SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Regione Emilia-Romagna

Agenzia sanitaria e sociale regionale

LA SANITÀ PENITENZIARIA DOPO LA RIFORMA
Il modello dell'Emilia-Romagna ed altre esperienze regionali

Bologna 30 maggio 2013

Progetto Prisk: gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari

Cristiano Pelati
Giovanni Sessa

Il progetto PRISK

Nasce nell'ambito del bando regionale FRM 2010-2012

Si colloca nell'Articolazione A. :

finalizzata a finanziare progetti di **cambiamento (clinico, organizzativo, gestionale) individuati come necessari per dare seguito e velocizzare l'implementazione operativa delle politiche di sviluppo del SSR.**

a.7 Percorso per la gestione del rischio clinico nelle carceri;
che prevede almeno la partecipanti di n. 3 Ausl.

Il progetto PRISK

Tipologia dello studio

Si tratta di uno studio di tipo interventistico “before and after”, della durata di 24 mesi, che vede il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie nel cui territorio insiste una casa cirdondariale:

- ✓**Piacenza**
- ✓**Parma**
- ✓**Reggio Emilia**
- ✓**Modena**
- ✓**Bologna**
- ✓**Ferrara**
- ✓**Forlì**
- ✓**Ravenna**
- ✓**Rimini**

e un cofinanziamento regionale pari a €. 130.000,00

Il progetto PRISK

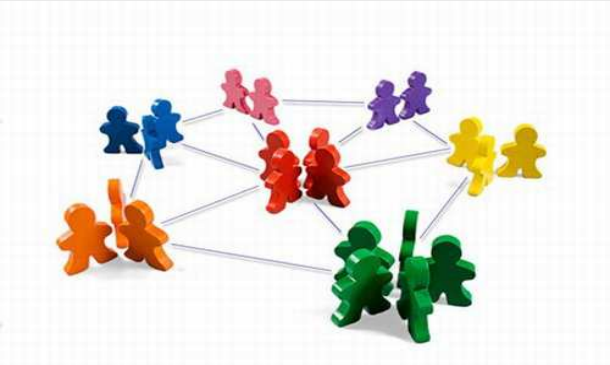
Gli attori:

✓**Il *Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri* afferente alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna ;**

✓**L'*Ausl di Ferrara* come azienda capo fila del progetto;**

✓**Il *Coordinamento regionale del programma di medicina penitenziaria* con ruolo di comitato tecnico-scientifico del progetto ;**

✓**Le *Reti aziendali del rischio clinico nell'ambito della medicina penitenziaria, nate con il progetto*;**



