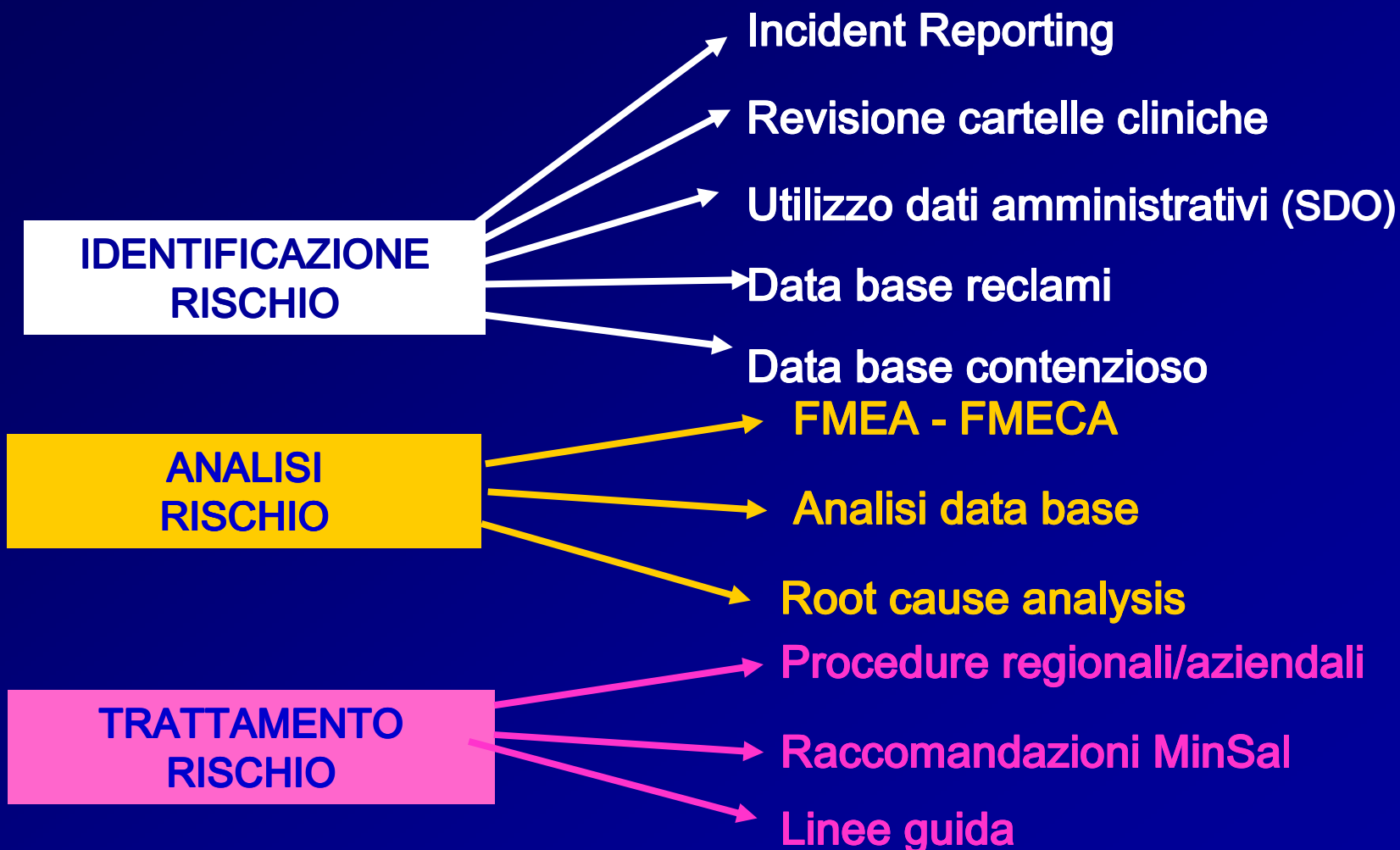
...supportato da strumenti e metodi sperimentati e accessibili



Quali strumenti?

“gli strumenti attualmente a disposizione per la gestione del rischio clinico sono stati progettati in ambiti diversi da quello sanitario ed applicati principalmente a livello internazionale e quindi in contesti culturali, organizzativi e legislativi diversi da quello locale.”

Strumenti per la gestione del rischio



Cosa è l'Incident reporting ?

