

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b>
--	---	---

## PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS

<b>REDAZIONE</b>	<b>Dott.ssa Stefania Bello</b> Dirigente Medico UOSD Gestione Rischio Clinico <b>Dott. Gino Elia</b> Dirigente Medico UOSD Gestione Rischio Clinico <b>Dott. Giuseppe Lecce</b> Dirigente Medico UOSD Gestione Rischio Clinico <b>Dott.ssa Anna Maria Teresa Delgiudice</b> Collaboratore Professionale UOSD Gestione Rischio Clinico
<b>VERIFICA</b>	<b>Dott.ssa Francesca Caputo</b> Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale <b>Dott.ssa Serena Pennetta</b> Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Dott. Antonio Montanile</b> Direttore Dipartimento Direzioni Mediche di Presidio <b>Dott. Angelo Greco</b> Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale
<b>AUTORIZZAZIONE</b>	<b>Dott. Giovanni Gorgoni</b> Commisario Straordinario ASL Brindisi <b>Dott. Vito Campanile</b> Direttore Sanitario ASL Brindisi <b>Dott. Andrea Chiari</b> Direttore Amministrativo ASL Brindisi

### STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0.0			

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE  DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI  AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio  Clinico</b>  <b>ASL BR</b>
--	---	--

## Sommario

Sommario .....	2
1. INTRODUZIONE E CONTESTO NORMATIVO .....	3
2. SCOPO/OBIETTIVO .....	4
3. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. DEFINIZIONI E ACRONIMI .....	5
5. COMPITI E RESPONSABILITÀ .....	6
6. MODALITÀ OPERATIVE .....	7
7. FLUSSO ED ANALISI DELLE SEGNALAZIONI .....	8
8. IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E/O CONTRIBUENTI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO .....	9
9. LA COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI/EVENTI SENTINELLA.....	9
10. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	10
11. MONITORAGGIO .....	11
12. BIBLIOGRAFIA .....	12
ALLEGATO 1- SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI.....	13
ALLEGATO 2 – SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE .....	14
ALLEGATO 3 – SCHEDA DI CONLEY .....	16
ALLEGATO 4 – CHECK LIST DEI RISCHI AMBIENTALI.....	18
ALLEGATO 5 – SCHEDA SEGNALAZIONE COMPORTAMENTI AGGRESSIVI.....	21

 <p><b>ASL Brindisi</b> PugliaSalute</p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE E CONTESTO NORMATIVO

La **Legge 8 marzo 2017, n. 24** “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, con il suo art.1 sottolinea come la sicurezza delle cure sia *“parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. 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. 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”*.

Tale previsione richiama precedenti indirizzi normativi che si sono sviluppati nell’ultimo ventennio, a partire dall’**Intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome del 20 marzo 2008** in cui è stato acclarato l’impegno a *“promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, l’attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi e l’implementazione di buone pratiche per la sicurezza”*.

Più recentemente, la **Legge 28 dicembre 2015, n. 208** (nota anche come Legge di Stabilità 2016) agli artt. 538-539 ha sancito come la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenti un interesse primario delle strutture sanitarie e esse costituiscano un mezzo per raggiungere una maggiore appropriatezza nell’utilizzo delle risorse disponibili e tutela del paziente. Le strutture sanitarie, quindi, realizzano tale obiettivo mediante l’attivazione di un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il **Decreto Ministeriale del 29 settembre 2017** ha dato attuazione a quanto sancito dall’art.3 comma 2 della Legge n. 24/2017 mediante l’istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità presso l’AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). L’Osservatorio svolge, tra le altre, la funzione di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno, e i dati relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all’entità, alla frequenza e all’onere finanziario del contenzioso, avvalendosi anche dei dati che ciascuna Azienda fornisce al Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).

Alla luce di tanto, quindi, si comprende lo spirito che ha animato tutti i citati dettati normativi, ovvero promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo il miglioramento continuo dei percorsi di cura.

Per tale motivo sono meritevoli di interesse da parte di questa ASL tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) ma anche i cosiddetti quasi eventi/ near miss (eventi che non si sono verificati, che stavano per accadere ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Altra precipua finalità di questa ASL è quella di garantire la trasparenza nei confronti del cittadino, attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet di una relazione annuale consuntiva

 <p><b>ASL Brindisi</b> PugliaSalute</p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
---	--	--

sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

L'impegno per la sicurezza, profuso da tutte le articolazioni aziendali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli eventi avversi, ma soprattutto dalla capacità di misurare e monitorare la sicurezza delle cure stesse e tale misurazione non può prescindere da un capillare sistema di fonti informative da cui attingere dati utili.

Il primo strumento per misurare la qualità delle prestazioni erogate, quindi, è l'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni di miglioramento finalizzate ad evitarne il riaccadimento.

## 2. SCOPO/OBIETTIVO

La presente procedura dettaglia le modalità di segnalazione e gestione degli eventi avversi presso la ASL Brindisi mediante la segnalazione spontanea (Incident Reporting).

