



## Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella

Codice PR-001-DIR-001

Data 21/02/12

### REDAZIONE

Struttura di appartenenza	Cognome e nome	Funzione/Qualifica	Firma
U.O. Qualità e Progettazione	Francesco Fulvio Monterosso	Responsabile Dirigente Sociologo	
U.O. Qualità e Progettazione	Gaetano Desti	Dirigente Medico	
U.O. Risk Management	Amedeo Casiglia	Responsabile Dirigente Psicologo	
U.O. Risk Management	Luigi Pulichino	Dirigente Medico	

### APPROVAZIONE

Macrostruttura	Cognome e nome del Responsabile	n. protocollo e data	Firma
Direzione Sanitaria Aziendale	Anna Rita Mattaliano	1124/DSA DEL 21/02/12	

### REVISIONI

#### I° revisione

Data prevista \_\_\_\_\_ codice di revisione \_\_\_\_\_

Esito \_\_\_\_\_ Proposta da \_\_\_\_\_

Approvata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### II° revisione

Data prevista \_\_\_\_\_ codice di revisione \_\_\_\_\_

Esito \_\_\_\_\_ Proposta da \_\_\_\_\_

Approvata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## 1. SCOPO

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 individua, tra le azioni strategiche e gli obiettivi da raggiungere nel triennio, la promozione della sicurezza del paziente e la gestione del Rischio Clinico e sottolinea come l'approccio sistemico sia alla base del governo clinico.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha istituito (G.U.R.I. n. 8 del 12 gennaio 2010) un apposito flusso dati, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità - SIMES, con lo scopo di:

- rilevare delle informazioni relative agli Eventi Sentinella, cioè quegli eventi di particolare gravità indicativi di un serio malfunzionamento del sistema sanitario;
- rilevare delle informazioni relative alle denunce dei sinistri in modo da determinare il rischio infortunistico e assicurativo, eliminando l'asimmetria nei rapporti contrattuali con le compagnie di assicurazione.

Tramite il flusso SIMES, Regioni e Aziende Sanitarie sono nelle condizioni di utilizzare una modalità univoca di sorveglianza e di gestione degli eventi sentinella sul territorio nazionale.

L'ASP di Palermo ha implementato un sistema per la gestione del Rischio Clinico che prevede il coinvolgimento dei Presidi Ospedalieri e delle singole Unità dei presidi stessi, dei Dipartimenti Sanitari Ospedalieri e Territoriali, dell'U.O. Comunicazione e Informazione, dell'U.O. Gestione Sinistri, dell'U.O. Formazione, dell'U.O. Qualità e Progettazione e dell'U.O. Risk Management.

A tale scopo, è stata definita una rete di collaborazione composta dal responsabile dell'U.O. Risk Management, un referente per ciascun Presidio Ospedaliero ed un referente per la qualità e rischio clinico in ciascuna UU. OO. del Presidio Ospedaliero.

Inoltre, all'interno di ciascun Dipartimento Sanitario Territoriale è stato istituito un gruppo di lavoro sulla Sicurezza del paziente.

## 1.2 DESCRIZIONE ATTIVITÀ

### **Protocollo per la segnalazione e trasmissione degli eventi sentinella**

L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza di un evento avverso) ha l'obbligo di comunicare tempestivamente quanto accaduto al responsabile dell'U.O. Risk Management (tramite telefono 091/7032089 cell. 3351676646).

Il referente del Rischio Clinico del Presidio Ospedaliero o il responsabile dell'U.O. coinvolta nell'evento, (nel caso in cui l'evento sia accaduto in una UU.OO. afferente ad un Dipartimento Sanitario Territoriale), reperiscono e predispongono tutta la documentazione e le informazioni disponibili relative al caso al fine di comprendere i fattori e le cause e, parallelamente, compilano e trasmettono l'apposita **scheda A - flusso SIMES** al responsabile dell'U.O. Risk Management che avvia immediatamente un'analisi preliminare dell'evento per stabilire se soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella.

Se da tale indagine risulta che l'accaduto rientra tra gli eventi sentinella di seguito elencati e descritti, il responsabile dell'U.O. Risk Management propone alla Direzione Strategica la costituzione di una commissione per l'analisi delle cause profonde che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento e trasmette, entro e non oltre 3 giorni dall'accaduto, l'evento sentinella al Ministero della Salute tramite Flusso SIMES.

La commissione, analizzata la documentazione e le informazioni inerenti al caso, avvia una Root Causes Analysis.

Alla luce dei risultati della RCA, la commissione individua le possibili azioni di miglioramento per la sicurezza del paziente e collabora alla stesura della scheda B del flusso SIMES.

Il responsabile dell'U.O. Risk Management invia al Ministero della Salute tramite flusso SIMES la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti, entro e non oltre 45 giorni dalla data dell'evento.