Una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni spontanee da parte degli operatori sanitari di eventi significativi (eventi sentinella, eventi avversi e near-miss) per la sicurezza dei pazienti

- Utilizzato routinariamente nelle organizzazioni ad "alta affidabilità" e in ambito sanitario anglosassone
- Propone un approccio amichevole e protettivo, basato sulla volontaria adesione degli operatori

Obiettivi di un sistema di Incident reporting

Prevede

una raccolta strutturata delle segnalazioni

allo scopo di fornire

una base dati da analizzare

per predisporre

*strategie e azioni correttive per prevenire il
riaccadimento futuro*

Cosa segnalare con l'Incident Reporting?

- Eventi sentinella
- Eventi avversi
- Eventi senza danni
- Near-miss (quasi-eventi)

Near-miss (quasi-evento)

- Si tratta di situazioni ad elevato potenziale di rischio, che solo per ragioni fortuite o per l'intervento tempestivo di un operatore non hanno determinato un evento.

Evento avverso

- Un danno per il paziente causato dal trattamento sanitario piuttosto che dalla patologia sottostante.

Evento sentinella

- Un **evento sentinella** è definito come un *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, 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”*



Lista eventi sentinella

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

Raccomandazioni per la prevenzione degli ES

Il monitoraggio degli eventi sentinella comprende, oltre alla raccolta ed analisi delle informazioni, anche la produzione e la successiva implementazione delle raccomandazioni specifiche per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi, nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti.



Raccomandazione n. 10 - Settembre 2009

Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati

Raccomandazione n. 9 - Settembre 2008

Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

Raccomandazione n. 8 - Novembre 2007

Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Raccomandazione n. 7 - Marzo 2008

Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

Raccomandazione n. 6 - Marzo 2008

Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto



Le raccomandazioni, di seguito riportate, datate marzo 2008 sono state oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi - e del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.

Raccomandazione n. 5 - Marzo 2008

Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0

Raccomandazione n. 4 - Marzo 2008

Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

Raccomandazione n. 3 - Marzo 2008

Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

Raccomandazione n. 2 - Marzo 2008

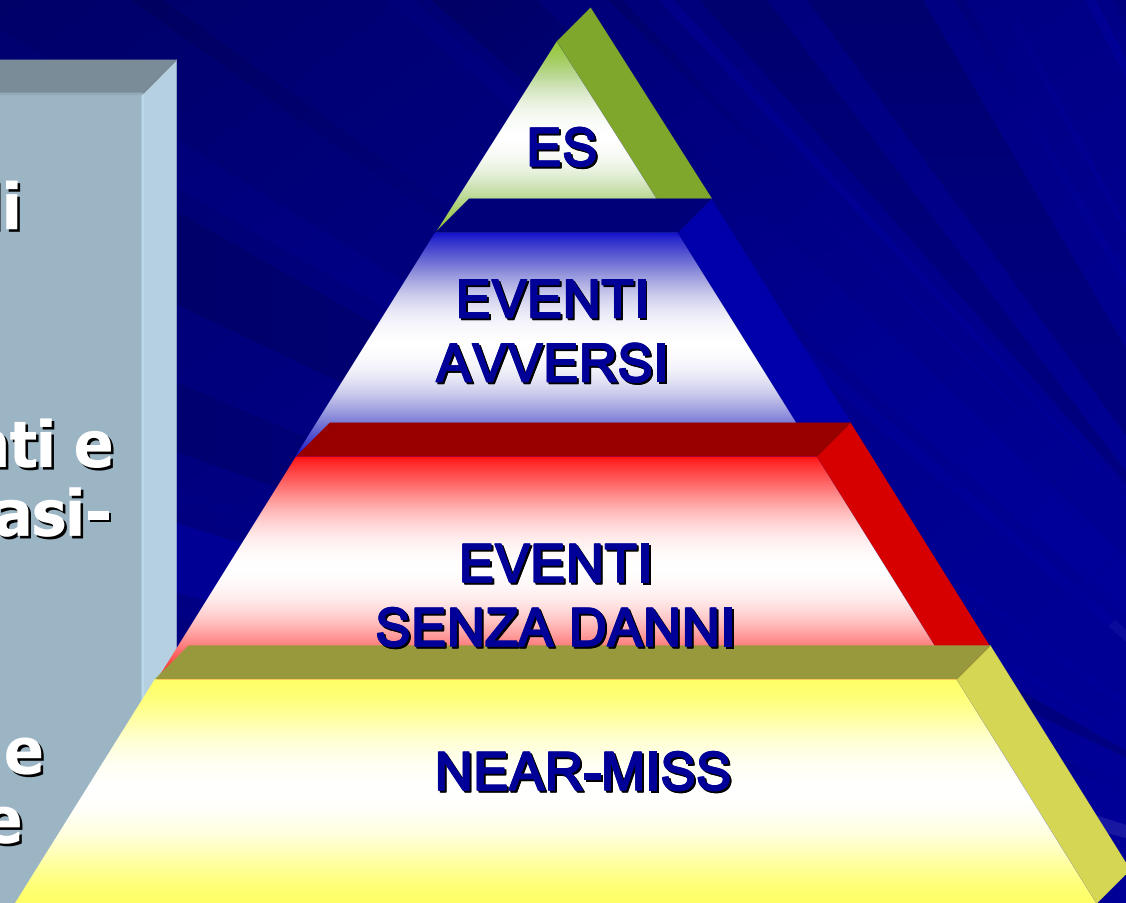
Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

