

Linea di indirizzo 1/2010

## **Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella**

### **1. Scopo**

Lo scopo di questa procedura è definire le responsabilità e le modalità di gestione del sistema di segnalazione degli Eventi Sentinella all'interno delle ASR, al fine di implementare e condividere un percorso comune per la sorveglianza e la gestione degli eventi sentinella.

In particolare si vogliono garantire:

- ❑ uniformi modalità di gestione organica e generale degli Eventi Sentinella
- ❑ un sistema adeguato di raccolta ed analisi delle informazioni relative agli Eventi Sentinella che si verificano nelle ASR
- ❑ un sistema adeguato di analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi
- ❑ l'individuazione delle azioni preventive con implementazione di raccomandazioni specifiche per minimizzare il rischio di ulteriore verificarsi di questi particolari eventi avversi
- ❑ corrette modalità di verifica dell'effettiva applicazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo

### **2. OBIETTIVI**

Gestire efficacemente ed in modo omogeneo gli Eventi Sentinella (ES), ridurre la frequenza e minimizzare i danni ad essi correlati.

### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La presente procedura deve essere applicata da tutto il personale operante nelle ASR della Regione Piemonte.

### **4. DEFINIZIONI**

#### **➤ Evento sentinella (Sentinel event):**

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 (1).

#### **➤ Lista eventi sentinella (1)**

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura in paziente
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a una malattia congenita in neonato sano
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente
11. Violenza su paziente
12. Violenza su operatore da parte di paziente
13. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto
14. Morte o grave danno connesso alla errata attribuzione di codifica presso il triage del pronto soccorso
15. Morte o grave danno da complicazione post chirurgica
16. Ogni altro evento che causa morte o grave danno

#### ➤ **Unità di Crisi**

Struttura che gestisce l'evento sentinella, nominata dal Direttore Generale (DG), composta da: Direttore Sanitario di Azienda (DSA), Direttore Sanitario di Presidio/Distretto (DSP/DSD), Responsabile della Funzione/Struttura Risk Management (FGR), Direttore della Struttura Complessa (DSC) coinvolta nell'evento, e, ove presenti, dal Medico Legale, Dirigente degli Affari Legali e Responsabile dell'Ufficio Stampa.

Le riunioni dell'Unità di Crisi devono essere verbalizzate e la conservazione di tutta la documentazione spetta a FGR.

### **5. QUADRO NORMATIVO**

*Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*, prevede all'interno delle attività di promozione del Governo Clinico e della Qualità nel SSN l'attivazione del “*monitoraggio degli eventi sentinella*”. Le attività di monitoraggio, devono essere condotte secondo un criterio graduato di gravità di eventi, prevedendo che i *tre livelli, nazionale, regionale ed aziendale*, possano promuovere le rispettive azioni.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha presentato il progetto “La sicurezza dei pazienti: realizzazione di un Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità” (SIMES):

Il progetto è stato approvato da CNIPA con stipula di apposita convenzione con il Ministero della Salute.

### **6. MODALITA' OPERATIVE E RESPONSABILITA'**

Gli Eventi Sentinella (ES) presentano diversi livelli di gravità.

Nella tabella successiva vengono descritte le diverse azioni da compiere nel caso si verifichi un ES:

Le fasi contrassegnate con l'asterisco (\*) devono essere sempre attivate, mentre per le altre deve essere valutata la necessità di attivazione caso per caso.

Le attività della UC sono subordinate alla sua attivazione.

Tutte le attività eseguite devono essere gestite in accordo con quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003