L'**incident reporting** è la modalità strutturata delle segnalazioni spontanee da parte degli operatori in ambito sanitario di eventi avversi o quasi eventi (near miss). Le informazioni acquisite mediante tale strumento vengono gestite in modo confidenziale e non comportano l'adozione di sanzioni e punizioni.

Il sistema dell'incident reporting ha un'importanza strategica per la Gestione del Rischio Clinico poiché consente la raccolta di essenziali informazioni che permettono di tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento, e di conseguenza analizzare le cause e individuare ed avviare le azioni di miglioramento.

Gli obiettivi generali sono:

1. Sensibilizzare il personale ai temi della sicurezza delle cure e di tutte le prestazioni erogate ai pazienti;
2. Individuare aree di criticità relativamente al rischio clinico e alla sicurezza delle cure;
3. Analizzare i fattori causali e/o contribuenti che sono alla base dell'eziogenesi degli eventi avversi;
4. Mettere in atto le azioni di prevenzione/riduzione degli eventi avversi e di miglioramento continuo;
5. Verificare l'effettiva implementazione delle azioni messe in atto e della loro efficacia nell'ottica di un livello sempre maggiore di sicurezza delle cure.

Tale modalità di segnalazione, quindi, rispetta i seguenti requisiti:

- Non ha carattere punitivo;
- È indipendente: il sistema non risponde ad alcuna autorità;
- È analizzato da esperti, in grado di disaminare le segnalazioni e le cause sistemiche sottostanti;
- È tempestivo;
- È orientato al sistema: non individua né accerta responsabilità individuali ma conduce ad uno studio più approfondito dei processi.

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
--	--	--

### 3. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutte le strutture della ASL Brindisi, ed in tutti gli ambiti che concorrono alla sicurezza del paziente, quindi attività cliniche, assistenziali e riabilitative, gestione dei farmaci e dei dispositivi medici.

Attraverso l'incident reporting gli operatori, di qualunque ruolo o disciplina, sono invitati a segnalare eventi sentinella, eventi avversi, o near miss.

Sulla scorta delle Linee Guida ministeriali, si raccomanda di segnalare gli eventi accaduti nei seguenti ambiti:

1. Chirurgico;
2. Farmacologico;
3. Materno-infantile;
4. Emergenza-urgenza;
5. Trasfusionale;
6. Servizi diagnostici (indagini di laboratorio, diagnostica istologica e citologica, diagnostica per immagini, valutazione clinica).

Ad ogni modo, per la più completa ed esaustiva conoscenza di ulteriori aree di rischio e di criticità, si raccomanda la segnalazione spontanea di qualsiasi evento avverso o near miss.

**L'incident reporting, poiché sistema volontario, non si sostituisce agli altri sistemi di segnalazione obbligatori previsti dalla normativa, attraverso specifica e diversa modulistica, e da inoltrare alla Direzione Medica di Presidio.**

**Il sistema dell'incident reporting, inoltre, non modifica le normali procedure di tracciamento dell'attività clinico-assistenziale mediante la compilazione della cartella clinica e gli obblighi legislativi inerenti la documentazione sanitaria. Stanti i percorsi totalmente differenti della documentazione sanitaria e dell'incident reporting, quindi, esso non è parte integrante della cartella clinica, ma anzi ha modalità di archiviazione e conservazione differenti.**

### 4. DEFINIZIONI E ACRONIMI

- × **Rischio Clinico:** la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi 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.
- × **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.
- × **Esito (outcome):** modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati.
- × **Evento:** accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine a un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un 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".

	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio Clinico  ASL BR</b>
---	---	--

- × **Quasi evento/Near miss:** Errore che, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- × **Evento sentinella:** 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.

La griglia che segue riporta i 16 eventi sentinella individuati dal Ministero:

Lista dei 16 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 ABO
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 imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16.	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

## 5. COMPITI E RESPONSABILITÀ

La **Direzione Strategica**, per il tramite della UOSD Gestione del Rischio Clinico, provvede:

- a progettare, promuovere e diffondere la procedura alle Direzioni Mediche e a tutte le Macrostrutture;
- a monitorare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss.

Le **Direzioni Mediche** e le **Direzioni delle Macrostrutture** provvedono:

- alla capillare diffusione della procedura;
- alla vigilanza sull'osservanza delle misure contenute nella presente procedura aziendale.

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
--	--	--

**I Direttori delle UU.OO.** provvedono:

- alla diffusione della presente procedura a tutto il personale operante nelle rispettive UU.OO.;
- alla vigilanza sull'effettiva applicazione della presente procedura;
- a promuovere corretti processi comunicativi tra i professionisti sanitari;
- alla corretta e completa compilazione della documentazione sanitaria;
- all'informazione e formazione continua del personale sanitario circa quanto previsto nella presente procedura;
- a segnalare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura.

**I Dirigenti Medici** provvedono:

- all'applicazione della presente procedura;
- alla compilazione puntuale e completa della documentazione sanitaria;
- a segnalare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura.

**I Coordinatori infermieristici delle UU.OO.** provvedono, di concerto con il Direttore di ciascuna U.O.:

- alla diffusione della presente procedura a tutto il personale operante nella rispettiva U.O.;
- a segnalare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura.