Raccomandazione n. 1 - Marzo 2008

Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

Perché l'Incident reporting?

- **Evidenza internazionale di efficacia**
- **Focus su incidenti e 'near miss' (i quasi-errori)**
- **Coinvolgimento e sensibilizzazione degli operatori**



Quando utilizzare un sistema di “self reporting”?

- Quando si ha bisogno di uno strumento **semplice**, facilmente applicabile che sensibilizzi e coinvolga il maggior numero di operatori
- Quando si vuole focalizzare **proattivamente** l'attenzione sulla “parte sommersa” degli incidenti (near-miss e incidenti senza danno)
- Quando si vogliono monitorare nel tempo **eventi specifici** (cadute, errori di farmaci, ecc.)
- Quando si vogliono individuare gli eventi **poco frequenti o inusuali**

Punti di forza del "self reporting"

- Aumento di consapevolezza degli operatori
- Migliore gestione sullo specifico caso su cui viene richiamata l'attenzione
- Opportunità per l'organizzazione di raccogliere dati di contesto
- Opportunità per il sistema di avere informazioni significative di carattere trasversale (opportunità di generalizzare i problemi)

Debolezze e barriere del "self reporting"

- E' possibile che non tutti gli eventi vengano riportati, in funzione della volontà di partecipazione dei professionisti
- Variabilità del numero di segnalazioni e nella casistica riportata
- Scarsa validità epidemiologica
- Difficoltà di individuazione dell'universo di riferimento (denominatori)

Fattori di successo del "self reporting"

- Immunità da processi disciplinari
- Anonimità
- Autonomia di chi analizza i reports dalle autorità cui compete attribuire sanzioni
- Feed-back rapido, facilmente accessibile, orientato al problema
- Report semplici da compilare

Fonte dati: NASA Aviation Safety Reporting System; British Airways Safety Information System

LA SCHEDA.... (prima parte)

- **elementi anagrafici**
dove, quando, a chi è
occorso l'evento
- **elementi oggettivi
descrittivi** cosa e
come è successo,
classificazione evento,
fattori contribuenti
- **chi la compila?**
gli operatori sanitari
dell'U.O.



Operatore e paziente

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Azienda/Casa di Cura		Unità Operativa	
	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo)			
	Qualifica	<input type="checkbox"/>	Medico	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Altro specificare _____	
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)			
	N° di scheda nosologica		Anno di nascita/Età	
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...)			
	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.			
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/>	Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/>	Prestazione ambulatoriale
	<input type="checkbox"/>	Ricovero DH	<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico
			<input type="checkbox"/>	Prestazione domiciliare
			<input type="checkbox"/>	Altro _____

Descrizione e tipologia evento

Descrizione dell'evento (Che cosa è successo?)		
Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)		
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura terapeutica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura terapeutica	<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura terapeutica
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura chirurgica
<input type="checkbox"/> Ritardo di prescr./somm. farmaco	<input type="checkbox"/> Mancata prescr./somm. farmaco	<input type="checkbox"/> Inadeguata prescr./somm. di farmaco
<input type="checkbox"/> Ritardo di prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Mancata prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Inadeguata prestazione assistenziale
<input type="checkbox"/> Infezione	<input type="checkbox"/> Caduta	<input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente/lato/sede
<input type="checkbox"/> Malfunz./malposiz. di disposit/appar.	<input type="checkbox"/> Reazioni da farmaci	<input type="checkbox"/> Lesione da inadeguata postura/decubito
<input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue	<input type="checkbox"/> Altro	