**PROCEDURA PER LA GESTIONE EVENTI SENTINELLA**

	<b>Fase</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Responsabilità</b>	<b>Tempi</b>
<b>*1</b>	Accadimento di un evento sentinella	Segnalazione immediata a FGR, che valuta con DSA/DSP la possibilità di costituzione di una Unità di Crisi e di attivazione completa della presente procedura	DSI	Il più tempestivamente possibile dal verificarsi dell'evento
<b>2</b>	Costituzione Unità di crisi	Istituzione Unità di Crisi	DSA/DSP-(DSD)/FGR	Il più tempestivamente possibile dal verificarsi dell'ES
<b>*3</b>	Segnalazione ES alla Regione e al Ministero	Segnalazione dell'ES secondo le modalità previste dalla Regione Piemonte (Prot. n. 12768/B2000 del 10/04/2009). Invio scheda A° a QRMA Molinette	FGR	Entro 5 gg
<b>*4</b>	Raccolta documentazione clinica	Acquisizione cartelle cliniche, immagini strumentali, reperti di laboratorio, ....ecc Acquisizione di prima relazione sulle modalità di accadimento dell'evento	FGR/DSI/UC	Il più tempestivamente possibile dal verificarsi dell'ES
<b>*5</b>	Elaborazione prima relazione	Sulla scorta delle valutazioni effettuate nella fase precedente viene elaborata una prima relazione per redigere eventuale comunicato stampa (identificazione portavoce ufficiale)	FGR/UC	Entro 24 ore
<b>*6</b>	Organizzazione primo incontro con i professionisti	Richiesta invio approfondimento in merito alla criticità emergente con gli strumenti e le metodologie proprie del sistema GRC, allo scopo di definire azioni di miglioramento, garantendo l'anonimato dei soggetti coinvolti	FGR/UC	Entro 24/48 ore dal verificarsi dell'ES o dal momento in cui se ne giunge a conoscenza
<b>7</b>	Comunicazione con il paziente e/o familiari	Disposizione se del caso, di incontro con il paziente e/o familiari avvalendosi anche, se necessario, di personale tecnico formato allo scopo	FGR /DSI/UC	Nel più breve tempo possibile (entro 24/48 ore)
<b>8</b>	Attivazione di misure di supporto al paziente e/o familiari	Sostegno, eventualmente anche psicologico, al paziente e/o familiari con valutazione della tipologia degli approfondimenti tecnici necessari.	FGR/DSP-(DSD)/UC	Da definire per ciascun evento
<b>9</b>	Attivazione misure di supporto agli Operatori	Al personale coinvolto, se del caso, viene fornito il supporto psicologico, valutando anche l'opportunità della prosecuzione dell'attività lavorativa	FGR /DSP-(DSD)/UC	Da definire per ciascun evento
<b>10</b>	Comunicazione al Patrimonio per apertura cautelativa del sinistro	Viene sollecitata la segnalazione per apertura cautelativa del sinistro	FGR/ML	Entro 48 ore dall'evento
<b>*11</b>	Messa a punto di interventi preventivi	Valutare la possibilità di attuare i primi interventi con carattere d'urgenza (es. procedure organizzative)	FGR/DSI	Da definire per ciascun caso

12	Diffusione comunicato stampa	Elaborazione comunicato stampa approvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Generale, nonché trasmesso per il tramite delle apposite strutture aziendali	FGR/UC/addetto stampa	Primo comunicato entro 24 ore  Secondo entro 10gg con interventi adottati  I successivi comunicati da definire per ciascun evento
*13	Analisi del caso con eventuale consulenza regionale	Audit di FGR con il personale coinvolto per l'approfondimento tecnico del caso, con richiesta di eventuale consulenza (come da procedura regionale - Prot. n. 12768/B2000 del 10/04/2009). Invio delle risultanze all'UC (se attivata)	FGR/DSI	Da definire per ciascun evento, entro 40 giorni dal verificarsi dell'evento o dal momento in cui se ne sia avuta notizia
*14	Segnalazione ES alla Regione e al Ministero	Segnalazione dell'ES secondo le modalità previste dalla Regione Piemonte (Prot. n. 12768/B2000 del 10/04/2009). Invio scheda B° a QRMA Molinette	FGR	Entro 42 gg
*15	Implementazione azioni correttive	In seguito all'audit clinico il FGR stila un alert report, in cui definisce le azioni per prevenire le criticità, che viene inviato al DSA. Il DSP le attua concordandole con FGR e DSI e, se di interesse aziendale, con i DD	FGR/DSP-(DSD)/DSI/(DD)	Da definire per ciascun evento

- ° Le schede A e B fanno parte del “Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella” consultabile e stampabile all'indirizzo web:  
<http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=238&menu=sicurezza>

**ATTENZIONE:** L'unità di crisi ha come obiettivo prioritario la tutela della salute dei pazienti e non la ricerca delle responsabilità individuali (compito specifico dell'autorità giudiziaria). Pertanto avrà il compito di analizzare l'evento e quindi attivare le misure di supporto al paziente e ai familiari, agli operatori coinvolti e predisporre i primi interventi correttivi, al fine di evitare il ripetersi di eventi avversi simili eliminando le condizioni di rischio.

