



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino



La gestione del rischio clinico



Gruppo multidisciplinare del rischio clinico

GERICO

AO Ordine Mauriziano di Torino



Rischio clinico

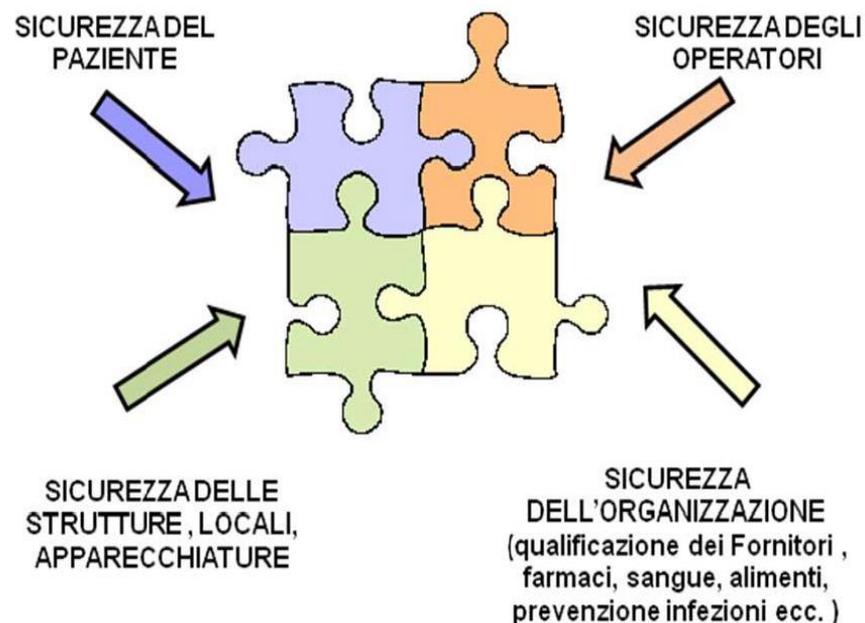
Probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso o che subisca un *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”*



La sicurezza del paziente in Ospedale

“**Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti**”

(Glossario del Ministero della Salute – 2006)



Governo clinico



*Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del **miglioramento continuo della qualità** dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino

Codice di deontologia medica



(2016)



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Art. 14

Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure

Il medico contribuisce alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso:

- l'adesione alle **buone pratiche cliniche**;
- l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del **consenso**, nonché alla **comunicazione di un evento indesiderato** e delle sue cause;
- lo sviluppo continuo di **attività formative e valutative** sulle procedure di sicurezza delle cure;
- la **rilevazione, la segnalazione e la valutazione** di eventi sentinella, errori, “quasi-errori” ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.



Codice di deontologia Infermieri

Art 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere **partecipa al governo clinico**, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i **percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo**, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di **analisi degli eventi accaduti** e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.





La legge 24/2017

Art. 1

Sicurezza delle cure in sanita'



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, e' tenuto a concorrere **tutto il personale**, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Piemonte
AZIENDA OSPEDALIERA
ORDINE MAURIZIANO di TORINO

Deliberazione n. 314 del 24.04.2008

**OGGETTO: COSTITUZIONE GRUPPO MULTIDISCIPLINARE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, DENOMINATO “UNITÀ DI
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO” E ASSEGNAZIONE
OBIETTIVI GENERALI.**



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino



Deliberazione n. 301 del 20/06/2013

**OGGETTO: AGGIORNAMENTO DEL GRUPPO
MULTIDISCIPLINARE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO, DENOMINATO “UNITÀ DI GESTIONE DEL
RISCHIO CLINICO”**



Deliberazione n. 301 del 20/06/2013

... omissis...