- Ritardo di
- Mancanza di
- Inadeguata

procedura diagnostica
 procedura terapeutica
 procedura chirurgica
 somministrazione farmaco
 prestazione assistenziale

- Infezione
- Caduta
- Reazione da farmaci
- Inesattezza di paziente/lato/sede
- Evento collegato a somm. sangue
- Lesioni da inadeguata postura/decubito

Fattori contribuenti l'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)					
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo/inesperto	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>		Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>		Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>		Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	<input type="checkbox"/>
	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>		Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>
	Presenza scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
	Mancata verifica preventiva apparecchi.	<input type="checkbox"/>		Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>
Altri fattori (specificare):					

■ Fattori legati al paziente:

- Condizioni generali precarie/fragilità/infermità
- Non cosciente/scarsamente orientato
- Poca/mancata autonomia
- Barriere linguistiche culturali
- Mancata adesione al progetto terapeutico

Fattori contribuenti l'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)					
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo/inesperto	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>		Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>		Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>		Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	<input type="checkbox"/>
	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>		Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>
	Presenza scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
Mancata verifica preventiva apparecchi.	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato		<input type="checkbox"/>	
Altri fattori (specificare):					

■ Fattori legati al personale:

- Inadeguate conoscenze/inesperienza
- Fatica/stress
- Presenza scorciatoia/regola non scritta
- Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta
- Mancata supervisione
- Scarso lavoro di gruppo
- Mancata verifica preventiva delle apparecchiature

Fattori contribuenti l'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)					
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo/inesperto	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>		Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>		Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>		Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	<input type="checkbox"/>
	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>		Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>
	Presenza scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
Mancata verifica preventiva apparecchi.	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato		<input type="checkbox"/>	
Altri fattori (specificare):					

■ Fattori legati al sistema:

- Staff inadeguato/insufficiente
- Insufficiente addestramento/inserimento
- Gruppo nuovo/inesperto
- Elevato turn-over
- Scarsa continuità assistenziale
- Protocollo/procedura inesistente/ambigua
- Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure
- Mancato coordinamento
- Mancata/inadeguata comunicazione
- Mancanza/inadeguatezza delle attrezzature
- Mancata/inadeguata manutenzione delle attrezzature
- Mancanza/inadeguatezza del materiale di consumo
- Ambiente inadeguato

Fattori che possono aver ridotto l'esito ed indagini ulteriori

Fattori che possono aver ridotto l'esito			
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce	<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo	<input type="checkbox"/> Fortuna	
<input type="checkbox"/> Buona assistenza	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?			
Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/>	Altre indagini	<input type="checkbox"/>
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/>	Visita medica	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>
		Medicazioni	<input type="checkbox"/>
		Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
		Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/>
		Ricovero in TI	<input type="checkbox"/>
		Trasferimento	<input type="checkbox"/>
		Altro	<input type="checkbox"/>
Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.			
L'evento è documentato in cartella clinica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Il paziente è stato informato dell'evento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database			

- Individuazione precoce
- Buona assistenza
- Buona pianificazione
- Fortuna
- Altro (specificare)

LA SCHEDA... (seconda parte)

■ **elementi di valutazione dell'evento**

- stima gravità esito
- stima rischio futuro
- incremento dei costi
- attività intraprese
- proposte di miglioramento

■ **chi la compila?**

il Referente clinico o aziendale dell'Incident reporting



Direttore/Referente di Risk management della UO (valuta la scheda e classifica il caso in base alla gravità; inserisce la scheda nel database regionale)

Da questa parte in poi compilazione a cura del Responsabile medico dell'incident reporting