Il progetto PRISK

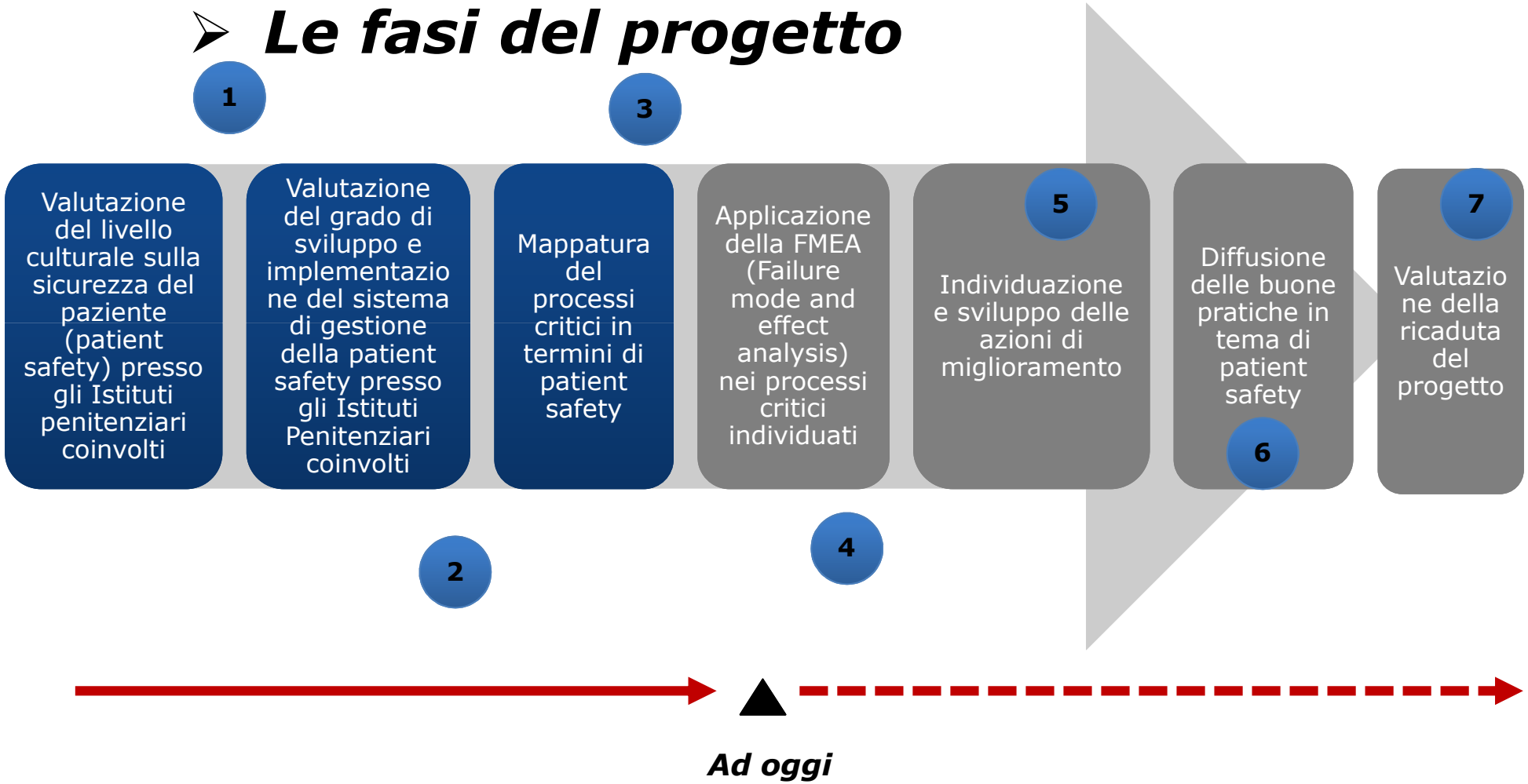
Obiettivo del progetto

Migliorare il sistema di gestione del rischio clinico nell'assistenza dei detenuti negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia Romagna attraverso:

- *L'implementazione della cultura della sicurezza;*
- *La capacità dell'organizzazione di apprendere dagli errori mediante l'introduzione di un sistema di incident reporting;*
- *L'auto-valutazione del sistema di gestione del rischio clinico mediante l'utilizzo di una specifica check list (prima e dopo);*
- *La definizione di una mappa dei rischi specifici;*
- *La riduzione dell'I.R. analizzando i processi prioritari con il metodo FMEA e attivando azioni di miglioramento;*
- *La diffusione di buone prassi tecnico-professionali e di procedure per la gestione del rischio clinico;*

Il progetto

➢ *Le fasi del progetto*



1	**Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente**
2	Valutazione del sistema di gestione del rischio
3	Apprendere dagli errori: le segnalazioni spontanee
4	Mappatura dei processi critici
5	I prossimi passi

Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente

Finalità

Valutare il livello culturale sulla sicurezza del paziente (patient safety) negli operatori sanitari operanti negli Istituti penitenziari

Modalità di sviluppo

Somministrazione di un questionario dedicato al tempo «0» e dopo 18 mesi

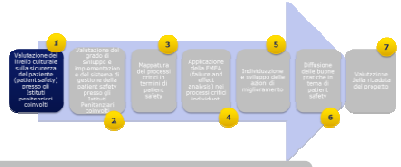
Partecipanti:

121 operatori

- Referenti medici della Medicina penitenziaria
- Infermieri
- Psicologi
- Altre professionalità

Istituti penitenziari coinvolti	
• Casa circondariale di Bologna	• Istituti penitenziari di Parma
• Casa circondariale di Ferrara	• Casa circondariale di Piacenza
• Casa circondariale di Forlì	• Casa circondariale di Ravenna
• Casa circondariale di Modena	• Casa circondariale di Reggio Emilia
• Casa circondariale di Rimini	

Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente



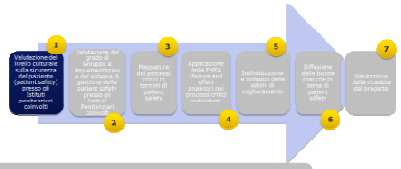
Metodologia di analisi

Il questionario è strutturato in sette sezioni identificate con lettere dalla A alla G:

- Sez. A *Organizzazione/Ambiente di lavoro* (18 item);
- Sez. B *Comunicazione* (6 item);
- Sez. C *Frequenza degli eventi* (3 item);
- Sez. D *Livello di Patient Safety*;
- Sez. E *Numero eventi segnalati* ;
- Sez. F *Altre informazioni* (ruolo professionale, contatti con i pazienti, anzianità di servizio);

Il questionario è anonimo e si basa sul percepito dell'operatore.

Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente



Metodologia di analisi

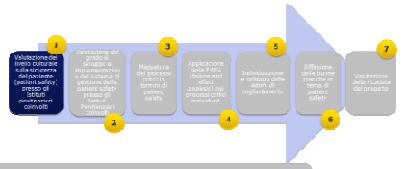
- I dati raccolti tramite il questionario sono stati elaborati sia per singola sezione, sia in forma aggregata (più sezioni a confronto)
- Le chiavi di lettura delle sezioni sono le seguenti:

	Chiave lettura Sezione A	Chiave lettura Sezione B	Chiave lettura Sezione C	Chiave lettura Sezione D
1	Completamente in disaccordo	Completamente in disaccordo	Mai	Mediocre
2	In disaccordo	In disaccordo	Raramente	Scarso
3	Incerto	Incerto	Qualche volta	Accettabile
4	In accordo	In accordo	Quasi sempre	Buono
5	In completo accordo	In completo accordo	Sempre	Eccellente
NULL	No risposta	No risposta	No risposta	No risposta

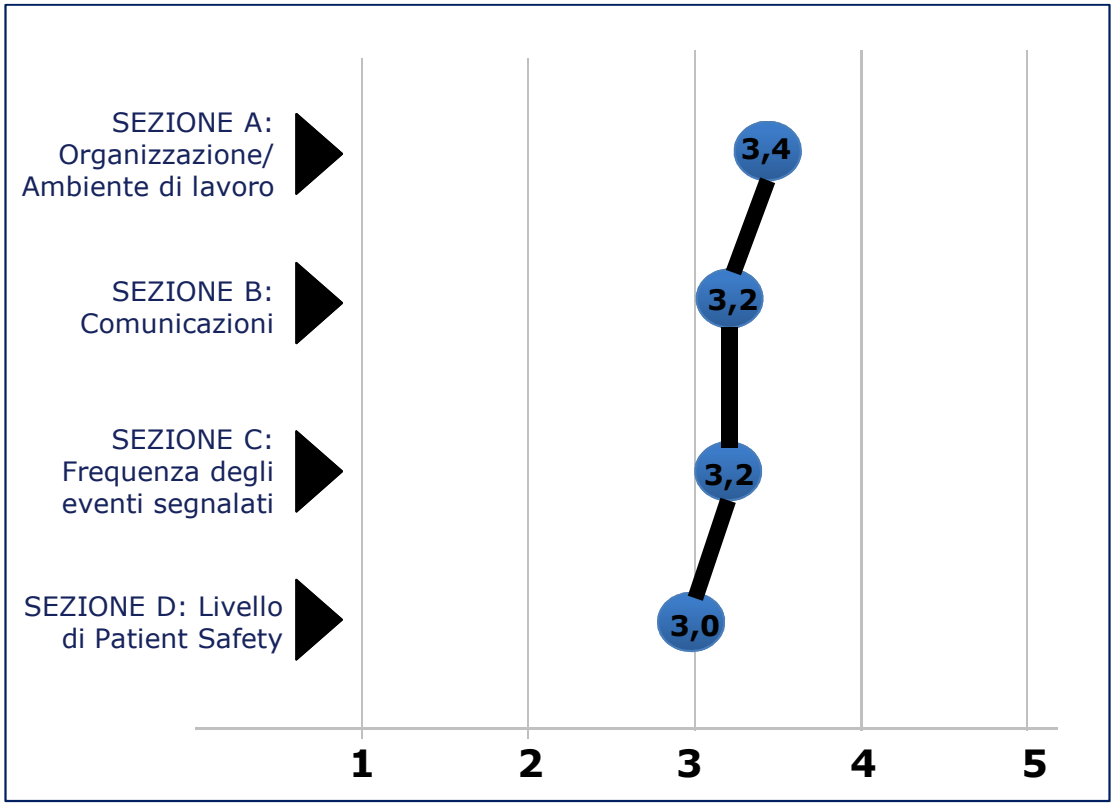
Chiave lettura Sezione E

a.	Nessun evento segnalato
b.	Tra 1 e 2 eventi segnalati
c.	Tra 3 e 5 eventi segnalati
d.	Tra 6 e 10 eventi segnalati
e.	Tra 11 e 20 eventi segnalati
f.	21 o più eventi segnalati

Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente



Punteggio medio per singola Sezione: visione complessiva



☹ - ⟷ + ☺

Estratto della elaborazione complessiva

Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente

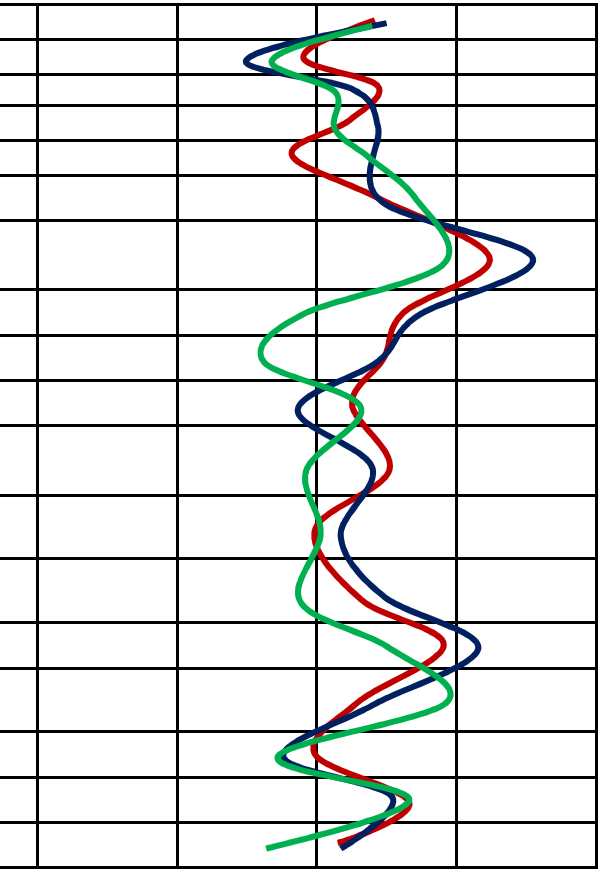
Sezione A
Organizzazione /Ambiente di lavoro

Sezione F
Ruolo nella struttura

Infermiere
Medico
Psicologo

Punteggio medio per il ruoli
Visione complessiva (aggregata)

	1	2	3	4	5
1. Il personale sanitario addetto alla medicina penitenziaria si da reciproco supporto					
2. Il personale sanitario è sufficiente per far fronte al carico di lavoro					
3. Quando il piano di attività richiede maggiore impegno si lavora in team per portarlo a termine					
4. Il personale sanitario si relaziona con rispetto reciproco					
5. Il personale sanitario lavora più ore di quante previste per erogare cure adeguate al detenuto					
6. Stiamo sviluppando attività per migliorare la patient safety dei detenuti					
7. La continuità/stabilità del personale che fornisce assistenza negli istituti di pena può contribuire a fornire cure adeguate/sicure ai detenuti					
8. Il personale percepisce che i propri errori si ripercuotano su di se stesso					
9. Gli errori hanno portato a cambiamenti positivi					
10. E' solo per caso che errori più seri non capitino in questo contesto					
11. Quando una parte del gruppo di lavoro è fortemente impegnata altri operatori intervengono per dare una mano					
12. Quando un evento indesiderato viene segnalato da un operatore lo stesso percepisce che l'organizzazione lo ritiene responsabile					
13. Gli eventuali cambiamenti apportati per migliorare la gestione del rischio clinico dei detenuti vengono valutati in termini di impatto sulla patient safety					
14. Può capitare di lavorare in "emergenza", di fare troppe cose e troppo in fretta					
15. C'è il rischio che si sacrifichi la patient safety dei detenuti per concludere tutte le attività programmate					
16. Il personale si preoccupa di segnalare i propri errori dandone evidenza documentale					
17. Sono percepiti dagli operatori sanitari problemi di patient safety dei detenuti nell'istituto di pena					
18. Le nostre procedure e i nostri sistemi sono efficaci nella prevenzione degli errori di tipo clinico					



Estratto della elaborazione complessiva

In disaccordo ⟷ In completo accordo

Analisi di correlazione

Sezione A *Organizzazione /Ambiente di lavoro*	Sezione F *Ruolo nella struttura*

Considerazioni

Il comportamento tra le tre figure coinvolte risulta tendenzialmente allineato, in particolare si rileva un maggiore allineamento tra medici e infermieri

Si evidenziano comunque alcuni gap tra le risposte date, in particolare nelle domande 8 «Il personale percepisce che i propri errori si ripercuotano su di loro», 9 «Gli errori hanno portato a cambiamenti positivi» e 14 «Può capitare di lavorare in "emergenza", di fare troppe cose e troppo in fretta» emerge un disaccordo maggiore da parte degli psicologi rispetto ai medici ed agli infermieri

1	Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente
2	**Valutazione del sistema di gestione del rischio**
3	Apprendere dagli errori: le segnalazioni spontanee
4	Mappatura dei processi critici
5	I prossimi passi

Valutazione del sistema di gestione del rischio

Finalità

Valutare il grado di adesione, da parte degli Istituti di pena coinvolti nel progetto, ad un sistema di gestione del rischio clinico

Modalità di sviluppo

Il questionario nasce da un adattamento di quello regionale utilizzato per la valutazione del Sistema di Risk Managment nelle aziende sanitaria; (fonti di letteratura considerate: Racc. n. 7/2006 Comitato Ministri UE, Modello Accreditation Canada, Circolare n. 15/2012 RER "Percorso Clinico-Assistenziale per le persone detenute")

Modalità di somministrazione

Somministrazione, ad ogni Istituto coinvolto, di un questionario dedicato al tempo «0» e dopo 18 mesi. Il questionario è stato auto compilato da ogni team aziendale