Delibera di

- Prevedere che il gruppo continui ad essere coordinato dalla dott.ssa Barbara MITOLA, ...che si avvarrà di volta in volta della collaborazione di tutti gli organismi aziendali coinvolti nella/per la "riduzione del rischio clinico" attraverso un rappresentante, delegato dal Direttore/responsabile della unità organizzativa, ed in particolare di Servizio Infermieristico, Prevenzione e Controllo Infezioni Ospedaliere, Affari Generali e Legali, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Ingegneria Clinica-Ufficio Tecnico, Sistemi Informativi, Servizio Economato, Servizio Prevenzione e Protezione, Fisica Sanitaria, Farmacia Ospedaliera;



Deliberazione n. 301 del 20/06/2013

... omissis...

Delibera di

Aggiornare quali referenti clinici

dott. Lorenzo USCELLO, dott. Maurizio BONA GALVAGNO,
dott. Gabriele CORDERO, dott. Domenico COSSEDDU,
dott.ssa Raffaella BERGERO, dott. Paolo CARBONATTO,
sig.ra Sabrina TERZOLO, dott.ssa Silvia BAGNATO,
sig.ra Daniela DEARCA, dott. Stefano DEL PONTE,
dott. Raimondo COGLITORE, dott. Federico SIGNORILE

.. costituiranno il “Gruppo operativo” e avranno il compito di progettare e porre in essere le azioni aziendali, sulla base delle linee programmatiche che l’Unità di Gestione del Rischio Clinico nel suo complesso avrà definito;



Deliberazione n. 301 del 20/06/2013

... omissis...

Delibera di

Dare mandato alla dott.ssa Mitola di costituire, attraverso la richiesta dei nominativi ai Direttori e ai Coordinatori delle unità organizzative cliniche, la **rete dei referenti per la gestione del rischio clinico**, che dovranno avere un ruolo pro-attivo all'interno dei loro contesti clinici e dipartimentali, favorendo lo sviluppo della cultura della prevenzione dell'errore e la applicazione delle indicazioni che il Gruppo produrrà.



A. O. Ordine
Mauriziano di Torino



▶ Home ▶ Informazioni Utili ▶ Servizi in Rete ▶ Progetti ▶ Rubrica Telefonica ▶ Strutture ▶ Documenti

CERCA nel Sito



Sei in: [Home](#) > [Strutture](#) > [Direzione Medica](#)



Direzione Medica ▶

▶ ALPI - Libera Professione

▶ Assistenza Religiosa

▶ Buon Uso Sangue

▶ Commissione Dispositivi

▶ COSD

▶ Dimissioni Difficili

▶ Donazione Organi

▶ Emergenza

▶ GICCAS

▶ HTA

▶ Intensità di cura

▶ Rischio Clinico

▶ Rischio Infettivo

Direzione Medica di Presidio

1. [ALPI - Libera Professione](#)
2. [Assistenza Religiosa](#)
3. [Buon Uso Sangue](#)
4. [Commissione Dispositivi](#)
5. [COSD](#)
6. [Dimissioni Difficili](#)
7. [Donazione Organi](#)
8. [Emergenza](#)
9. [GICCAS](#)
10. [HTA](#)
11. [Intensità di cura](#)
12. [Rischio Clinico](#)
13. [Rischio Infettivo](#)
14. [Vittime di Violenza](#)

- [Comunicati/Circolari DIREZIONE MEDICA](#)
- [Linee Guida/Raccomandazioni DIREZIONE MEDICA](#)
- [Manuali DIREZIONE MEDICA](#)
- [Modulistica DIREZIONE MEDICA](#)

DM 70/2015

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.



- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica.

Sistema di segnalazione degli eventi avversi



I sistemi di incident reporting sono considerati **strumenti indispensabili in tutte le organizzazioni** che vogliono sviluppare **attività di gestione del rischio**



Lo scopo



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



A cosa serve il reporting alle organizzazioni ?



La sua esistenza offre una misura della affidabilità delle organizzazioni osservate (valenza esterna**)**

Fornisce informazioni a coloro che operano per il miglioramento della organizzazione, in particolare nei suoi aspetti di sicurezza (valenza interna**)**

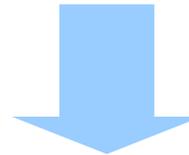
PERCHE' SEGNALARE?