**Legenda**

DD:	Direttore di Dipartimento
DG:	Direttore Generale
DSA:	Direttore Sanitario Aziendale
DSC:	Direttore Struttura Interessata
DSP/DSD:	Direttore Sanitario di Presidio/Distretto
ES:	Evento Sentinella
FGR:	Funzione di Gestione del Rischio Clinico
GRC:	Gestione Rischio Clinico
ML:	Medico Legale
QRMA Molinette:	Struttura Qualità, Risk Management e Accreditamento AOU San Giovanni Battista Torino
UC:	Unità di Crisi



## 8. PARAMETRI DI CONTROLLO

Al fine di implementare l'organizzazione delle attività relative alla segnalazione degli E.S. su tale procedura la Direzione Aziendale, i Direttori di Presidio/Distretto, i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Struttura e tutto il personale coinvolto nella GRC, s'impegnano a:

- implementare la diffusione della procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella a tutto il personale interessato;
- organizzare progetti formativi inerenti le modalità di segnalazione degli E.S.;
- applicare correttamente la Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella;
- verificare periodicamente l'applicazione, a tutti i livelli dell'Azienda, della Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella.

<b>CRITERIO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>
N° di unità di Crisi costituite	Unità costituite/Eventi segnalati	<b>100%</b>
Numero di RCA effettuate sul numero degli eventi	Numero di RCA effettuate /numero degli eventi	<b>100%</b>
Rispetto delle varie fasi della procedura	Verifica varie fasi per ogni evento	<b>RISPETTO DELLA PROCEDURA NELL'80% DEI CASI SEGNALATI</b>

## 9. ALLEGATI

Trasmissione DGR n. 8-10923 del 9 marzo 2009 e disposizioni attuative (Prot. n. 12768/B2000 del 10/04/2009)



**REGIONE  
PIEMONTE**  
**GIUNTA REGIONALE**

Verbale n. 281

Adunanza 9 marzo 2009

L'anno duemilanove il giorno 9 del mese di marzo alle ore 10:55 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Mercedes BRESSO Presidente, Paolo PEVERARO Vicepresidente e degli Assessori Eleonora ARTESIO, Andrea BAI RATI, Daniele Gaetano BORIOLI, Sergio CONTI, Sergio DEORSOLA, Giuliana MANICA, Teresa Angela MIGLIASSO, Giovanni OLIVA, Giovanna PENTENERO, Luigi RICCA, Bruna SIBILLE, Giacomino TARICCO, Nicola DE RUGGIERO, con l'assistenza di Roberta BUFANO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

E' assente l' Assessore: DE RUGGIERO

(Omissis)

**D.G.R. n. 8 - 10923**

**OGGETTO:**

Affidamento all'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino della funzione di supporto regionale nello sviluppo della rete regionale per la gestione del rischio clinico.

A relazione dell' Assessore ARTESIO:

L'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità con determinazione dirigenziale n. 23/28 del 25.01.07, facendo proprie le indicazioni contenute nella proposta, poi divenuta Piano Socio Sanitario Regionale con la D.C.R. 24.10.07 n. 137-40212, istituì un Gruppo di lavoro con il compito di elaborare indicazioni e proposte per sviluppare nelle Aziende della Regione un sistema di gestione del rischio clinico organizzato in rete a partire dalle esperienze locali.