Partecipanti

- I 9 team aziendali del rischio clinico nell'ambito della medicina penitenziaria

Valutazione del sistema di gestione del rischio

Metodologia di analisi

Il questionario è strutturato in sette sezioni identificate con lettere dalla A alla I, secondo ambiti specifici:

- Sez. A *Leadership e cultura della sicurezza* (3 item);
- Sez. B *Apprendere dall'esperienza* (4 item);
- Sez. C *Capacità di rispondere agli eventi clinici maggiori* (4 item);
- Sez. D *Informazione, consenso, relazione e comunicazione con il paziente* (4 item);
- Sez. E *Inserimento, formazione e competenze* (5 item);
- Sez. F *Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza* (19 item);
- Sez. G *Promozione della Saluta*;
- Sez. H *Altre informazioni relative al team*;

Valutazione del sistema di gestione del rischio

Metodologia di analisi

- Le chiavi di lettura delle sezioni A-G sono le seguenti:

#	Chiave lettura Sezione A	Chiave lettura Sezione B	Chiave lettura Sezione C	Chiave lettura Sezione D	Chiave lettura Sezione E	Chiave lettura Sezione F	Chiave lettura Sezione G
1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	no	no	no	no	no	no	no
3	si	si	si	si	si	si	si
4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NULL	No risposta	No risposta	No risposta	No risposta	No risposta	No risposta	No risposta

Valore assegnato	Significato della valutazione
NO	Il requisito non è posseduto. A tutt'oggi l'argomento non è stato preso in considerazione.
no	La decisione di impegnarsi sull'argomento è già stata presa. L'Organizzazione si sta attrezzando per soddisfare quanto richiesto dal requisito. L'argomento è stato discusso o esistono decisioni e progetti scritti sul come affrontarlo o esiste un progetto in fase di sviluppo, di sperimentazione. Esistono prassi consolidate.
sì	Solo una parte del criterio è realizzata, o la realizzazione non è completa. Esistono prassi consolidate e parzialmente documentate.
SI	Il requisito è posseduto pienamente e la documentazione relativa è in ordine.

Valutazione del sistema di gestione del rischio

Punteggio medio per singola Sezione: visione complessiva

Estratto della elaborazione complessiva

☹ - ⟷ + ☺

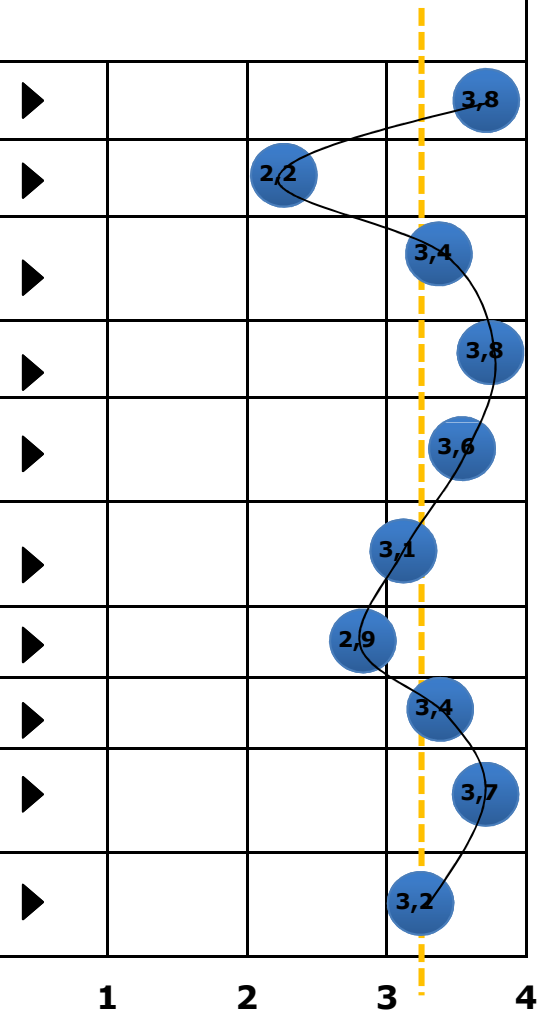
Valutazione del sistema di gestione del rischio