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

Il sistema dell'incident reporting si basa sulla segnalazione spontanea di un evento, inteso come accadimento connesso ad un insuccesso.

**Cosa segnalare** → eventi avversi, eventi sentinella, quasi eventi/near miss, tutti definiti al paragrafo 4.

**Chi segnala** → qualsiasi operatore sanitario coinvolto o che sia venuto a conoscenza di un evento avverso, evento sentinella, quasi evento/near miss.

**A chi segnalare** → la segnalazione dovrà pervenire, tempestivamente, alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura.

Le segnalazioni dovranno pervenire a mezzo email al seguente indirizzo

[riskmanagement@asl.brindisi.it](mailto:riskmanagement@asl.brindisi.it)

o a mezzo PEC al seguente indirizzo

[riskmanagement.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:riskmanagement.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)

**Come segnalare** → la segnalazione dovrà pervenire nella forma di un modulo compilato in ogni sua parte e come da **Allegato 1** della presente procedura. Il medesimo modulo è anche scaricabile

 <p><b>ASL Brindisi</b> PugliaSalute</p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
---	--	--

dal sito aziendale alla pagina Uffici di Staff → Gestione del Rischio Clinico → Segnalazioni NEAR MISS/eventi avversi/eventi sentinella → Scheda segnalazioni incident reporting aggiornata oppure al seguente link

<https://www.sanita.puglia.it/documents/36031/176506023/scheda+segnalazione+incident+reporting+aggiornata.pdf/464caac9-e10e-426a-a32a-1a8671bd89be>

In caso di **caduta di paziente** la segnalazione dovrà pervenire mediante apposito modulo compilato in ogni sua parte (**Allegato 2**), corredato della Scheda di Conley (**Allegato 3**) e della Scheda di valutazione dei Rischi Ambientali (**Allegato 4**).

Si sensibilizza tutto il personale sanitario, inoltre, a segnalare eventuali **comportamenti aggressivi in danno ad operatore sanitario** utilizzando l'apposito modulo compilato in ogni sua parte (**Allegato 5**).

Tutti i citati allegati sono anche scaricabili dal sito aziendale alla pagina Uffici di Staff → Gestione del Rischio Clinico → Documenti

[https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff\\_det-/journal\\_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico](https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff_det-/journal_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico)

## 7. FLUSSO ED ANALISI DELLE SEGNALAZIONI

### **In caso di eventi avversi con danno al paziente e che non soddisfano i criteri degli eventi sentinella ed in caso di eventi avversi senza danno al paziente**

La scheda di segnalazione (vedi **Allegato 1**) dovrà essere inviata tempestivamente alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura.

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, dopo aver verificato la completezza e la congruità delle informazioni riportate, o anche dopo aver chiesto integrazione di informazioni/dati alla UO segnalante, analizza tutte le informazioni necessarie relative all'evento al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dello stesso, ed in tale processo può anche coinvolgere non solo la UO segnalante, ma anche la Direzione Sanitaria Aziendale o ogni altra funzione ritenuta utile.

**Tutte le informazioni fornite mediante segnalazione saranno mantenute riservate, nonché, ove l'operatore sanitario non volesse essere identificato, la segnalazione può anche essere anonima.**

### **In caso di eventi sentinella**

La scheda di segnalazione (vedi **Allegato 1**) dovrà essere inviata, nel più breve tempo possibile, alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura, congiuntamente ad una **relazione dettagliata sull'evento**. Onde rendere acquisibile il maggior numero delle informazioni utili vi si può allegare **copia della documentazione sanitaria disponibile** (anche non contestualmente alla scheda di segnalazione e alla dettagliata relazione, tanto al solo fine di garantire la tempistica più celere possibile di segnalazione dell'evento).

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, dopo aver verificato la completezza e la congruità delle informazioni riportate sia nella scheda di segnalazione che nella relazione dettagliata, o anche dopo

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
--	--	--

aver chiesto integrazione di informazioni/dati alla UO segnalante, analizza preliminarmente tutte le informazioni necessarie relative all'evento e provvede alla segnalazione dell'evento sentinella al Ministero della Salute mediante inserimento della scheda A nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) come da Decreto Ministeriale dell'11.12.2009.

Con i tempi e le modalità previsti nel "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Ministero della Salute del luglio 2009, la UOSD Gestione del Rischio Clinico avvia una procedura conoscitiva al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dello stesso, ed in tale processo può anche coinvolgere non solo la UO segnalante, ma anche la Direzione Sanitaria Aziendale o ogni altra funzione ritenuta utile.

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, quindi, invia al Ministero della Salute per il tramite del SIMES la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e il Piano d'azione entro 45 giorni solari dall'avvenuto invio della scheda A.