*Non per delazione
Non per gossip*



*Non per punire
Non per burocrazia*



PER IMPARARE DALL'ERRORE

IMPARARE DALL'ERRORE



COSA SEGNALARE?



Devono essere segnalati obbligatoriamente: tutti gli eventi sentinella i quasi eventi.



ANSA Med | AMBIENTE | SCIENZA | INVIAGGIO | GUSTO | MARE | MOTORI | SALUTE | LIFESTYLE | N

ANSA.IT | Cronaca

home | calcio | economia | cinema | foto | video | meteo

Topnews | Cronaca | Politica | Regioni | Mondo | Sport | Spettacolo | Cultura | Scienza e Medicina | Tecnologia e Int

ANSA.it > Cronaca > News SMS NEWSMAP

Trasfusione sbagliata, muore in ospedale a Grosseto

A un uomo di 76 anni e' stato somministrato sangue destinato a un altro ricoverato

27 agosto, 16:14

Indietro | Stampa | Invia | Scrivi alla redazione | Suggerisci ()

Un uomo di 76 anni è morto ieri sera all'ospedale di Grosseto, dopo che, per un errore di identificazione che si è verificato nonostante le procedure di sicurezza, gli è stato somministrato sangue destinato a un altro ricoverato. Lo riferisce la Asl 9 di Grosseto. La procura ha disposto l'autopsia.

Per quanto riguarda, gli eventi avversi, è obbligatoria all'interno della struttura, al Coordinatore/Direttore e facoltativa alla Funzione di Gestione del Rischio Clinico (FGR), presso la Direzione Medica di Presidio (DMPO).

Evento Sentinella



"evento avverso di particolare gravità, che causa morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario"

Il Protocollo Ministeriale



*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

**OSSERVATORIO NAZIONALE
SUGLI EVENTI SENTINELLA**

**Protocollo per il
Monitoraggio degli Eventi Sentinella**

Luglio 2009

*La presente versione, aggiornata e condivisa con le Regioni e le Province Autonome,
sostituisce la precedente.*

- fornisce **criteri** per l'identificazione di potenziali eventi sentinella
- fornisce **indicazioni** per l'analisi delle cause e per l'identificazione di procedure preventive
- identifica **compiti gestionali** di livello centrale e locale

Il Protocollo Ministeriale

Elenco degli Eventi Sentinella

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

Il Protocollo Ministeriale

DANNO GRAVE ??

“.....eventi che determinano **esiti** o condizioni cliniche che **comportino cambiamenti nel processo assistenziale**”

- Disabilità permanente
- Coma
- Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Reintervento chirurgico
- Rianimazione cardio respiratoria
- Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura
- Altro (ad esempio, Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture non dovuti a caduta)

Il Protocollo Ministeriale



*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

OSSERVATORIO NAZIONALE
SUGLI EVENTI SENTINELLA

**Protocollo per il
Monitoraggio degli Eventi Sentinella**

Luglio 2009

*La presente versione, aggiornata e condivisa con le Regioni e le Province Autonome,
sostituisce la precedente.*

- fornisce **criteri** per l'identificazione di potenziali eventi sentinella
- fornisce **indicazioni** per l'analisi delle cause e per l'identificazione di procedure preventive
- identifica **compiti gestionali** di livello centrale e locale

Il Protocollo Ministeriale

ANALISI DELLE CAUSE E IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE PREVENTIVE

.....Il responsabile...”raccolge ed analizza tutte le informazioni necessarie che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell’evento....”

❖ **AUDIT CLINICO:**

analisi strutturata attraverso il confronto con standard conosciuti, attraverso serie di incontri di analisi multidisciplinare e multiprofessionale dell’evento in base alla documentazione ed alla letteratura sull’argomento

❖ **ROOT CAUSE ANALYSIS:(radici del problema)**

Indagine sistematica per la ricerca delle radici del problema per identificarne le soluzioni più appropriate, ponendosi un serie di *perchè* per rendere chiare le relazioni tra causa ed effetto, con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti e facendo riferimento alla letteratura sull’argomento



Il Protocollo Ministeriale

■ ANALISI DELLE CAUSE E IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE PREVENTIVE

.....Il responsabile...”raccolge ed analizza tutte le informazioni necessarie che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell’evento.....”