Titolo dell'evento		
Situazioni pericolose/como potenziale evento non occorso (es. personale insufficiente)/ paziente sopravvissuto a evento che non aveva avuto la caduta		Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazioni pericolose/como potenziale evento occorso, ma intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco previsto per un paziente allergico allo stesso, ma non somministrato e somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Eventi verificatisi	ESITO MORTALE – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es. farmaco inaccio somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MIPICOLO – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/psicologo o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/indagine diagnostica (es. esame del sangue e delle urine/diagnostica (es. sondaggio, analisi))	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRAI MODERATO e SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/interventi chirurgici/cambio locazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non rinvia il processo diagnostico	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale a prolungamento della degenza/condizioni che pongono alla diagnosi	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO INEVITABILE – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di accadimento di eventi analoghi	frequente (più di 5 eventi/anno) alto (meno di 5 eventi/anno)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	esito minore (fino al livello 4) esito maggiore (livelli pari o superiori a 5)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Quelli?		
L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
In che modo?		
L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo (es. ritardi, ecc.) <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Quelli?		
C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Se sì, quali? (propone azioni per evitare il ricadimento)		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/report? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Commentare		

Responsabile medico dell'incident reporting _____ Firma _____ Data _____

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-ambulatoriali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. In questo, in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.
2. La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima.
3. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.
4. Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile insieme la scheda a:

Scala di valutazione dell'evento (AIMS)

Esito dell'evento

Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso	Livello 1
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso ma intercettato	Livello 2
Evento effettivo	Nessun esito	Livello 3
	Esito minore	Livello 4
	Esito moderato	Livello 5
	Esito tra moderato e significativo	Livello 6
	Esito significativo	Livello 7
	Esito severo - disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8

Valutazione del rischio futuro

- Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi
 - Frequente (più di 1 evento/anno)
 - Raro (meno di 1 evento/anno)
- Possibile esito di un evento analogo
 - Esito minore (fino al livello 4)
 - Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)

L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse? Sì No

In che modo?

L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.)? Sì No

Quali?


C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? Sì No

Se sì, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)

Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?

Commentare

Referente aziendale/di UO inserisce la scheda nel database

Scheda Generale Rev.1		Gestione del rischio clinico Scheda di segnalazione spontanea degli eventi		Azienda Sensitivity Regionale			
Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore		Azienda (caro di cura) Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo) Qualifica		Unità Operativa			
Dati relativi al paziente		Nome e Cognome del paziente (facoltativo) Indirizzo di residenza		Anno di nascita			
Caratteristiche dell'evento		Evento in cui si è verificato l'evento (es. esame, esame...)		Data			
Tipo di prestazione		Ricovero ordinario Ricovero Ore		Prestazioni ambulatoriali Intervento chirurgico		Prestazioni domiciliari Altre	
Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)							
Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)							
<input type="checkbox"/> Stato di emergenza/assistenza		<input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura terapeutica	
<input type="checkbox"/> Stato di procedura terapeutica		<input type="checkbox"/> Mancata procedura terapeutica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura terapeutica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura chirurgica	
<input type="checkbox"/> Stato di procedura chirurgica		<input type="checkbox"/> Mancata procedura chirurgica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura chirurgica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Stato di altro (esame, farmaco)		<input type="checkbox"/> Mancata altro (esame, farmaco)		<input type="checkbox"/> Inadeguata altro (esame, farmaco)		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Stato di prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> Mancata prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> Inadeguata prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Infezione		<input type="checkbox"/> Caduta		<input type="checkbox"/> Inadeguata di competenza legale		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Infortunio/trauma/lesione di dispositivo		<input type="checkbox"/> Reazione da farmaco		<input type="checkbox"/> Inadeguata di competenza legale		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Evento collegato a esami, sangue		<input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Inadeguata di competenza legale		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)							
Fattori legati al sistema		Condizioni generali di lavoro/qualità infermieristica		Difficoltà organizzative/risorse		Difficoltà organizzative/risorse	
Fattori legati al sistema		Non conformità/risorse insufficienti		Inadeguato reclutamento/assunzione		Inadeguato reclutamento/assunzione	
Fattori legati al sistema		Poca/trancata autonomia		Gruppo non omogeneo		Gruppo non omogeneo	
Fattori legati al sistema		Mancata adesione al progetto terapeutico		Mancato follow-up		Mancato follow-up	
Fattori legati al sistema		Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure		Scarsa continuità assistenziale		Scarsa continuità assistenziale	
Fattori legati al sistema		Inadeguata conoscenza/risorse		Protocollo/contingenza inesistente/ambigua		Protocollo/contingenza inesistente/ambigua	
Fattori legati al sistema		Mancata comunicazione		Inadeguata nel far rispettare ordine/precedenza		Inadeguata nel far rispettare ordine/precedenza	
Fattori legati al sistema		Poca conoscenza/risorse non adeguate		Mancato coordinamento		Mancato coordinamento	
Fattori legati al sistema		Mancata verifica lettura documento/verifica		Mancato rispetto alla comunicazione		Mancato rispetto alla comunicazione	
Fattori legati al sistema		Mancata supervisione		Mancato rispetto alla comunicazione		Mancato rispetto alla comunicazione	
Fattori legati al sistema		Mancato lavoro di gruppo		Mancato rispetto alla comunicazione		Mancato rispetto alla comunicazione	
Fattori legati al sistema		Mancata verifica preventiva apparecchi		Mancato rispetto alla comunicazione		Mancato rispetto alla comunicazione	
Fattori legati al sistema		Altro		Mancato rispetto alla comunicazione		Mancato rispetto alla comunicazione	
Altri fattori (specificare)							
Fattori che possono aver ridotto l'evento							
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce		<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/organizzazione		<input type="checkbox"/> Fortuna		<input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> Buona assistenza		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		<input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Altro	
A seguito dell'evento è stato messo in atto eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?							
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio		<input type="checkbox"/> Altro indagine		<input type="checkbox"/> Prestazioni		<input type="checkbox"/> Ricovero in TO	
<input type="checkbox"/> Prestazioni diagnostiche		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico		<input type="checkbox"/> Trattamento	
<input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		<input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Altro	
Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica degli attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione staff, sistema di monitoraggio/telemed, ecc.), specificare...							
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