**La scheda di incident reporting, così come le relazioni allegate in caso di evento sentinella, non sono parte integrante della cartella clinica, ma hanno modalità di archiviazione e conservazione differenti. Gli originali, quindi, saranno conservati ed archiviati secondo le modalità impartite dal Direttore della UO ove si è verificato l'evento, mentre le copie trasmesse alla UOSD Gestione del Rischio e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura, saranno conservate nei rispettivi spazi secondo le rispettive modalità di archiviazione.**

## **8. IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E/O CONTRIBUENTI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

L'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti può essere eseguita mediante differenti metodologie di analisi disponibili in letteratura e così semplificate:

- metodi reattivi →
  - a) per i casi di particolare complessità: Root Cause Analysis (RCA), Audit clinico e Significant Event Audit (SEA), revisione di cartelle cliniche;
  - b) negli altri casi di eventi avversi/near miss meno complessi: briefing, discussione di casi, focus group, safety walk around e altri.
  
- metodi proattivi →
  - FMEA – Failure Mode and Event Analysis;
  - FMECA – Failure Mode and Event Critically Analysis;
  - Root Cause Analysis proattiva (RCAP)
  - Safety walk around.

## **9. LA COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI/EVENTI SENTINELLA**

Quanto alle modalità di comunicazione interna ed esterna degli eventi avversi si rimanda alle specifiche "PROCEDURE PER LA COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI NELLA ASL BRINDISI" disponibili sul sito aziendale alla pagina Uffici di Staff → Gestione del Rischio Clinico → Documenti oppure al seguente link

[https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff\\_det/-/journal\\_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico](https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff_det/-/journal_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico)

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b>
--	---	---

## 10. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Nell'ambito del Programma Aziendale di Formazione vengono realizzati specifici eventi formativi sulle tematiche della Gestione del Rischio Clinico in sinergia con la Direzione Strategica ed in linea con gli obiettivi Aziendali.

I Direttori ed i Coordinatori Infermieristici e Ostetrici di ciascuna UO provvedono a implementare, anche mettendo a disposizione di tutto il personale operante copia in idoneo raccogliatore, le Raccomandazioni Ministeriali di seguito dettagliate:

- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 1 “Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 2 “Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico” e “Scheda per il conteggio di garze, strumenti o altro materiale in sala operatoria”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 3 “Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 5 “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO” e Aggiornamento Raccomandazione Ministeriale n. 5;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 7 “Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 8 “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 9 “Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 10 “Raccomandazione per la prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 11 “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 12 “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “lookalike/sound-alike”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 13 “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 14 “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 15 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso”;

	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio Clinico  ASL BR</b>
---	---	--

- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 “Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 17 “Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 18 “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli”;
- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 19 “Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide”;
- “Procedure per la comunicazione degli eventi avversi nella ASL Brindisi” approvata con Delibera n. 2896 del 09.11.2021;
- “Protocollo e procedura sulla prevenzione e gestione delle cadute del paziente” approvata con Delibera n. 2044 del 20.11.2014;

Si ricorda che l’elenco sopra riportato è proposto a mero titolo semplificativo e che gli operatori sanitari sono tenuti all’applicazione di tutte le procedure aziendali.

## 11. MONITORAGGIO

Annualmente, in ottemperanza alla Legge n. 24 dell’8 marzo 2017, all’art. 2 comma 5, che prevede la “predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto”, la UOSD Gestione del Rischio Clinico redige **una relazione in cui dettaglia i risultati relativi al monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella segnalati dagli operatori sanitari**, nonché le attività messe in atto per lo studio approfondito delle cause al fine di prevenire il riverificarsi di tali eventi. Congiuntamente, nella citata relazione, vengono riportati **risultati dell’analisi delle richieste di risarcimento danni pervenute nell’anno in esame**, nell’ambito del contenzioso medico-legale.

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, inoltre, con pari cadenza annuale, invia alla Direzione Strategica **un report sull’attività di gestione del rischio clinico prestata nell’ambito del monitoraggio delle segnalazioni di eventi avversi/near miss/eventi sentinella** che tenga conto dei seguenti indicatori:

1. Percentuale di Audit/RCA o ogni altra metodologia di analisi effettuata rispetto alle segnalazioni di eventi sentinella pervenute → valore atteso 100%;
2. Percentuale di Audit/RCA o ogni altra metodologia di analisi effettuata rispetto alle segnalazioni di eventi avversi/near miss pervenute → valore atteso 50%;
3. Percentuale delle azioni correttive implementate a seguito dell’attività di monitoraggio → valore atteso 75%.

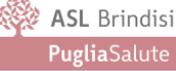
 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b></p>	<p><b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b></p>
--	--	--

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.
2. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure del 20 marzo 2008.
3. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”.
4. Decreto Ministeriale 29 settembre 2017 “Istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità”.
5. Ministero della Salute “Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità”, giugno 2011.
6. Ministero della Salute “Risk Management. Il problema degli errori”. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, marzo 2004.
7. Ministero della Salute “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”, luglio 2009.
8. Deliberazione della Giunta Regionale n. 2349 del 11.11.2014: Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1310 del 23.06.2014 “Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure Incident Reporting”.
9. Decreto Ministeriale dell’11.12.2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”.
10. Deliberazione Della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 “Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti”.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b>
--	---	---