Sezione F

Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza

F. All'interno dell'Istituto in cui lavorate (prima parte):

1. Sono chiaramente definite le modalità di compilazione, archiviazione e rintracciabilità della cartella clinica/sanitaria del detenuto e/o di altra sua documentazione clinica	3,8
2. **Sono definite le modalità di verifica dell'esito del PAI (piano assistenziale individualizzato) e di continuità in caso di dimissione/trasferimento del detenuto**	2,2
3. Sono disponibili e correttamente applicate procedure per la valutazione, in fase di accoglienza del detenuto, comprendenti anche la valutazione del rischio di comportamenti auto ed etero aggressivi	3,4
4. **Nel caso di rischio di comportamenti auto ed etero aggressivi, vengono definite e attivate misure di prevenzione tra cui un supporto psicologico al detenuto**	3,8
5. Sono disponibili e correttamente applicate procedure per la gestione delle emergenze intra-carcere: procedure di rianimazione cardio-respiratorie, attivazione dei soccorsi, trasporto del detenuto in sedi appropriate alle condizioni cliniche	3,6
6. Sono presenti procedure di integrazione con i servizi offerti in caso di emergenza/urgenza (118) per le patologie crono dipendenti (arresto cardiaco, IMA, Stroke, overdose, avvelenamenti, ...)	3,1
7. **Sono chiaramente identificate le catene di responsabilità nella gestione delle emergenze intra-carcere, inclusa l'individuazione per il detenuto interessato di un referente sanitario**	2,9
8. Sono disponibili e correttamente applicate procedure finalizzate alla prevenzione del rischio infettivo ed alla gestione degli eventuali casi di infezioni	3,4
9. **E' attivo un sistema strutturato di sorveglianza in grado di identificare casi di infezioni e di mettere in atto le misure di intervento tra cui l'eventuale isolamento, la segnalazione agli organi competenti e l'assistenza e gestione clinica del detenuto**	3,7
10. E' prevista una periodica valutazione dei casi di infezione al fine di analizzarne le cause ed attivare azioni di prevenzione e azioni di prevenzione sono diffusi al personale dell'Istituto e ai detenuti	3,2



Estratto della elaborazione complessiva

Punteggio medio 3,2

Valutazione del sistema di gestione del rischio

Sezione F

Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza

F. All'interno dell'Istituto in cui lavorate (seconda parte):

11. Sono disponibili e correttamente applicate procedure finalizzate a garantire la corretta gestione e conservazione dei farmaci	3,9
12. Le procedure forniscono chiare indicazioni sulle modalità di gestione dei farmaci ad alto rischio (es. soluzioni saline concentrate)	3,6
13. **Le procedure forniscono chiare indicazioni sulle modalità di gestione dei farmaci stupefacenti**	3,9
14. **Le procedure forniscono chiare indicazioni sulle modalità verifica delle scadenze, reintegro delle scorte, gestione dei farmaci portati dai detenuti.**	3,9
15. **L'avvenuta somministrazione dei farmaci viene documentata ed è parte integrante della cartella sanitaria, dove viene tenuta traccia anche della riconciliazione farmacologica nel momento della presa in carico del detenuto**	2,6
16. **Sono presenti protocolli/procedure per la gestione delle principali patologie acute della popolazione carceraria**	2,4
17. Sono disponibili e correttamente applicate procedure finalizzate a garantire il corretto funzionamento dei dispositivi medici, in particolare le apparecchiature elettromedicali, presenti nel suo Istituto, con la finalità di prevenire eventi avversi riconducibili ad un loro malfunzionamento	3,3
18. La manutenzione delle apparecchiature elettromedicali (attività di manutenzione, verifiche periodiche di sicurezza, controlli di qualità e prove funzionali) è sempre pianificata e programmata e sono conservate le registrazioni degli interventi effettuati	3,6
19. **Sono presenti procedure per il riconoscimento/identificazione del detenuto durante le procedure assistenziali**	2,1
20. Sono presenti procedure relative all'invio in Pronto Soccorso	3,0
21. Sono presenti procedure relative all'accesso alle indagini diagnostiche/prestazioni specialistiche ospedaliere	2,9

1 2 3 4

Estratto della elaborazione complessiva

Punteggio medio 3,2

Esiti complessivi

Sezione F
Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza

Considerazioni

La gestione clinico organizzativa dell'assistenza tratta diversi aspetti procedurali. Complessivamente gli Istituti evidenziano una aderenza ai requisiti con un valore medio che si attesta sul valore «si piccolo»

Alcune procedure risultano implementate in maniera più robusta, quali per esempio le misure di prevenzione per evitare comportamenti etero-aggressivi, la sorveglianza sui possibili casi di infezione, la gestione di alcuni farmaci (farmaci pericolosi, stupefacenti, ecc.) e le relative modalità di monitoraggio delle scadenze e delle scorte (domande F.4, F.9, F.13 e F.14)

Segue

Esiti complessivi

Sezione F
Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza

Alcune procedure risultano meno mature, quali per esempio il PAI, la catena delle responsabilità nella gestione delle emergenze intra-carcere, la riconciliazione dei farmaci e la documentazione dell'avvenuta somministrazione dei farmaci, nonché la gestione delle patologie acute e le modalità di identificazione del detenuto durante lo svolgimento delle procedure assistenziali (domande F.2, F.7, F.15 e F.16 ed F.19): tutte queste voci hanno ottenuto una valutazione molto al di sotto della media complessiva

Esiti complessivi

Sezioni A-B-C-D-E-F-G

Considerazioni

Mediamente gli Istituti coinvolti nel progetto hanno espresso un livello di aderenza ai requisiti del sistema di gestione del rischio clinico che si attesta tendenzialmente sul «si piccolo», ovvero i requisiti risulta essere in parte rispettati, con prassi consolidate e parzialmente documentate.