❖ **Significant Event Analysis (SEA)**

Procedura che parte da singoli eventi che vengono così analizzati in modo strutturato dal Team per migliorare la propria esperienza lavorativa imparando dagli errori e/o dalle pratiche virtuose. Non è un metodo quantitativo come l’Audit Clinico, piuttosto una attività qualitativa di riflessione tra pari

7 Stages of Significant Event Analysis (SEA)

A significant event is any event which there is both good practice or an area of concern, in the care of a patient or within the systems and processes within services.

- 1 • **Awareness of a significant event.** This approach offers the opportunity for reviewing practice or incidents that have occurred, providing a forum for reflection and action learning.
- 2 • **Collate factual information** on the event as possible, this can be from personal testimonies or written records or policies and procedures.
- 3 • **Team meeting/s** – Appoint a facilitator to lead the analysis of each event to understand what happened and why, to identify areas for learning and change to prevent reoccurrence.
- 4 • **Analysis** – Understand the personal impact of the event and apply the human factors framework – People, Activity and Environment. **Develop action plan** – what happened, why, what has been learnt and what has been changed or needs to change?
- 5 • **Agree, implement and monitor change** – identify a designated person and monitor the progress of the change within future team meetings – ensure learning from SEA’s is a standard agenda item on team meetings. Always ask ‘ what is the chance of this event happening again’. Will the action plan prevent reoccurrence?
- 6 • **Write it up** – Use the template for recording the event and organisationally. The SEA could be used as evidence to the CQC, NMC, GMC as evidence of learning.
- 7 • **Report, share and review** – report findings onto Datix and send a copy to the Care Group Triumphant and ORMG

Il Protocollo Ministeriale



*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

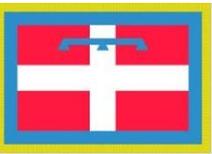
OSSERVATORIO NAZIONALE
SUGLI EVENTI SENTINELLA

Protocollo per il
Monitoraggio degli Eventi Sentinella

Luglio 2009

*La presente versione, aggiornata e condivisa con le Regioni e le Province Autonome,
sostituisce la precedente.*

- fornisce **criteri** per l'identificazione di potenziali eventi sentinella
- fornisce **indicazioni** per l'analisi delle cause e per l'identificazione di procedure preventive
- identifica **compiti gestionali** di livello centrale e locale

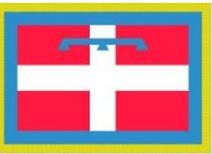


La Procedura Regionale

Fase I

Invio/validazione scheda A

- **l'Azienda Sanitaria Regionale:**
 - compila la scheda A e la inserisce nel SIMES entro 5 giorni
- 
- **La S.C. QRMA (Città della Salute e della Scienza):**
 - conferma l'avvenuta ricezione della scheda di segnalazione A
 - ne valuta la corretta compilazione
 - richiedere eventuali integrazioni o chiarimenti in caso di incongruenze
 - valida i dati nel database SIMES entro 2 giorni
 - effettua eventualmente attività di supporto nella scelta della tecnica di analisi delle cause più indicata (RCA, audit clinico, etc.) o nella soluzione di eventuali problemi procedurali

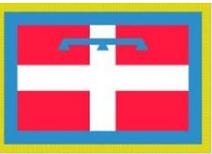


La Procedura Regionale

Fase II

Analisi delle cause ed invio scheda/validazione scheda B

- **L'Azienda Sanitaria Regionale:**
 - compila la scheda B (a seguito dell'esecuzione di un'analisi dei fattori determinanti/contribuenti l'evento attraverso Root Cause Analysis (RCA) o Audit o altro metodo)
 - la inserisce nel SIMES entro 42 giorni
- 
- **La S.C. QRMA** procede a:
 - richiedere eventuali integrazioni o chiarimenti in caso di riscontro di incongruenze
 - validare i dati nel database SIMES entro 3 giorni