**ALLEGATO 1- SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI**

	<b>Scheda di segnalazione spontanea degli eventi</b>		Data compilazione _____
<b>Dati relativi a Struttura e Operatore</b>	<b>Struttura</b>		<b>Unità Operativa</b>
	Operatore che segnala l'evento (facoltativo)		
	<b>Qualifica</b> <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> Altre (specificare) _____ <input type="checkbox"/> infermiere		
	<b>Dati relativi al paziente</b>		
Nome e Cognome paziente (facoltativo)			
Anno nascita/età _____		n. ricovero (facoltativo) _____	
<b>Tipo di prestazione</b> <input type="checkbox"/> Ricovero ord. <input type="checkbox"/> Prestazione Amb. <input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Ricovero DH <input type="checkbox"/> Intervento chirurg. <input type="checkbox"/> Altro			
<b>PROCEDURA</b> <b>RITARDO PROCEDURA</b> <b>INESATTA/NON APPROPRIATA</b> <b>MANCATA PROCEDURA</b>			
<b>Tipo di evento</b>	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica <input type="checkbox"/> inesatta identificazione paziente/fato <input type="checkbox"/> procedura chirurgica <input type="checkbox"/> inesatta procedura Chirurgica <input type="checkbox"/> procedura terapeutica <input type="checkbox"/> inesatta procedura Terapeutica <input type="checkbox"/> somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> inesatta somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> prestazione assistenziale <input type="checkbox"/> inappropriata procedura Diagnostica <input type="checkbox"/> prestazione riabilitativa <input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Chirurgica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Riabilitativa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inappropriata procedura Terapeutica		
	<b>Altro</b> <input type="checkbox"/> Aggressione operatore <input type="checkbox"/> Trasfusione emoderivati <input type="checkbox"/> Lesioni da pressione (nuova insorgenza) <input type="checkbox"/> Trasporto paziente <input type="checkbox"/> Utilizzo impianti/attrezzature <input type="checkbox"/> Condizioni ambientali pericolose <input type="checkbox"/> Caduta accidentale <input type="checkbox"/> Infezioni Correlate Assistenza <input type="checkbox"/> Altro _____		
<b>DESCRIZIONE DELL'EVENTO - svolgimento dei fatti</b>			
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perchè è accaduto? )			
Data _____ ora _____ Luogo (camera, bagno...) _____ <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale _____ _____ _____			
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)</b>			
<b>Fattori legati al paziente</b>	<input type="checkbox"/> Condizioni generali fragilità/infermità <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo <input type="checkbox"/> Instabilità della marcia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Utilizzo farmaci <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Contenzione		
	<b>Fattori legati al personale</b>	<input type="checkbox"/> Difficoltà nell'eseguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Inosservanza procedura/protocollo <input type="checkbox"/> Inesatta lettura documento/etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchio	
<b>Fattori legati al sistema</b>		<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 <input type="checkbox"/> Difetto/assenza Procedura/protocollo <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeg. Manutenzione attrezz. <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza materiale <input type="checkbox"/> Altri fattori: (specificare) _____	
	<b>Fattori che possono aver ridotto l'esito</b>		
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo			
<input type="checkbox"/> Osservanza dei protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			
<input type="checkbox"/> Casualità			
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni</b>			
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Ricovero in T.I. <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Altro _____			
<b>L'evento è documentato in cartella clinica?</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>Il paziente è stato informato dell'evento?</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
<b>Come si poteva prevenire/evitare il ripetersi dell'evento</b>			
<b>Livello di gravità</b>	<input type="checkbox"/> nessun danno <input type="checkbox"/> medio danno <input type="checkbox"/> morte		
	<input type="checkbox"/> lieve danno <input type="checkbox"/> grave danno		
<b>NOTE</b>			



ALLEGATO 2 – SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE

Azienda _____
Unità Operativa: _____ ( _____ a n. _____
Cognome e nome del paziente: _____
Data di nascita: ____/____/____ Età del paziente: ____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Diagnosi di ammissione: _____
<b>SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA</b>
Data e ora di accadimento dell'evento: ____/____/____ H. ____
Chi ha rilevato l'evento: Medico Strutturato <input type="checkbox"/> ; Guardia Interdivisionale <input type="checkbox"/> ; Infermiere <input type="checkbox"/> ; OTA/Ausiliario <input type="checkbox"/> ; altri pazienti <input type="checkbox"/> ; familiari <input type="checkbox"/> ; il paziente era da solo <input type="checkbox"/> ; altro _____ <input type="checkbox"/>
Data di segnalazione dell'evento: ____/____/____
Chi ha segnalato l'evento: Medico Strutturato <input type="checkbox"/> ; Guardia Interdivisionale <input type="checkbox"/> ; Infermiere professionale <input type="checkbox"/>
Scheda di rilevazione del rischio di caduta (Scheda di Conley): presente <input type="checkbox"/> ; assente <input type="checkbox"/> .
<i>Se presente</i> , indicare l'indice di Conley: all'accettazione ____; dopo le 72 h ____; ultima rilevazione _____
<i>Se in una delle rilevazioni l'indice di Conley è stato <math>\geq 2</math></i> , sono stati messi in atto interventi preventivi e/o correttivi? SI <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/> Se NO, perchè _____
Scheda di rilevazione dei rischi ambientali dell'Unità Operativa (check-list): presente <input type="checkbox"/> ; assente <input type="checkbox"/>
<i>Se presente</i> , allegarla.
Precedenti cadute durante il ricovero: nessuna (1°caduta) <input type="checkbox"/> ; 2° caduta <input type="checkbox"/> ; 3° caduta <input type="checkbox"/> ; più di 3 cadute <input type="checkbox"/>
Luogo caduta: stanza <input type="checkbox"/> ; servizi igienici (nella stanza di degenza) <input type="checkbox"/> ; servizi igienici (non nella stanza di degenza) <input type="checkbox"/> ; scale <input type="checkbox"/> ; corridoio <input type="checkbox"/> ; ambulatorio <input type="checkbox"/> ; spazi esterni <input type="checkbox"/> ; altro _____ <input type="checkbox"/>