Da questa parte la compilazione a cura del Responsabile medico dell'incident reporting

Livello dell'evento	
Livello 1	Situazione per la quale, tenuto presente l'evento non occorso (es. persona insufficiente) / paziente o operatore che avrebbe dovuto essere sottoposto a caduta
Livello 2	Situazione per la quale, tenuto presente l'evento occorso, ma indistinto (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma non somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non consegnato e somministrato)
Livello 3	MINORILE (es. ITD) – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es. farmaco inotico somministrato erroneamente al paziente)
Livello 4	ESITO MINORILE – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso a danni minori che non richiedono un trattamento
Livello 5	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine/trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)
Livello 6	ESITO GRAVEMENTE MODERATO o SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/successi di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/assunzione o partecipazione del trattamento/ trasferimenti ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza
Livello 7	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che necessitano alla dimissione
Livello 8	ESITO GRAVEMENTE SIGNIFICATIVO – disabilità permanente/attribuita al decesso
Valutazione del rischio futuro	
Frequenza di accadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 3 eventi/anno)
Possibile esito di un evento analogo	Esito grave (fino al livello 4)
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quali?	
L'evento rivela incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse?	
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
L'evento ha identificato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.)	
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Quali?	
Chi una lezione significativa da trarre dall'evento?	
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, quali? (proponere azioni per evitare il ricadimento)	
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/report?	
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Commento	

Responsabile medico dell'incident reporting _____ Firma _____ Data _____

- La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si ottengono saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.
- La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima.
- Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.
- Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile inviare la scheda a:

IL PERCORSO DELLA SCHEDA

Operatori sanitari segnalano gli eventi compilando la prima parte scheda IR



DISCUSSIONE E ANALISI DEI CASI

**Periodicamente l'équipe si
riunisce**

**per focalizzare l'attenzione sui
principali rischi identificati**

e ipotizzare azioni di miglioramento

(AUDIT DI UO/DIPARTIMENTALI)

Alcuni esempi

L'infermiere di turno entrando in camera di degenza (reparto di Medicina) notava l'assenza del paziente; la finestra della camera era aperta. Veniva avvisata la Portineria che trovava il corpo privo di vita del malato nel cortile interno. Reperiti gli effetti personali del paziente (ciabatte..) su un tavolino adiacente la finestra aperta.

Il paziente in trattamento emodialitico cronico, aveva già ripetutamente manifestato aggressività verso il personale. Al termine di una seduta dialitica, mentre aspettava di essere riaccompagnato al reparto presso il quale era ricoverato, dava un pugno ed un calcio ad un infermiere della nefrologia in risposta ad una sua battuta scherzosa. All'infermiere veniva riscontrata in PS la presenza di un trauma facciale non commotivo e una contusione a livello dell'anca.

Nel reparto di Psichiatria, la paziente ha subito una aggressione fisica mediante bastone da passeggio da parte di un altro paziente, riportando ferite al cuoio capelluto.