La Procedura Regionale

Fase III

Monitoraggio a lungo termine

- **L'Azienda Sanitaria Regionale:**
 - Compila la “*Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle Aziende Sanitarie Regionali*” segnalando le azioni di miglioramento messe in atto in relazione agli eventi sentinella occorsi ed individua gli indicatori di esito delle azioni correttive. Tempo di osservazione almeno anni 2
- 
- **La S.C. QRMA** proceda a:
 - Redigere un report da avviare con cadenza semestrale alla Direzione Regionale Sanità dal 1/10/2014, grazie all’attivazione dello specifico applicativo informatico regionale.

COSA SEGNALARE?

Devono essere segnalati obbligatoriamente: tutti gli eventi sentinella i quasi eventi.



ANSA Med | AMBIENTE | SCIENZA | INVIAGGIO | GUSTO | MARE | MOTORI | SALUTE | LIFESTYLE | N

ANSA.IT | Cronaca

home | calcio | economia | cinema | foto | video | meteo

Topnews | Cronaca | Politica | Regioni | Mondo | Sport | Spettacolo | Cultura | Scienza e Medicina | Tecnologia e Int

ANSA.it > Cronaca > News | SMS | NEWSMAP

Trasfusione sbagliata, muore in ospedale a Grosseto

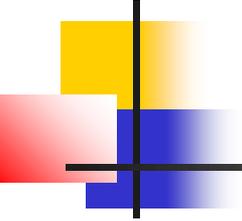
A un uomo di 76 anni e' stato somministrato sangue destinato a un altro ricoverato

27 agosto, 16:14

Indietro | Stampa | Invia | Scrivi alla redazione | Suggestisci ()

Un uomo di 76 anni è morto ieri sera all'ospedale di Grosseto, dopo che, per un errore di identificazione che si è verificato nonostante le procedure di sicurezza, gli è stato somministrato sangue destinato a un altro ricoverato. Lo riferisce la Asl 9 di Grosseto. La procura ha disposto l'autopsia.

Per quanto riguarda, gli eventi avversi, è obbligatoria all'interno della struttura, al Coordinatore/Direttore e facoltativa alla Funzione di Gestione del Rischio Clinico (FGR), presso la Direzione Medica di Presidio (DMPO).



Glossario

Evento (Incident)

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

Evento avverso (Adverse event)

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”

Glossario

Evento evitato (Near miss o close call)

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

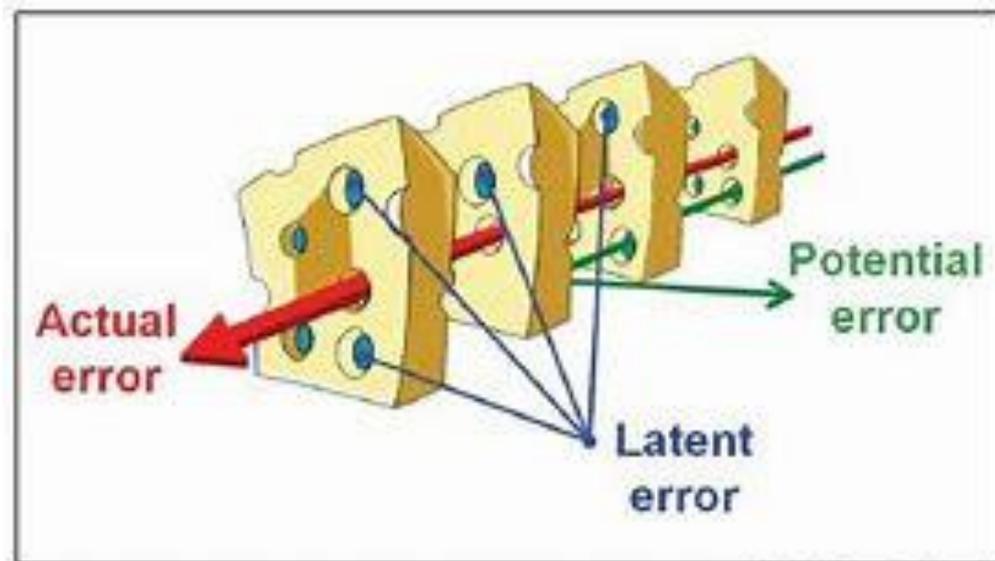


Figure 2: Error Trajectory

COSA SEGNALARE?