**Modalità caduta:** caduto dalla posizione eretta ; caduto da seduto ; caduto dal letto con spondine ; caduto dal letto senza spondine ; caduto dalla barella ; altro \_\_\_\_\_

**Meccanismo caduta:** inciampato ; scivolato ; perdita di forza/cedimento ; inciampato ; perdita di equilibrio ; perdita di coscienza ; capogiro/svenimento ; non rilevabile ; camminava: verso il bagno  — in stanza  — in corridoio ; stava effettuando l'igiene personale/vestizione ; stava raggiungendo un oggetto ; stava raggiungendo il campanello di chiamata ; stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ; altro \_\_\_\_\_

**Tipo di calzatura:** aperta ; chiusa ; calzini/scalzo

Firma Infermiere/tecnico/fisiot.

#### SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

L'evento ha avuto conseguenze: SI ; NO  Vi è stata perdita di coscienza?: SI ; NO

**Lesione:**

tipo \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

**Accertamenti diagnostici richiesti:** ECG ; Visita Medica ; Visita specialistica ; Intervento chirurgico ; Esami di laboratorio ; Esami radiologici: RX (specificare distretto \_\_\_\_\_) ; TAC (specificare distretto \_\_\_\_\_) ; RMN (specificare distretto \_\_\_\_\_) ; Altro (specificare \_\_\_\_\_) ; Ricovero terapia intensiva ; Trasferimento in altra U.O. (specificare \_\_\_\_\_) ; altro \_\_\_\_\_

**Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine:** nessuno ; sutura ; steristrips ; medicazione ; altro \_\_\_\_\_

**Attuale terapia farmacologica:** sedativi del SNC ; antistaminici per uso sistemico ; diuretici ; antiaritmici ; ipotensivanti ; vasodilatatori ; altro \_\_\_\_\_

**Altri eventuali interventi correttivi intrapresi:** \_\_\_\_\_

Come si sarebbe potuto evitare l'evento? **Necessita di follow up dopo la**

dimissione in seguito alla caduta? SI ; NO

L'evento è stato registrato in cartella? SI ; NO

Firma Medico



ASL Brindisi  
PugliaSalute

**PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE  
DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI  
AVVERSI, NEAR MISS**

UOSD Gestione del Rischio  
Clinico  
ASL BR

**ALLEGATO 3 – SCHEDA DI CONLEY**

Azienda _____									
Unità Operativa _____					Cartella clinica n. _____				
Cognome e nome del paziente _____									
Data di nascita ____/____/____			Età del paziente ____			Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
<b>PARTE 1</b>									
<b>Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)</b>									
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
C1	È caduto nel corso degli ultimi tre mesi	2	0	2	0	2	0	2	0
C2	Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0
C3	Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0
<b>Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)</b>									
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
C4	Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1	0	1	0	1	0	1	0
C5	Agitato (definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza)	2	0	2	0	2	0	2	0
C6	Deterioramento delle capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	3	0	3	0	3	0
<b>Totale</b>									

**FIRMA DEL VALUTATORE**

\_\_\_\_\_

N. B.: In presenza di "Indice di Conley"  $\geq 2$  viene fatta diagnosi infermieristica di paziente a rischio di caduta. In tal caso si consiglia quindi di procedere alla compilazione della parte 2 della Scheda di Conley.



(Da compilare solo se l'Indice di Conley  $\geq 2$ )

PARTE 2	Data e ora rilevazione (accettazione)		Data e ora rilevazione (dopo 72 h)		Data e ora rilevazione		Data e ora rilevazione	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psych., respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi								
<b>ALTERAZIONE DEI SENSI</b>								
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane								
Presenta deficit dell'udito								
<b>ELIMINAZIONE</b>								
Ha necessit� di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli 3 ore)								
Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno								
<b>MOBILIT�</b>								
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle								
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi								
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio								
Necessita di assistenza negli spostamenti								
Ha difficolt� a muoversi nel letto								
Utilizza calzature aperte senza suola antiscivolo								
<b>ANDATURA E ATTIVIT� QUOTIDIANE</b>								
Ha difficolt� a mantenersi stabilmente in posizione eretta								
Ha difficolt� nel compiere le sue attivit� quotidiane								
Cammina a testa bassa (trascinando i piedi)								
<b>STATO MENTALE</b>								
� disorientato/confuso								
<b>TERAPIA FARMACOLOGICA</b>								
Assume psicofarmaci								
Assume vasodilatatori								
Assume antiipertensivi								
Assume diuretici								
Assume antistaminici per uso sistemico								
Assume antidolorifici								
<b>CONTENZIONE</b>								
Fisica								
Farmacologica								

Successivamente alla compilazione della scheda di valutazione del rischio,   necessario stilare il piano di assistenza personalizzato.