L'attività del Gruppo, tuttora operante, si espleta a supporto dell'Assessorato e delle Aziende sanitarie e, nell'ambito dell'azione di governo clinico e contrasto al rischio prevista dal citato P.S.S.R., elabora indicazioni e proposte per l'istituzione e la implementazione di sistemi di gestione del rischio clinico a livello aziendale, la strutturazione di un piano di informazione e formazione permanente a livello regionale che coinvolga tutto il personale a vario titolo interessato, la costruzione di un sistema informativo utile alla raccolta e verifica degli eventi avversi, sinistri e contenziosi, il monitoraggio continuo sul raggiungimento degli obiettivi assegnati sulla base di indicatori condivisi, la verifica dell'applicazione delle linee di indirizzo contenute nella DGR n. 14-8500 del 31 marzo 2008.

Quanto sopra sintetizzato rappresenta altresì un obbligo regionale in ottemperanza dell'Intesa Stato - Regioni - Province Autonome rep. 116/CSR del 20 marzo 2008 che, fra l'altro, prevede espressamente che le Regioni si impegnino a promuovere, presso le Aziende sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente 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, a trasmettere attraverso uno specifico programma informativo, il SIMES, i dati relativi agli eventi avversi e il contenzioso, collaborino alla stesura di linee guida sulla prevenzione

del rischio, inducano le Aziende sanitarie ad adottare le opportune misure per rendere efficiente e sicuro l'utilizzo dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti.

Le azioni sopra descritte devono inoltre essere poste in relazione, sia a livello regionale che aziendale, con il contenzioso al fine di pervenire, grazie all'opera di prevenzione e ad una attenta gestione dei casi, ad una riduzione della sinistrosità e dell'onere conseguente.

Ciò premesso, si evidenzia come sia ora necessario passare da una prima fase propositiva e istitutiva del progetto rischio clinico che ha visto, secondo gli indirizzi contenuti nella D.G.R. n. 14-8500 del 31 marzo 2008, la costituzione in tutte le Aziende sanitarie dell'Unità di gestione del rischio clinico, gruppo interdisciplinare di governo del settore, la diffusione di linee guida per il contrasto di alcuni dei principali fattori di rischio in ambito ospedaliero e un iniziale progetto formativo a valenza regionale, ad una seconda fase di consolidamento e sviluppo del progetto stesso che richiede necessariamente supporti di tipo strutturale e organizzativo non convenientemente reperibili o attivabili all'interno dell'Assessorato cui spetta il coordinamento generale dell'attività del Gruppo regionale.

Ci si riferisce in particolare:

- alla raccolta e analisi di tutti i dati necessari al monitoraggio dell'evoluzione della gestione del rischio aziendale nell'ottica dell'istituzione degli audit clinici per quanto concerne gli eventi sentinella, gli eventi avversi di particolare significato, le segnalazioni negative professionali e dell'implementazione delle azioni di miglioramento legate alla valutazione della qualità percepita;
- alla raccolta e analisi delle procedure per la sicurezza del paziente in atto presso le Aziende sanitarie e le strutture private accreditate propedeutiche alla valutazione sull'applicazione delle stesse da parte del Gruppo regionale anche al fine della loro diffusione a livello regionale;
- alla raccolta, analisi e archiviazione dei verbali degli audit di particolare valenza tenutisi nelle Aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate;
- al supporto metodologico alle Aziende sanitarie e alle strutture private accreditate per la stesura e l'applicazione di procedure, di audit clinici, di analisi di cause radice degli eventi;
- al supporto organizzativo alla implementazione del sistema informativo regionale per quanto riguarda la trasmissione al Ministero dei dati relativi al rischio clinico;
- alla organizzazione e gestione degli eventi formativi a rilievo regionale.

Considerato che con D.G.R. n. 82-7309 del 29 ottobre 2007 è stata affidata all'A.O.U. San Giovanni Battista la gestione del programma di assicurazione 2008 – 2010 per la copertura dei rischi di natura sanitaria nella Regione Piemonte e che tale funzione è strettamente correlata alle attività inerenti il presente provvedimento, si ritiene opportuno affidare all'Azienda stessa la funzione di supporto alla Regione nello sviluppo della rete regionale per la gestione del rischio clinico come sopra descritto.