#### **Tempistica:**

1. L'operatore comunica **immediatamente** l'evento avverso al responsabile dell'U.O. Risk Management (091/7032089 cell. 3351676646);
2. Il referente del rischio clinico del Presidio Ospedaliero o il responsabile dell'U.O. coinvolta (nel caso di Dipartimenti Sanitari Territoriali) reperisce e predispone tutta la documentazione disponibile e, contestualmente, compila e trasmette la scheda A al responsabile dell'U.O. Risk Management;
3. Il responsabile dell'U.O. Risk Management, nel caso in cui siano soddisfatti i criteri di inclusione dell'accaduto tra gli eventi sentinella definiti dal Ministero della Salute, trasmette la scheda A tramite flusso SIMES al Ministero della Salute;
4. Entro sette giorni dalla data dell'evento viene istituita una commissione interna che provvede ad effettuare una Root Causes Analysis e definisce le eventuali misure di miglioramento;

5. Il responsabile dell'U.O. Risk Management, alla luce dei risultati della commissione, compila ed invia, entro e non oltre quarantacinque giorni dalla data dell'evento, la scheda B al Ministero della Salute.

### **1.3 SPECIFICHE**

#### **EVENTI SENTINELLA**

Il Ministero della Salute definisce evento sentinella un *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.*

#### **LISTA 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 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 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 imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico.
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno.

**Oltre ai succitati Eventi Sentinella individuati dal Ministero della Salute, la Joint Commission International ha inserito, tra gli standard per la gestione del rischio clinico 2011, i seguenti eventi sentinella per i quali vigono le modalità di trasmissione e di intervento definite nel presente protocollo:**

- I. Decesso inatteso non associato al decorso naturale della patologia o del quadro clinico del paziente (ad esempio: suicidio);
- II. Grave perdita permanente di funzionalità non associata al decorso naturale della patologia o del quadro clinico del paziente;
- III. Intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliata;
- IV. Rapimento di neonato o neonato mandato a casa con i genitori sbagliati.

**Per gli eventi sentinella individuati dalla Joint Commission International che non rientrano tra gli eventi sentinella definiti dal Ministero della Salute, non è necessaria la trasmissione tramite flusso SIMES.**

Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano i seguenti esiti o condizioni cliniche:

- Morte.
- Disabilità permanente.
- Coma.
- Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione.
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente.
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva.
- Reintervento chirurgico.
- Rianimazione cardio respiratoria.
- Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura.
- Tutti gli errori trasfusionali da incompatibilità AB0 rientrano nella definizione di evento sentinella, anche nel caso in cui non appaia un danno evidente.

## **SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI EVENTI SENTINELLA**

### **n. 1 - Procedura in paziente sbagliato**

#### ***Descrizione***

Esecuzione di procedura chirurgica o invasiva su un paziente diverso da quello che necessita l'intervento. Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici o le procedure invasive (ad es. radiologia interventistica), eseguiti in urgenza, in regime di ricovero (ordinario e day surgery) e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

#### ***Razionale***

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad errore di compilazione, di trasferimento e/o di scambio della documentazione clinica, ad una non corretta richiesta di informazioni alla persona assistita ed ai familiari. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

#### ***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, registro operatorio e qualsiasi altra documentazione utile al riguardo (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

#### ***Note***

È disponibile sul sito del Ministero della salute la *Raccomandazione n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.*

### **n. 2 - Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)**

#### ***Descrizione***

Esecuzione di una procedura chirurgica sul paziente corretto, ma su un lato, organo o parte del corpo sbagliata. Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici eseguiti in urgenza, in regime di ricovero (ordinario e day surgery) e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

#### ***Razionale***

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad errori di compilazione, di trasferimento e/o di scambio della documentazione clinica, di difficoltà nella comprensione e non adeguata richiesta e controllo delle informazioni alla persona assistita ed ai familiari.



Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, registro operatorio e qualsiasi altra documentazione o fonte utile al riguardo (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

***Note***

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la ***Raccomandazione n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.***

**n. 3 - Errata procedura su paziente corretto**

***Descrizione***

Esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta che provoca morte o grave danno al paziente.

***Razionale***

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad errori di compilazione, di trasferimento e/o di scambio della documentazione clinica, di difficoltà nella comprensione e non adeguata richiesta e controllo delle informazioni alla persona assistita ed ai familiari. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, registro operatorio e qualsiasi altra documentazione o fonte utile al riguardo (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

***Note***

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la ***Raccomandazione n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura***

**n. 4 - Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure**

***Descrizione***

Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico nel corso di un intervento che richiede un successivo intervento. Sono compresi tutti gli strumenti chirurgici, le garze, gli aghi da sutura, gli elementi dello strumentario (viti di divaricatori, frammenti di aghi da anestesia locale, frammenti di drenaggi chirurgici, ecc.) e altro materiale connesso all'esecuzione dell'intervento, ma non intenzionalmente lasciato nella sede chirurgica.