ALLEGATO 4 – CHECK LIST DEI RISCHI AMBIENTALI

Azienda _____		
Unità Operativa _____		
<b>PAVIMENTI</b>	Si	No
Non scivolosi		
Assenza buche o avvallamenti		
Assenza di dislivelli		
Presenza di cartello di pericolo durante il lavaggio		
<b>CORRIDOI</b>	Si	No
Corrimano		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Assenza di ostacoli ingombranti (arredi, ausili, altro)		
<b>SCALE</b>	Si	No
Corrimano su almeno un lato		
Gradini dotati di antiscivolo		
<b>DEAMBULATORI</b>	Si	No
Stato d'uso generale buono		
Maniglie in buono stato		
Stabile		
<b>SEDIE A ROTELLE</b>	Si	No
Stato d'uso generale buono		
Ruote e freni efficienti		
Poggiatesta di funzionanti		
Braccioli rimovibili		
<b>BARELLE</b>	Si	No
Spondine funzionanti		
Ruote e freni efficienti		
<b>AUSILI PER MOVIMENTAZIONE PAZIENTI</b>	Si	No
Stato d'uso generale buono		
Disponibili in reparto		
Numero sufficienti		
Presenza magazzini/ripost. dedicato		



CAMERE	Si	No
Funzionalità luci personali su testata letto		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Luci notturne percorso camera bagno		
Mobiliario stabile, ordinato e in buono stato		
Larghezza porta adeguata al passaggio del letto		
Interruttori accessibili		
Interruttori visibili al buio		
Tappeti		
Spigoli sporgenti		
LETTI	Si	No
Regolabili in altezza (elettrici o a pedale)		
Dotati di spondine		
Spondine rimovibili		
Spondine completamente abbassabili		
Campanelli chiamata raggiungibili		
Ruote efficienti		
Freni efficienti		
COMODINI	Si	No
Tavolo servitore		
Ruote efficienti		
Freni efficienti		
Piano d'appoggio regolabile in altezza		
Piano di appoggio girevole		
ASTE FLEBO	Si	No
Regolabili in altezza		
Ruote efficienti		
Integrate nel letto		
BAGNI	Si	No
Dimensione minima rispettata		
Interruttori funzionanti		
Interruttori visibili al buio		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		



Illuminazione antibagno		
Campanelli di chiamata funzionanti		
Presenza di gradini		
Accessibile con carrozzina		
Spigoli sporgenti		
Tappetini antiscivolo		
Pavimento antiscivolo		
Doccia/vasca		
Maniglia doccia/vasca		
Maniglie tazza wc		

Sulla base delle non conformità rilevate sono necessarie le seguenti azioni di miglioramento:

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Data rilevamento \_\_\_\_\_

**I RILEVATORI**

---

	<b>PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS</b>	<b>UOSD Gestione del Rischio Clinico</b>  <b>ASL BR</b>
---	---	---

## ALLEGATO 5 – SCHEDA SEGNALAZIONE COMPORTAMENTI AGGRESSIVI



**AZIENDA SANITARIA LOCALE BR**

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

C.F. e P.I. 01647800745

### SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI<sup>1,2</sup>

La seguente scheda<sup>3</sup> è compilata dal Responsabile (o suo delegato) della U.O./Struttura/Ufficio in cui si sia verificato un **significativo comportamento aggressivo** di un paziente/utente (ovvero di famigliari o di operatori). A tal fine si definisce aggressione ogni comportamento verbale e/o fisico che risulta minaccioso e/o arreca danno verso se stesso, altri o oggetti.

Si rammenta che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 del Ministero della Salute, l'evento sentinella "*Morte o grave danno in seguito a violenza su operatore*" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

U.O. ....

Cognome e nome paziente o altri soggetti (o iniziali), se noti .....

N° cartella di ricovero in U.O. o prestazione di PS .....

Data e ora dell'evento .....

