

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura definisce la modalità di comunicazione del quasi evento o dell'evento avverso al Referente Rischio Clinico.

Redazione

D.ssa Emilia Fiscaro Referente Rischio Clinico Aziendale
Dr.ssa Concetta Barbagallo Coordinatore Esperto Servizio Infermieristico
Dr.ssa Francesca Papa Dirigente Medico Coordinamento Area territoriale
Dr.ssa Carmela Caruso Sociologa URP
Dr.ssa Rosalba Sica Dirigente Medico Ospedalità Privata
Avv. Filippa Morina Responsabile U.O. Affari Legali

Verifica

Dott. Alfio Cristaudo Referente U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dott. Domenico Barbagallo Direttore Sanitario

Ratifica

Dott. Gaetano Sirna Commissario Straordinario

La presente procedura è l'edizione 0 rev. 02 del 28/11/2013

Sommario

PREMESSA	pag 3
1.SCOPO	pag3
2.CAMPO DI APPLICAZIONE.....	pag3
4.TERMINI E DEFINIZIONI.....	pag3
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	pag 4
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO... ..	pag 5
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	pag 6
8. INDICATORI.....	pag 6
9.GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	pag 6
10. ARCHIVIAZIONE	pag 6
11. DOCUMENTI RICHIAMATI.....	pag 7

PREMESSA

Per “near-misses” si intende un evento evitato, un quasi evento.

E' un errore che ha la potenzialità di dare origine ad un danno che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

La segnalazione coinvolge gli operatori e li sensibilizza alla sicurezza del paziente e avviene attraverso la compilazione di una scheda specificatamente redatta.

1. SCOPO

La procedura è un processo di rilevazione e segnalazione di near-miss, di eventi avversi e di eventi sentinella attraverso la compilazione di una scheda di " Incident Reporting", che raccoglie dati e informazioni per prevenire gli errori di terapia, mediante la comprensione degli errori più comuni . E' usata per:

- costruire una banca dati empirica aziendale degli eventi;
- individuare aree di criticità organizzative ed eventualmente carenze di sistema per la conseguente attivazione di percorsi di miglioramento;
- coinvolgere gli operatori e sensibilizzarli al tema della gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo strumento di rilevazione si deve utilizzare in tutti i settori e servizi sanitari ospedalieri **pubblici e privati**, nonché ambulatoriali dell'ASP di Catania.

La scheda deve essere confidenziale, volontaria, non punitiva e, se si preferisce, anonima.

3. RIFERIMENTI

- **D.A. 12 Agosto 2011** "Approvazione dei nuovi Standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico"
- **Standard JCI (QPS .8 – MMU.7.1)**
- **Delibera ASP di Catania n° 3160 del 30/12/2010** "Gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti"