Per l'espletamento di questa funzione che richiede un supporto di tipo professionale sanitario, informatico, amministrativo, all'Azienda è riconosciuta una quota aggiuntiva nell'ambito del finanziamento annuale sulla base dei costi sostenuti e rendicontati.

Tutto ciò premesso e condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi espressi nelle forme di legge, la Giunta Regionale,

vista la D.C.R. 24.10.07 n. 137-40212 di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale;

vista la D.G.R. n. 82 – 7309 del 29.10.07 di delega all'A.S.O. San Giovanni Battista della gestione del programma di assicurazione 2008 – 2010 per la copertura dei rischi di natura sanitaria;

---

vista l'Intesa Stato – Regioni – Province Autonome rep. 116/CSR del 20.03.08 concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure,

d e l i b e r a

- di affidare all'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino la funzione di supporto regionale nello sviluppo della rete regionale per la gestione del rischio clinico con particolare riferimento a:
  - o raccolta e analisi di tutti i dati necessari al monitoraggio dell'evoluzione della gestione del rischio aziendale nell'ottica dell'istituzione degli audit clinici per quanto concerne gli eventi sentinella, gli eventi avversi di particolare significato, le segnalazioni negative professionali e dell'implementazione delle azioni di miglioramento legate alla valutazione della qualità percepita;
  - o raccolta e analisi delle procedure per la sicurezza del paziente in atto presso le Aziende sanitarie e le strutture private accreditate propedeutiche alla valutazione sull'applicazione delle stesse da parte del Gruppo regionale anche al fine della loro diffusione a livello regionale;
  - o raccolta, analisi e archiviazione dei verbali degli audit di particolare valenza tenutisi nelle Aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate;
  - o supporto metodologico alle Aziende sanitarie e alle strutture private accreditate per la stesura e l'applicazione di procedure, di audit clinici, di analisi di cause radice degli eventi;
  - o supporto organizzativo alla implementazione del sistema informativo regionale per quanto riguarda la trasmissione al Ministero dei dati relativi al rischio clinico;
  - o organizzazione e gestione degli eventi formativi a rilievo regionale;
- di riconoscere all'Azienda stessa, per l'espletamento di questa funzione, una quota aggiuntiva nell'ambito del finanziamento annuale sulla base dei costi sostenuti e rendicontati.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(Omissis)

La Presidente  
della Giunta Regionale  
Mercedes BRESSO

Direzione Affari Istituzionali  
e Avvocatura  
Il funzionario verbalizzante  
Roberta BUFANO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 9 marzo 2009.

pa/ 



REGIONE  
PIEMONTE

Direzione Sanità  
direzioneB20@regione.piemonte.it

Il Direttore

Data 10-04-2009

Protocollo 12768 /B2000

Sigg.ri Direttori Generali  
Aziende Sanitarie Regionali

Sigg.ri Direttori Sanitari

Sigg.ri Responsabili / Coordinatori  
Unità Gestione Rischio Clinico

e p.c.: Sig. Direttore A.Re.S.S. Piemonte  
Dr. Oscar Bertetto

Sig. Direttore Uff. III Progr. Sanitaria  
Dr. Alessandro Ghirardini

Sig. Direttore Age.na.s  
Dr. Fulvio Moirano

LORO SEDI

Oggetto: Trasmissione DGR n. 8-10923 del 9 marzo 2009 e disposizioni attuative.

Si trasmette, per dovuta conoscenza e i primi provvedimenti di competenza come di seguito indicati, copia della D.G.R. n. 8-10923 del 9 marzo 2009 di affidamento all'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino della funzione di supporto regionale per la gestione del rischio clinico che ha identificato, come soggetto attuatore di tale funzione, la struttura complessa aziendale Qualità, Risk Management e Accreditamento diretta dal Dott. Marco Rapellino.

In attuazione della suddetta deliberazione vengono attivati, con decorrenza immediata, i progetti relativi alla raccolta, analisi e trasmissione al Ministero dei dati sugli eventi sentinella, progetto 1, e alla raccolta, analisi e trasmissione all'Age.na.s. delle buone pratiche, "call for good practice 2009".