**Segnare con una crocetta le risposte predefinite e descrivere sinteticamente ove richiesto**

Il paziente ha presentato aggressività verbale	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Il paziente ha presentato aggressività fisica verso oggetti	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Ha procurato rotture o danni a cose	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Il paziente ha presentato aggressività fisica verso persone	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Ha procurato lesioni fisiche visibili	<b>Ad Operatori dello staff sanitario</b>				
	Vi è stata la necessità di cure con prognosi	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Se sì, descrivere la lesione				
	<b>Ad altri</b>				
	Vi è stata la necessità di cure con prognosi	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Se sì, descrivere la lesione				
	<b>Ha procurato danni a sé</b>				
Vi è stata la necessità di cure con prognosi	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Se sì, descrivere la lesione					
Vi sono state provocazioni comprensibili	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
	Se sì, descrivere brevemente				
Necessità di contenzione farmacologica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Necessità di contenzione fisica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	

**Si prega di inviare alla U.O. Gestione del Rischio Clinico con le seguenti modalità:**

1. Posta (U.O. Gestione del Rischio Clinico – ASL BR - via Napoli, 8); 2. Fax: 0831/536659;
3. Mail: [riskmanagement@asl.brindisi.it](mailto:riskmanagement@asl.brindisi.it)



ASL Brindisi

PugliaSalute

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA  
PROVINCIA DI BRINDISI

N. \_1327/23/G.C. del registro delle deliberazioni  
Ufficio Proponente UOSD Gestione del Rischio Clinico

N. PDL01605-23/GC del 30/05/2023

**Oggetto: Approvazione della “Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss”**

Il giorno 31/05/2023 presso la Sede dell’Azienda Sanitaria Locale BR sita in Brindisi alla via Napoli n. 8;

-----  
Sull’argomento in oggetto la Dott.ssa Stefania Bello, Dirigente Medico della UOSD Gestione del Rischio Clinico, sulla base dell’istruttoria effettuata, che con la sottoscrizione della presente proposta viene confermata, relaziona quanto segue:

#### **PREMESSO**

- Che la Legge n. 24 dell’8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” ha sancito che la sicurezza delle cure è “parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. 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. 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”;
- Che il DM del 29.09.2017 ha dato attuazione a quanto sancito dall’art.3 comma 2 della Legge n. 24/2017 mediante l’istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità presso l’AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). L’Osservatorio svolge, tra le altre, la funzione di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno, e i dati relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all’entità, alla frequenza e all’onere finanziario del contenzioso, avvalendosi anche dei dati che ciascuna Azienda fornisce al Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).

#### **CONSIDERATO**

- che la precipua finalità di questa ASL è quella di garantire la trasparenza nei confronti del cittadino, attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;
- che l’impegno per la sicurezza, profuso da tutte le articolazioni aziendali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli eventi avversi, ma soprattutto dalla capacità di misurare e monitorare la sicurezza delle cure stesse e tale misurazione non può prescindere da un capillare sistema di fonti informative da cui attingere dati utili.

## TENUTO CONTO CHE

- la UOSD Gestione del Rischio Clinico ha rilevato la necessità di dover procedere alla elaborazione di una procedura finalizzata ad uniformare le modalità di segnalazione degli eventi avversi occorsi nelle strutture della ASL, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità e sicurezza dei servizi erogati nei confronti di pazienti, utenti ed operatori sanitari;
- che la bozza della citata Procedura Aziendale in data 20.04.2023 veniva inviata agli Uffici competenti per la verifica con riscontro positivo circa l'avvenuto adempimento;
- che la Procedura, quindi, veniva inviata agli Uffici competenti per la successiva validazione, con riscontro favorevole in data 11.05.2023 e 15.05.2023.

Tanto premesso si propone l'adozione dell'atto deliberativo come in premessa rilevato;

Il Dirigente Medico della UOSD Gestione Rischio Clinico (Dott.ssa Stefania Bello) \_\_\_ f.to \_\_\_\_\_

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Giovanni GORGONI, nominato quale Commissario Straordinario dell'A.S.L. di Brindisi con Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n. 233 del 3.3.2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dott. Andrea CHIARI e dal Direttore Sanitario Dott. Vito CAMPANILE;

**ESAMINATA** e fatta propria la relazione istruttoria e la proposta della competente UOSD di Gestione del Rischio Clinico;

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

## DELIBERA

per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, quanto segue:

1. di approvare quanto in narrativa e di rendere parte integrante della presente delibera l'allegata "PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS";
2. di trasmettere il presente atto, a mezzo posta elettronica, ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri (che ne assicureranno la diffusione tra tutti di Direttori dei Dipartimenti, i Direttori ed i Responsabili di tutte le Unità Operative), ai Direttori dei Distretti Socio-Sanitari, al Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale, al Direttore del Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza, al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, al Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche, al Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
3. di pubblicare detto documento sul sito internet aziendale, nella sezione dedicata alla Gestione del Rischio Clinico;
4. di dare incarico alla UOSD Gestione del Rischio Clinico di provvedere agli aggiornamenti e revisioni della Procedura, anche tenendo conto dei suggerimenti provenienti dagli operatori;
5. il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Amministrazione.

**Il Direttore Amministrativo** (Dott. Andrea CHIARI) \_\_\_\_\_ f.to \_\_\_\_\_

**Il Direttore Sanitario** (Dott. Vito CAMPANILE) \_\_\_\_\_ f.to \_\_\_\_\_

**Il Commissario Straordinario** (Dott. Giovanni GORGONI) \_\_\_\_\_ f.to \_\_\_\_\_

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRINDISI**

<b>PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO</b>	<b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>
Brindisi _____  Il Responsabile _____	<b>PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DI QUESTA AZIENDA SANITARIA</b>  Dal <u>31/05/2023</u> al _____  Data _____  Il Responsabile _____