#### ***Razionale***

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto a mancata o non adeguata applicazione delle procedure di conteggio degli strumenti e altro materiale chirurgico.

Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

#### ***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, registro operatorio e qualsiasi altra documentazione o fonte utile al riguardo (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

#### ***Note***

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la ***Raccomandazione n.2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.***

### **n. 5 - Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0**

#### ***Descrizione***

Reazione trasfusionale causata da incompatibilità dei gruppi AB0. Sono incluse tutte le reazioni trasfusionali da incompatibilità AB0 indipendentemente dal livello di gravità del danno.

#### ***Razionale***

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative nella gestione delle diverse fasi del processo trasfusionale dal prelievo del campione per la tipizzazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti e/o una insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad errata compilazione, trasferimento e scambio della documentazione clinica, difficoltà nella comprensione della richiesta, scambio di provette o sacche di sangue, disattenzione da parte dell'operatore sanitario. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di



formazione e addestramento del personale.

**Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella**

Documentazione clinica, registri di laboratorio ed qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

**Note**

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la *Raccomandazione n.5 per la prevenzione della reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0*.

È disponibile sul sito dell'ASP Palermo il manuale sul buon uso del sangue.

**Evento sentinella n. 6 - Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica**

**Descrizione**

Morte, coma o grave danno conseguente ad errore nel corso di una terapia farmacologica condotta in ospedale. Viene incluso anche lo shock anafilattico in paziente con anamnesi positiva per allergia al farmaco che lo ha determinato.

Esclusione: le reazioni avverse da farmaco, gli effetti collaterali o altre reazioni non determinate da errori.

**Razionale**

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari, nonché una non idonea formazione. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

**Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella**

Documentazione clinica e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

**Note**

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la *Raccomandazione n.7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*.

**n. 7 - Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto**

**Descrizione**

Morte materna o malattia grave correlata al travaglio (spontaneo o indotto) e/o parto e puerperio.

### *Razionale*

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza di procedure assistenziali, la sottovalutazione dei fattori di rischio, l'insufficiente comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti/familiari. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

### *Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella*

Documentazione clinica, incluso certificato di assistenza al parto, documentazione inerente il decorso della gravidanza e qualsiasi altra fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.)..

### *Note*

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la *Raccomandazione n.6 per la prevenzione della Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.*

## **n. 8 - Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita**

### *Descrizione*

Mortalità o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g., non affetto da patologie congenite quali patologie malformative, genetiche, infettive, metaboliche o di altro tipo non compatibili con la vita.

### *Razionale*

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza di procedure assistenziali, la sottovalutazione dei fattori di rischio, l'insufficiente comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto a ritardi/omissioni terapeutiche e assistenziali gravi durante il parto o la vita perinatale. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

### *Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella*

Documentazione clinica riguardante la madre e il neonato, incluso il certificato di assistenza al parto e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni.

## **n. 9 - Morte o grave danno per caduta di paziente**

### *Descrizione*

Morte o grave danno conseguente a caduta di paziente in strutture sanitarie.

**Razionale**

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad una sottovalutazione dei fattori di rischio inerenti i pazienti (ad es. età, precedenti cadute, assunzione di determinati farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti) o dei fattori di rischio legati all'ambiente (ad es. pavimenti scivolosi, gradini non sicuri, carenza di illuminazione, mancanza di punti d'appoggio).

Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

**Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella**

Documentazione clinica e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

**Note**

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la **Raccomandazione n.13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie**.

**n. 10 - Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale**

**Descrizione**

Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente avvenuto all'interno dell'ospedale.

**Razionale**

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto alla mancanza di una procedura idonea alla presa in carico del paziente, alla sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente, alla inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio, ad una non conforme idoneità ambientale. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

**Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella**

Documentazione clinica e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

### *Note*

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la *Raccomandazione n.4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.*

### **n. 11 - Violenza su paziente**

#### *Descrizione*

Qualsiasi tipo di violenza (commissiva od omissiva) su paziente da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie e che provoca un danno.

#### *Razionale*

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari e può indicare una insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di aggressione all'interno delle strutture sanitarie. In particolare l'evento può essere dovuto a scarsa vigilanza, possibile stress e burn-out del personale, nonché carenza di informazione e formazione. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

#### *Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella*

Documentazione clinica, incluso reclami presentati all'URP, e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

### **n. 12 - Atti di violenza a danno di operatore**

#### *Descrizione*

Violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno.

#### *Razionale*

Le violenze compiute a danno degli operatori rappresentano un importante causa di infortunio occorso sul lavoro. L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie. In particolare l'evento può essere dovuto a scarsa vigilanza, sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche, difficoltà relazionale tra operatori e utenza. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare

un'attività di formazione del personale.