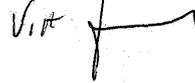
Corso Regina  
Margherita 153 bis  
10122 - Torino  
Tel. 011.432.1529  
Fax. 011.432.4110

Si invitano pertanto le SS.LL. a dare attuazione a detti progetti che intendono, oltre che a soddisfare obblighi di legge, dare sistematicità a debiti informativi (eventi sentinella) e programmi aziendali (buone pratiche) già presenti nella maggior parte delle Aziende sanitarie.

Per eventuali chiarimenti e approfondimenti in materia le SS.LL. potranno fare riferimento direttamente alla struttura complessa sopra indicata ai numeri telefonici 011.633.42.21 – 011.633.43.37 e agli indirizzi e-mail: [mrappellino@molinette.piemonte.it](mailto:mrappellino@molinette.piemonte.it) - [iraciti@molinette.piemonte.it](mailto:iraciti@molinette.piemonte.it) - [rmosso@molinette.piemonte.it](mailto:rmosso@molinette.piemonte.it) - [ufiandra@molinette.piemonte.it](mailto:ufiandra@molinette.piemonte.it).

Cordiali saluti.

Vittorio DEMICHELI



GR

---

## PROGETTO 1

### **RACCOLTA, ANALISI E TRASMISSIONE DATI SUGLI EVENTI SENTINELLA A LIVELLO REGIONALE**

A seguito dell'intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, SIMES, che si allega, che prevede, fra l'altro la raccolta sistematica informatizzata degli eventi sentinella già individuati dall'Osservatorio nazionale e confermati dal SIMES.

In considerazione delle modifiche apportate dal SIMES nelle modalità di trasmissione ed archiviazione dei dati relativi agli eventi sentinella finora adottate le Aziende sanitarie e la struttura complessa qualità, risk management e accreditamento, di seguito QRMA, dell'A.O.U. San Giovanni Battista si dovranno perseguire gli obiettivi e attenersi alla procedura di seguito indicati:

#### **Obiettivi del progetto sono:**

- corretto inserimento delle segnalazioni relative agli eventi sentinella nel database nazionale e regionale SIMES;
- standardizzazione delle procedure di analisi delle cause sottese agli eventi sentinella da parte delle Aziende sanitarie regionali;
- acquisizione di un sistema omogeneo di segnalazione in tutte le Aziende sanitarie regionali relativamente agli eventi sentinella.

#### **Gli obiettivi saranno perseguiti tramite:**

- raccolta e valutazione centralizzata dei dati relativi agli eventi sentinella con decorrenza 1° gennaio 2009;
  - disponibilità ad attività di consulenza e supporto alle Aziende sanitarie regionali da parte di QRMA nella definizione delle strategie più indicate per l'analisi delle cause sottese ai singoli eventi sentinella;
  - raccolta e valutazione dei dati emersi dalle analisi effettuate;
  - invio da parte di QRMA al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, tramite il programma SIMES, dei dati relativi agli eventi sentinella occorsi ed all'analisi delle cause.
-

**Procedura:**

**A. compiti delle Aziende sanitarie:**

- al verificarsi di un evento sentinella l'Azienda sanitaria regionale interessata compilano la scheda del disciplinare tecnico SIMES, allegato A, e la fanno pervenire entro 5 giorni a QRMA ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

[mdeleonardis@molinette.piemonte.it](mailto:mdeleonardis@molinette.piemonte.it),

[vchessa@molinette.piemonte.it](mailto:vchessa@molinette.piemonte.it)

- compilano successivamente la scheda B che dovrà pervenire entro 42 giorni alla QRMA ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

[mdeleonardis@molinette.piemonte.it](mailto:mdeleonardis@molinette.piemonte.it)

[vchessa@molinette.piemonte.it](mailto:vchessa@molinette.piemonte.it)

Si precisa che le schede A e B fanno parte del "Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella" consultabile e stampabile all'indirizzo web:

<http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=238&menu=sicurezza>

**B. compiti di QRMA:**

- conferma l'avvenuta ricezione della scheda di segnalazione A e ne valuta la corretta compilazione;
  - richiede eventuali integrazioni o chiarimenti in caso di incongruenze;
  - valida e inserisce i dati nel database SIMES entro 2 giorni;
  - effettua attività di supporto nella scelta della tecnica di analisi delle cause più indicata (RCA, audit clinico, etc.) o nella soluzione di eventuali problemi procedurali
  
  - confermare l'avvenuta ricezione della scheda di segnalazione B e valuta l'analisi delle cause effettuata;
  - richiede eventuali integrazioni o chiarimenti in caso di riscontro di incongruenze;
  - valida e inserisce i dati nel database SIMES entro 3 giorni.
-

Si riporta, per comodità di consultazione, la lista degli eventi sentinella contenuta nel disciplinare tecnico SIMES, allegato A:

#### **Lista degli eventi sentinella**

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

## PROGETTO 2

### RACCOLTA, ANALISI E TRASMISSIONE “CALL FOR GOOD PRACTICE” REGIONE PIEMONTE 2009

Dal 2008 l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s) promuove la raccolta, valorizzazione e diffusione delle “buone pratiche” adottate dalle strutture sanitarie del territorio nazionale per la gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente.

Tutte le strutture sanitarie accreditate, pubbliche e private, del SSN tramite il coordinamento degli assessorati regionali, possono segnalare all'Osservatorio Buone Pratiche le esperienze già realizzate che rappresentino interventi concreti finalizzati ad una più consapevole ed efficace gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente.

Le finalità dell'iniziativa sono:

- promuovere e divulgare le esperienze di successo ampliando la base di conoscenza dell'archivio web disponibile e consultabile sul sito dell'Age.na.s così da consentire la valorizzazione delle esperienze attuate a livello locale/regionale e permettere a tutte le strutture sanitarie di “imparare” dalle esperienze altrui e “migliorare” i propri servizi;
- favorire il monitoraggio regionale delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti attuate sul territorio di riferimento;
- promuovere e favorire il trasferimento delle buone pratiche a livello regionale e nazionale;
- promuovere azioni volte a diffondere la cultura della valutazione esterna della qualità e della sicurezza;
- informare gli utenti/cittadini circa le iniziative, valide e di qualità, attivate per il governo del rischio clinico sul territorio nazionale, nonché sulla localizzazione e l'impatto di esse.

La *call for good practice* 2009 intende prestare un'attenzione particolare alle esperienze attuate dalle strutture sanitarie del territorio nazionale che rappresentino esempi di implementazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in tema di eventi sentinella.

In considerazione delle modalità previste dall'Age.na.s. per l'attuazione della *call for good practice* 2009 a livello nazionale e dalla D.G.R. n. 8-10923 del 9 marzo 2009 a livello regionale si definiscono le seguenti modalità operative:

- QRMA promuove la raccolta delle segnalazioni di *buone pratiche* per la gestione del rischio clinico e la sicurezza messe in atto dalle strutture sanitarie accreditate, pubbliche e private, del territorio regionale;
  - acquisisce, classifica e standardizza il format delle *buone pratiche* segnalate;
  - invia all'Age.na.s le schede di segnalazione pervenute in accordo con le modalità stabilite dall'Agenzia e previa validazione da parte del Gruppo Regionale Rischio Clinico.
-

Il materiale necessario per la segnalazione delle buone pratiche sarà disponibile a partire dal 15 aprile 2009 sul sito <http://www.agenas.it/>

Al fine di pervenire al suddetto risultato QRMA:

- chiede a tutte le Aziende sanitarie regionali di individuare un referente per la raccolta delle buone pratiche;
  - acquisisce, classifica e standardizza il format delle esperienze di *buona pratica* entro il 20 giugno 2009;
  - trasmette la documentazione ricevuta al Gruppo Regionale per la Gestione del Rischio clinico entro il 1 luglio 2009 per la validazione;
  - inviare la documentazione validata all'Age.na.s entro il 15 luglio 2009;
  - trasmette ai referenti delle ASR la rendicontazione dei progetti inviati (ottobre 2009);
  - organizza un evento informativo a livello regionale per la divulgazione delle *buone pratiche* più significative individuate, febbraio 2010.
-