



Azienda Sanitaria Locale BR
Via Napoli, 8 – 72011 BRINDISI (Casale) Tel. 0831536.1

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”*

- ESTRATTO -

Il presente documento rappresenta un estratto della DGR n. 2349 del 11-11-2014, che modifica ed integra la DGR n. 1310 del 23/06/2014. Quest’ultima, ai fini dell’implementazione su tutto il territorio regionale delle procedure per l’“Incident reporting”, prevedeva l’adozione di una scheda di rilevazione elaborata dal Coordinamento regionale *Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente*.

La DGR n. 2349/2014 propone l’adozione di una versione aggiornata della predetta scheda (Allegato A), al fine di consentire l’applicazione delle citate procedure in tutte le aziende, enti e strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale.

Viene inoltre disposto che:

1. la notifica del presente provvedimento agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS privati e alle Case di Cura private accreditate, sia a carico dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti;
2. le Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e le strutture private (Enti ecclesiastici, IRCCS e Case di Cura) del Servizio Sanitario Regionale diano immediata e puntuale applicazione a quanto previsto nell’Allegato A e trasmettano, a cura del Responsabile aziendale del Rischio Clinico, al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica la comunicazione relativa all’adozione degli adempimenti conseguenti;
3. il Direttore medico di presidio ed il Direttore dei Dipartimenti e delle Unità Operative delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS pubblici trasmettano semestralmente al Responsabile aziendale del Rischio clinico le schede di rilevazione degli eventi avversi ovvero comunicazione della mancata rilevazione;

U.O. Gestione del Rischio Clinico
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*
Tel/fax: 0831/535659

4. il Direttore medico di Presidio e il Dirigente responsabile del rischio clinico delle strutture private accreditate (Enti ecclesiastici, IRCCS e Case di Cura) trasmettano semestralmente all'Azienda sanitaria Locale di riferimento le schede di rilevazione, debitamente compilate, ovvero l'autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, della mancata rilevazione degli eventi avversi.

L'Azienda Sanitaria Locale di riferimento può attivare, per il tramite del Responsabile del rischio clinico aziendale, in qualsiasi momento, controlli finalizzati alla verifica dell'adempimento.

Le inadempienze possono riguardare:

- 1) Mancata adozione della scheda di rilevazione degli eventi avversi da parte delle Unità Operative dell'Ospedale pubblico o struttura privata accreditata;
- 2) Mancata rilevazione di eventi avversi segnalati da parte di cittadini o da associazioni a tutela del malato nonché da altre fonti informative.

Qualora dall'attività di verifica sia accertata l'inadempienza, di cui ai punti sopra riportati nonché la veridicità dei fatti contestati e la mancata compilazione della scheda, il Responsabile del Rischio Clinico dell'Azienda Sanitaria locale di riferimento, informa la Direzione generale e sanitaria della ASL territorialmente competente per la irrogazione della sanzione:

- Strutture pubbliche: il mancato adempimento è oggetto di valutazione nell'ambito della verifica annuale del Direttore di Presidio, dei Direttori dei Dipartimenti e delle Unità Operative, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato;
- Strutture private accreditate: irrogazione della sanzione nella misura dello 0,5 x 1000 del tetto di spesa complessivo assegnato, con effetto nell'anno successivo, rispetto a quello in cui si è verificato l'evento avverso. In caso di reiterato inadempimento la sanzione è graduale nella misura dello 0,5 x 1000 per ciascuna infrazione. Resta inteso che le frazioni si cumulano nell'anno.

U.O. Gestione del Rischio Clinico
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*
Tel/fax: 0831/535659

ALLEGATO A

	Scheda di segnalazione spontanea degli eventi	Data compilazione _____
Dati relativi a Struttura e Operatore	Struttura	Unità Operativa
	Operatore che segnala l'evento (facoltativo)	
Dati relativi al paziente	Qualifica <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> Altre (specificare) _____ <input type="checkbox"/> infermiere	
	Nome e Cognome paziente (facoltativo)	
Tipo di prestazione	Anno nascita/età _____ n. ricovero (facoltativo) _____	
	<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 _____	
PROCEDURA	RITARDO PROCEDURA	INESATTA/NON APPROPRIATA
Tipo di evento	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica <input type="checkbox"/> procedura chirurgica <input type="checkbox"/> procedura terapeutica <input type="checkbox"/> somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> prestazione assistenziale <input type="checkbox"/> prestazione riabilitativa	<input type="checkbox"/> inesatta identificazione paziente/lato <input type="checkbox"/> inesatta procedura Chirurgica <input type="checkbox"/> inesatta procedura Terapeutica <input type="checkbox"/> inesatta somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> inappropriata procedura Diagnostica <input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Chirurgica <input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Riabilitativa <input type="checkbox"/> inappropriata procedura Terapeutica
	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica <input type="checkbox"/> procedura chirurgica <input type="checkbox"/> procedura terapeutica <input type="checkbox"/> somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> prestazione assistenziale	
Altro	<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 _____	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO - svolgimento dei fatti		
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perchè è accaduto?)		
Data _____ ora _____ Luogo (camera, bagno...) _____ <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale		

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)		
Fattori legati al paziente	<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	Fattori legati al sistema
Fattori legati al personale	<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	<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) _____
Fattori che possono aver ridotto l'esito		
<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		
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni		
<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 _____		
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Come si poteva prevenire/evitare il ripetersi dell'evento		

Livello di gravità	<input type="checkbox"/> nessun danno <input type="checkbox"/> medio danno <input type="checkbox"/> morte <input type="checkbox"/> lieve danno <input type="checkbox"/> grave danno	
NOTE		

U.O. Gestione del Rischio Clinico
 Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*
 Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*
 Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*
 E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*
 Tel/fax: 0831/535659