EVENTI, EVENTI AVVERSI e
QUASI EVENTI
con o senza danni



AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	
SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI e QUASI EVENTI	
DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'OPERATORE (FACOLTATIVI)	Struttura in cui si è verificato l'evento Nome e Cognome dell'operatore che segnala:
	Qualifica <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/caposala <input type="checkbox"/> Altro:
DATI RELATIVI AL PAZIENTE (FACOLTATIVI)	Nome e Cognome del paziente
	Anno di nascita/età pz N° Cartella Clinica (se ricoverato)
TIPO DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Ricovero DH/DS <input type="checkbox"/> Osservazione/Degenza temporanea PS <input type="checkbox"/> altro:
DESCRIZIONE DELL'EVENTO (CHE COSA È SUCCESSO? SPECIFICARE DATA, ORA E LUOGO)	
TIPO DI EVENTO (CLASSIFICARE L'EVENTO INDICANDO UNA DELLE TIPOLOGIE PROPRIE)	
<input type="checkbox"/> Ritardo Procedura diagnostica <input type="checkbox"/> Mancata Procedura diagnostica <input type="checkbox"/> Inadeguata Procedura diagnostica <input type="checkbox"/> Ritardo Procedura terapeutica <input type="checkbox"/> Mancata Procedura terapeutica <input type="checkbox"/> Inadeguata Procedura terapeutica <input type="checkbox"/> Ritardo Procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Mancata Procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Inadeguata Procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Ritardo Procedura assistenziale <input type="checkbox"/> Mancata Procedura assistenziale <input type="checkbox"/> Inadeguata Procedura assistenziale <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Caduta <input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente/lato/sede <input type="checkbox"/> Malfunzionamento/malposizionam. dispositivo/apparecchiatura <input type="checkbox"/> farmaci [per questa voce compilare anche i requisiti successivi sottorportati (*)] <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue <input type="checkbox"/> Lesione da inadeguata postura/decubito	
(*) TIPO DI EVENTO LEGATO ALLA GESTIONE DEI FARMACI	
<input type="checkbox"/> Errata/mancata distribuzione dal magazzino <input type="checkbox"/> Errata trascrizione sul foglio di terapia <input type="checkbox"/> Reazione avversa al farmaco <input type="checkbox"/> Errato stoccaggio in reparto <input type="checkbox"/> Errata preparazione farmaceutica <input type="checkbox"/> Errato/mancato monitoraggio <input type="checkbox"/> Errata prescrizione <input type="checkbox"/> Errata somministrazione <input type="checkbox"/> Altro	
A SEGUITO DELL'EVENTO È STATO NECESSARIO ESeguire ULTERIORI INDAGINI o PRESTAZIONI SANITARIE?	
<input type="checkbox"/> indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> altre indagini <input type="checkbox"/> medicazioni <input type="checkbox"/> ricovero in terapia intensiva <input type="checkbox"/> indagini radiologiche <input type="checkbox"/> visita <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> trasferimento <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> consulenza specialistica <input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> altro	
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO	
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	FATTORI LEGATI AL SISTEMA
<input type="checkbox"/> fragilità importante o infermità <input type="checkbox"/> non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> autonomia scarsa/assente <input type="checkbox"/> barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/> staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> elevato turn-over <input type="checkbox"/> scarsa continuità assistenziale
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	FATTORI LEGATI AL SISTEMA
<input type="checkbox"/> difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> inadeguata conoscenza/esperienza <input type="checkbox"/> fatica/stress <input type="checkbox"/> presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> mancata/inesatta lettura documentazione/dati paziente <input type="checkbox"/> mancata supervisione <input type="checkbox"/> scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/> protocollo/procedura inesistente o ambigua <input type="checkbox"/> insuccesso nel far rispettare le procedure <input type="checkbox"/> mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> assenza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> materiale di consumo mancante/inadeguato
Altri fattori (specificare):	
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO L'ESITO	
<input type="checkbox"/> individuazione precoce <input type="checkbox"/> buona assistenza <input type="checkbox"/> buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> fortuna <input type="checkbox"/> altro:	
COME SI POTEVA PREVENIRE L'EVENTO? (Es. verifica attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di allarme)	
SONO STATE o SARANNO INTRAPRESE AZIONI CORRETTIVE/PREVENTIVE A SEGUITO DEL QUASI EVENTO? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
SE SÌ, QUALI?	
L'EVENTO È STATO COMUNICATO AL PAZIENTE e/ o AI PARENTE? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