4. TERMINI E DEFINIZIONI

IR: incident reporting

RC: Rischio Clinico

DS : Direzione Sanitaria

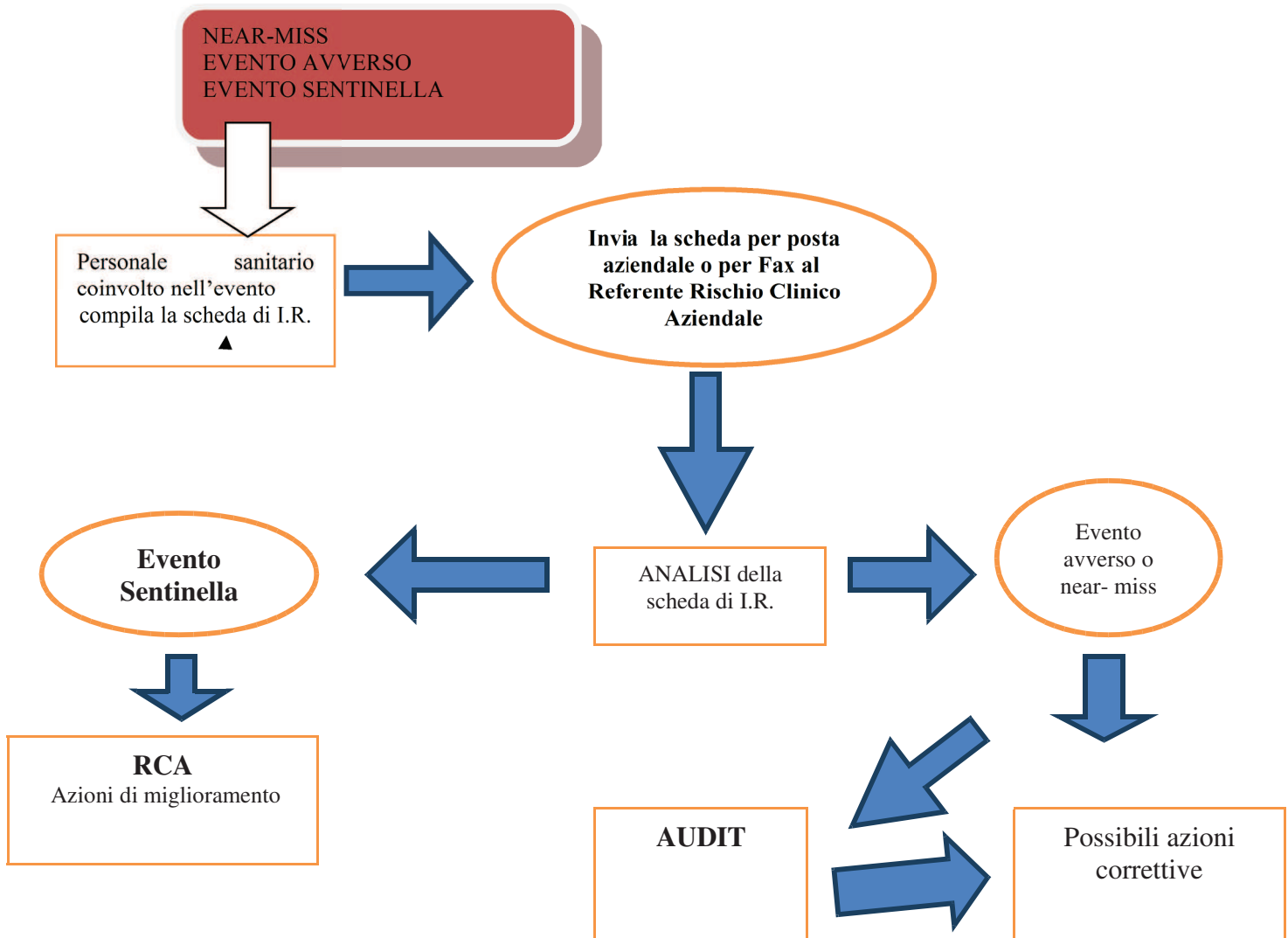
RM : Risk Manager

UU.OO.:unità operative

Cps: capo sala

SQA: Sistema Qualità Aziendale

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO



6.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Figura che svolge attività → Descrizione attività ↓	Caposala Infermiere di reparto o di ambulatorio	Medico di reparto o Specialista ambulatoriale	Farmacista
Compilazione schede di Incident Reporting	R	R	R
Raccolta schede e invio	R	R	R

R: responsabile

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il personale sanitario di qualsiasi ordine e grado, purché coinvolto nell'evento, compila la scheda di segnalazione, scheda di INCIDENT REPORTING.

La invia, a mezzo posta aziendale o per Fax, al Referente Aziendale Rischio Clinico che la analizzerà.

Se si tratta di un near-miss o di un evento avverso, senza danno o con danno lieve/medio, si può programmare un audit con l'U.O. Sistema Qualità Aziendale e proporre azioni di miglioramento future, nelle quali può essere coinvolta, se necessario, anche la Direzione.

Se viene comunicato un evento sentinella, il Referente Rischio Clinico organizza un incontro tra coloro che sono coinvolti nell'evento, per una analisi dei fattori che seguendo una linea temporale di causa-effetto, conduca alla causa radice che ha prodotto l'evento.

Seguono azioni correttive che per competenza, possono coinvolgere solo il Reparto, altri Servizi, e, se necessario, la Direzione.

E' importante precisare che l'analisi dei fattori è confidenziale e l'emergere dell'errore non è colpevolizzante, ma, al contrario, ognuno dei partecipanti alla RCA deve imparare dall'errore.

8. INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Qualità Organizzativa	Completezza	n. schede pervenute / n. totale eventi avversi	> 80%
	Rintracciabilità		

9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Tutte le volte che la procedura viene applicata in modo differente da quello programmato deve essere considerata non conforme e deve essere annotata nel modulo M_ PGQ-8-1_01 "Segnalazione di Non Conformità".

10. ARCHIVIAZIONE

Codice	Denominazione	Periodo archiviazione ¹	Responsabile archiviazione	Luogo archiviaz.
PGS	Procedure Generali Sanitarie	3 anni	RQ / UOQ	RQ / UOQ

Codice	Denominazione	Periodo archiviazione ²	Responsabile archiviazione	Luogo archiviaz.
M_PGS-RC-7-01_01	Scheda di Incident Reporting	illimitato	RM	RM
M_PGS-RC-7-01_02	Scheda segnalazione errore gestione farmaco			

11. DOCUMENTI RICHIAMATI

- M_PGS-RC-7-01_01 Scheda di Incident Reporting
- M_PGS-RC-7-01_02 Scheda segnalazione errore gestione farmaco

¹

²



PROCEDURA

Near - Misses

PGS- RC-7-01

Ed. 0 Rev. 02
Data 28/11/2013

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 01

Ed. 0 Rev.02

Motivo della revisione:

Semplificazione della modulistica

Semplificazione della procedura di trasmissione delle schede al RM

Data

02/11/2012

28/11/2013



PROCEDURA

PGS-RC-7-01

Near - Misses

**Ed. 0 Rev. 01
Data 02/11/2012**

Redazione

Dr.ssa Emilia Fiscaro

Dr.ssa Francesca Papa

Dr.ssa Concetta
Barbagallo

Dr.ssa Carmela Caruso

Dr.ssa Rosalba Sica

Avv. Filippa Morina

Verifica

Dott. Alfio Cristaudo

Approvazione

Dott. Domenico
Barbagallo

Ratifica

Dott. Gaetano Sirna