***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica e qualsiasi altra fonte utile alla raccolta delle informazioni, incluso le denunce depositate presso gli uffici deputati alla pubblica sicurezza e registri INAIL.

***Note***

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la *Raccomandazione n.8 per prevenire gli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari.*

**n. 13 - Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)**

***Descrizione***

Decesso o grave danno del paziente conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto intra o extraospedaliero, sia nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza 118 che riguardo all'assistenza programmata. Viene incluso ogni malfunzionamento del sistema di trasporto, sia intraospedaliero che extraospedaliero, di tipo terrestre, aereo o navale, che interessa pazienti adulti o pediatrico-neonatali e che comporta morte o grave danno del paziente a causa del verificarsi di uno o più dei seguenti momenti: mancato o intempestivo raggiungimento del luogo dell'evento da parte del mezzo di soccorso; invio di un mezzo inappropriato rispetto al tipo di emergenza o rispetto alle condizioni oro-geografiche del territorio o rispetto alla locale situazione meteorologica; interruzione o ritardo del trasporto a causa di improvvisa avaria meccanica, incidente legato a impiego poco sicuro del mezzo di trasporto o a utilizzo da parte di personale medico o infermieristico non addestrato; invio di un mezzo di trasporto inadeguato per carente corredo di presidi sanitari o di dispositivi di trattamento dell'emergenza o per presenza di personale sanitario non qualificato o non idoneo al trattamento del tipo di emergenza.

***Razionale***

Il verificarsi dell'evento indica una carenza organizzativa o logistica del sistema di trasporto che può riguardare l'addestramento del personale, la condivisione e l'impiego da parte degli operatori sanitari coinvolti di protocolli di valutazione e trasferimento dei pazienti, il coordinamento operativo ed il sistema di comunicazione pre-trasporto, la manutenzione periodica dei mezzi di trasporto sia sotto il profilo dell'efficienza meccanica che della dotazione di presidi sanitari e dispositivi per il trattamento dell'emergenza, l'utilizzo dei mezzi nel rispetto di condizioni di sicurezza.

Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il

profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, referti del Pronto Soccorso, Centrale operativa 118, schede di trasporto e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

***Note***

È disponibile la procedura aziendale sul trasporto secondario.

**n. 14 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso**

***Descrizione***

Decesso o grave danno del paziente conseguente ad errata assegnazione del codice di gravità a seguito dell'applicazione del triage sul luogo dell'evento, su mezzi di soccorso, nella Centrale operativa 118, all'interno del pronto soccorso di ospedale.

Sono inclusi tutti i pazienti cui è stato assegnato, da parte del personale cui è affidata la codifica, un codice di gravità sottostimato rispetto alla reale severità clinica con conseguente decesso o grave danno a causa del mancato o ritardato intervento medico o dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.

Esclusioni: pazienti in cui l'errata attribuzione del codice triage non altera la tempestività dell'intervento medico e non produce conseguenze negative sul paziente in quanto la sottostima comporta un differimento della tempestività e tipologia dell'intervento non rilevante per l'esito.

***Razionale***

Il verificarsi dell'evento indica un malfunzionamento del sistema di triage a causa di una scarsa condivisione e conoscenza dei protocolli da parte del personale coinvolto o a causa di un cattivo adattamento locale dei protocolli usati presso la struttura oppure una condizione di carente addestramento e formazione del personale infermieristico assegnato. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla revisione dei protocolli di triage o per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, referti del Pronto Soccorso, Centrale operativa 118, schede di triage e qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).



### **n. 15 - Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico**

#### ***Descrizione***

Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico, indipendentemente dalla complessità dell'intervento.

Esclusioni: tutti gli eventi avversi conseguenti alle condizioni cliniche del paziente ed attribuibili ad una quota di rischio intrinseco.

#### ***Razionale***

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e linee guida per la sicurezza nel percorso chirurgico, l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari, inadeguata gestione del personale, carente formazione ed addestramento, inadeguata supervisione degli operatori. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

#### ***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, registro operatorio e qualsiasi altra documentazione o fonte utile al riguardo (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).

### **n. 16 - Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente**

#### ***Descrizione***

Ogni altro evento avverso, dovuto ad errore, non compreso tra gli eventi sentinella considerati nelle schede da 1 a 15 che causa morte o grave danno al paziente.

#### ***Razionale***

Il verificarsi dell'evento è indicativo di possibili carenze organizzative, di non sufficiente o inadeguata formazione degli operatori, di mancanza di comunicazione tra operatori, elementi che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

#### ***Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella***

Documentazione clinica, registro operatorio e qualsiasi altra documentazione o fonte utile al riguardo (procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.).