Data _____ Firma (facoltativo)

COSA SEGNALARE?



ICA

COSA SEGNALARE?

Allegato 3A

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Apertura segnalazione

S.C. _____ centro di costo _____

Regime assistenziale: Ricovero Ordinario Day Hospital/Day Surgery Ambulatorio Altro

PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____ Anno di nascita _____

Data ricovero ___/___/___ N° Cartella Clinica/Episodio _____

Diagnosi all'ingresso _____

DATA DELL'EVENTO: ___/___/___ **ORA:** ___:___ **SCALA CONLEY:**.....**DATA:**.....

MODALITA DELL'INCIDENTE:

- Caduta dal letto Caduta dalla barella Caduta in deambulazione
 Caduta dal letto con sponde Caduta dalla barella con sponde
 Caduta dalla carrozzina Caduta dalla sedia/poltrona
 Caduta durante attività d'igiene personale
 Caduta in corso di minzione/evacuazione Cambio posturale Durante movimentazione assistita
 Altra caduta (specificare) _____

PERSONALE PRESENTE AL MOMENTO DELL'INCIDENTE:

Operatori A.O.U. SI NO Qualifica: _____ Caregiver (familiari o altri)

LUOGO IN CUI SIE' VERIFICATO L'EVENTO:

- Camera di degenza Bagno Aree comuni reparto Aree comuni ospedale
 Corridoio Scale
 Camera operatoria Ambulatorio/sale diagnostiche Altro _____

IL PAZIENTE HA SUBITO LESIONI IN SEGUITO ALL'INCIDENTE: SI NO

Se SI, indicare il tipo di lesione e specificare sede anatomica interessata:

- Contusione _____ Ferita lacero-contusa _____ Distorsione _____
 Frattura _____
 Altro(specificare) _____

STATO CLINICO DEL PAZIENTE DOPO INCIDENTE:

- VIGILE COMA DECESSO
 CONFUSO

IL PAZIENTE E' STATO SOTTOPOSTO AD ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI: SI NO

Se SI, quali (specificare anche sede anatomica):

- Esami strumentali:** RX _____ TAC _____ RMN _____
 Ecografia _____ ECG _____ Altro _____
 Rifiuto Tratt. Diagnostico Riscontro/Autopsia _____

IL PAZIENTE HA RICEVUTO CONSULENZE SPECIALISTICHE: SI NO

Se SI, quali:

- Anestesiologica Chirurgica Neurologica Cardiologica Fisiatrice Maxillo facciale
 Neurochirurgica Odontoiatrica Ortopedica Altro _____

*CADUTE, con o senza danni ai
pazienti*



SCHEDA DI INCIDENT REPORTING EPISODIO DI AGGRESSIONE

(da inviare in Direzione Medica di Presidio)

DATI RIGUARDANTI L'OPERATORE		
Nome e cognome (facoltativo) _____		
SC/SS/Servizio (preferibile indicarlo) _____		
Sesso:	<input type="checkbox"/> Maschile	<input type="checkbox"/> Femminile
Età:	<input type="checkbox"/> Da 23 a 30 anni	<input type="checkbox"/> Da 30 a 50 anni <input type="checkbox"/> > di 50 anni
Anzianità di servizio:		
<input type="checkbox"/> Da 1 a 5 anni	<input type="checkbox"/> Da 5 a 10 anni	<input type="checkbox"/> > di 10 anni
Esperienza lavorativa nella SC/SS/Servizio attuale		
<input type="checkbox"/> Da 1 a 5 anni	<input type="checkbox"/> Da 5 a 10 anni	<input type="checkbox"/> Più di 10 anni
Esperienza lavorativa in questa struttura ospedaliera:		
<input type="checkbox"/> Da 1 a 5 anni	<input type="checkbox"/> Da 5 a 10 anni	<input type="checkbox"/> > di 10 anni
DATI RIGUARDANTI L'EPISODIO DI AGGRESSIONE		
Data dell'episodio:	___ / ___ / ___	
Orario in cui si è verificato l'episodio:		
<input type="checkbox"/> Mattino: 7.00 - 15.00	<input type="checkbox"/> Pomeriggio: 15.00 - 23.00	<input type="checkbox"/> Notte: 23.00 - 7.00
CARATTERISTICHE AGGRESSORE		
Aggressore:		
<input type="checkbox"/> Utente	<input type="checkbox"/> Familiare dell'utente	<input type="checkbox"/> Accompagnatore dell'utente
Durante l'episodio ero:		
<input type="checkbox"/> solo in turno	<input type="checkbox"/> in turno con altri colleghi	
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschile	<input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Non rilevato
Età anagrafica (percepita o nota):		
<input type="checkbox"/> < di 14 anni	<input type="checkbox"/> Da 25 a 40 anni	
<input type="checkbox"/> Da 14 a 17 anni	<input type="checkbox"/> Da 41 a 65 anni	
<input type="checkbox"/> Da 18 a 24 anni	<input type="checkbox"/> > 65 anni	

COSA SEGNALARE?

EPISODI DI AGGRESSIONE,
VERBALE E FISICA,
con o senza danni



<http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?id=250&area=qualita&menu=lineeguida>

Accedi a Hotmail con Outlook, camera.it, IrisWEB, Home - A. O. Ordine Maurizia..., Linee Guida/Raccomandazioni..., Raccomandazioni del Minis...

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Raccolta Web Slice Siti suggeriti

Pagina Sicurezza Strumenti

Governo clinico e sicurezza delle cure

Cerca

Numero	Titolo	Data	Allegati
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Novembre 2019	-
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	-
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	-
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	-
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	All.1 alla raccomandazione 15 (doc, 30 Kb) All.2 alla raccomandazione 15 (doc, 180 Kb)
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012	-
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	All.1 alla raccomandazione 13 (doc, 176 Kb)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010	All.1 alla raccomandazione 12 (pdf, 88 Kb)
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010	All.1 alla raccomandazione 11 (doc, 178 Kb)
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	All.1 alla raccomandazione 10 (doc, 180 Kb)
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	All.1 alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli	Novembre 2008	All.1 alla raccomandazione 8

100%

<https://intranet.mauriziano.it/flex/cm/pages/ServiceBLOB.php/L/IT/IDPagina/436>



AO Ordine
Mauriziano di
Torino
Ospedale
Umberto I

PG_DMPO_001

Gestione del farmaco e prevenzione di morte, coma o grave danno da errori in terapia farmacologica in Ospedale

Revisione 1
data di emissione
Settembre 2016

Pagina 1 di 21



AO Ordine
Mauriziano di
Torino
Ospedale
Umberto I

Procedura

Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio all'interno dell'Ospedale

Revisione 1
data di emissione
novembre 2014

Pagina 1 di 7



AO Ordine
Mauriziano di
Torino
Ospedale
Umberto I

Procedura

Procedura per la prescrizione, l'approvvigionamento, la conservazione e la preparazione delle soluzioni concentrate contenenti potassio

Revisione 1
data di emissione
maggio 2015

Pagina 1 di 9

Thank You!