La sezione B Apprendere dall'esperienza presenta un maggiore gap (punteggio medio pari a 2,0), mentre la Sezione D legata ai criteri di informazione, consenso informato, relazione e comunicazione con il detenuto e promozione della sicurezza risulta avere un maggiore grado di copertura (punteggio medio pari a 3,4)

Esiti complessivi

I gap prioritari: *domande che hanno ottenuto i punteggi più bassi*

Rif. domanda	Gap prioritari (aree che risultano scarsamente implementate)	Punteggio medio
A1.3	▪ **Formazione** in tema di rischio clinico	1,8
B.2	▪ Sistema di raccolta e analisi delle **segnalazioni di incidenti e quasi incidenti**	1,7
C.3	▪ **Comunicazione degli eventi clinici maggiori** alle parti interessate	1,8
D.4	▪ **Promozione della patient safety** con il coinvolgimento dei detenuti	2,6
E.1	▪ **Competenza e addestramento** adeguato a tutto il personale in tema di patient safety, soprattutto prima che questi affronti tecniche / attività nuove	2,6
F.19	▪ **Riconoscimento / identificazione del detenuto** durante le procedure assistenziali	2,1
G.1	▪ Valutazione regolare dei bisogni assistenziali dei detenuti al fine di fornire **programmi di monitoraggio delle patologie croniche e di prevenzione e promozione della salute**	3,0

1	Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente
2	Valutazione del sistema di gestione del rischio
3	**Apprendere dagli errori: le segnalazioni spontanee**
4	Mappatura dei processi critici
5	I prossimi passi

Apprendere dagli errori: le segnalazioni spontanee

Finalità

Introdurre uno strumento (scheda di Incident reporting) per la raccolta delle segnalazioni degli eventi e dei quasi eventi (near-miss) indesiderati allo scopo di fornire una base di analisi relativa a tipologia, fattori contribuenti, conseguenze, esito e azioni intraprese per ogni evento accaduto.

Modalità di sviluppo

Sulla base della scheda di Incident reporting regionale, utilizzata per le attività ambulatoriali, si è proceduto, con il contributo dei professionisti della medicina penitenziaria, a contestualizzare i contenuti standardizzando sia le tipologie di accadimento che i fattori contribuenti

Sperimentazione della scheda

E' in corso di sperimentazione l'utilizzo della scheda da presso tutti i servizi di medicina penitenziaria della RER

Operatore che segnala l'evento e ruolo professionale, dati relativi al detenuto (dati facoltativi)

Luogo, data e fascia oraria in cui è avvenuto l'accadimento Tipologia di prestazione

Descrizione dell'evento "*come si sono svolti i fatti*": cosa è successo, dove è successo, quando è successo, chi si è accorto dell'accadimento e come si poteva prevenire l'evento

Fattori contribuenti: legati al paziente/detenuto, al personale, al sistema, ecc. (è possibile indicare più di una risposta)

Annotazione se a seguito dell'evento è stato e meno necessario eseguire ulteriori indagini e prestazioni sanitarie

Struttura	*Inserire nome della Struttura*		
Tipologia di accadimento (criticità/evento)	☐ Caduta ☐ Evento auto etero aggressivo ☐ Inesatta identificazione paziente ☐ Malfunzionamento o inadeguato uso dispositivi/apparecchiature	☐ Mancata/ritardata /errata /inadeguata gestione farmaci ☐ Ritardata/inadeguata/mancata/ errata procedura diagnostica ☐ Complicanza clinica non prevedibile ☐ Infezione	☐ Mancata/ritardata/inadeguata prestazione assistenziale ☐ Evento collegato a problema strutturale ☐ Inadeguata procedura terapeutica
	Altra tipologia (specificare):		
Operatore che segnala	*Nome e Cognome (facoltativo)*		
	Qualifica ☐ Medico ☐ Coordinatore ☐ Infermieri	☐ Assistente Sociale ☐ Educatore ☐ Psicologo	☐ Personale di supporto ☐ Altro .....
Paziente	*Nome e Cognome (facoltativo)* *N° scheda nosologica*	Anno di nascita	Sesso ☐ M ☐ F
Luogo evento	☐ Area Sanitaria (specificare):..... ☐ Sezione detenzione (specificare):..... ☐ Spazi comuni (specificare):	☐ Altro.....	
Data evento	Data Ora	fascia oraria ☐ Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Sera ☐ Notte ☐ Festivo	
Tipo di prestaz.	☐ Urgente	☐ Programmata	☐ Estemporanea
Fase assistenziale	☐ Accoglienza	☐ Periodo di assistenza	☐ Dimissione

Descrizione dell'evento (in modo sintetico, ma esaustivo) Che cosa è successo? Dove? Come e perché è successo? Chi si è accorto che stava accadendo/è accaduto? Come è stato trattato nell'immediato l'evento?

Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). specificare.

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	☐	*Fattori legati al sistema*	Staff inadeguato/insufficiente	☐
	Non cosciente/scarsamente orientato	☐		Insufficiente addestramento/inserimento	☐
	Poca/mancata autonomia	☐		Gruppo nuovo/inesperto/elevato turnover	☐
	Barriere linguistiche/culturali	☐		Scarsa continuità assistenziale	☐
	Mancata adesione al progetto terapeutico	☐		Protocollo/procedura inesistente/ambigua	☐
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	☐		Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedure	☐
	Presa scorciatoia/regola non seguita	☐		Mancata/inadeguata comunicazione	☐
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	☐		Mancato/inadeguato apparecch. /dispositivo	☐
	Fatica/stress	☐		Mancata/inadeg. manutenzione appar/dispositivo	☐
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	☐		Mancato/inadeguato materiale di consumo	☐
	Inadeguata supervisione/tutoraggio	☐		Inadeguata gestione interfaccia	☐
	Difficoltà nel lavoro di equipe	☐		Inadeguata organizzazione cambio turno	☐
	Mancata verifica preventiva apparecch./dispostivi	☐		Ambiente inadeguato	☐
	Mancata/inadeguata informazione/comunicazione al paziente	☐		Interferenze ambientali	☐

Altri fattori (specificare):

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini/prestazioni sanitarie? ☐ **SI** ☐ **NO**

☐ Intervento chirurgico/ reintervento chir	☐ Indagine di laboratorio	☐ Consulenza specialistica
☐ Ricovero ordinario	☐ Indagine radiologica	☐ Medicazione
☐ ECG	☐ Visita medica	☐ Altro.....

Gravità del danno secondo la scala di 1 a 8 guidata dai relativi descrittori. (valori 1 e 2 collegati al quasi evento, da 3 a 8 ad eventi occorsi (esito effettivo).

Rischio futuro: possibilità di riaccadimenti di eventi analoghi e il possibile esito di un evento analogo

Analisi delle cause: individuazione delle possibili cause che hanno portato all'accadimento (è possibile indicare più di una risposta)

Azioni di riduzione del rischio identificabili al momento della segnalazione (se ve ne sono, riportare quali e grado di rilevanza)

ESITO DELL'EVENTO (indicare solo una risposta)

Quasi Evento	SITUAZIONE PERICOLOSA – Condizione rischiosa	Livello 1 ☐
	EVENTO INTERCETTATO – Evento occorso, ma intercettato (prima del coinvolgimento del paziente)	Livello 2 ☐
Evento effettivo	NESSUN ESITO – Evento occorso che non richiede visita medica/ osservazioni/ monitoraggi extra	Livello 3 ☐
	ESITO MINORE – Evento occorso che ha richiesto visita medica/ rivalutazione/ osservazioni/ monitoraggi extra (es. rilevazione parametri vitali)	Livello 4 ☐
	ESITO MODERATO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali (esecuzione/ ripetizione di esame del sangue/ urine/ ecografia/ Rx, …) e/o trattamenti semplici (bendaggi, analgesici, ..)	Livello 5 ☐
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali complessi (TAC/ RM/ Angio,…) o trattamenti complessi (ammine vasoattive, cortisonici, antagonisti, suture, ecc.) e/o modifica/cancellazione del trattamento programmato	Livello 6 ☐
	ESITO SIGNIFICATIVO – evento occorso che ha richiesto ammissione in ospedale o prolungamento (significativo) della degenza e/o condizioni che permangono alla dimissione e/o trasferimento in terapia semi-intensiva/intensiva non pianificato e/o intervento chirurgico non programmato	Livello 7 ☐
	ESITO SEVERO – Disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 ☐

VALUTAZIONE DEL RISCHIO FUTURO

Probabilità di riaccadimento di eventi analoghi	☐ Raro (> 5 anni)	☐ Basso (ogni 1-5 anni)	☐ Medio (annuale)
	☐ Alto (mensile)	☐ Altissimo (settimanale)	
Possibile gravità clinica in tipologia di accadimento analogo	☐ Nessuno (livelli 1-2-3)	☐ Minore (livello 4)	☐ Moderato (livello 5)
	☐ Medio (livello 6)	☐ Severo (livelli 7-8)	

CAUSE DELL'EVENTO *(è possibile indicare più di una risposta)*

Fattori Umani

☐ Fallimento conoscenza
☐ Mancata/inadeguata competenza
☐ Mancata vigilanza/supervisione
☐ Distrazione/ disattenzione/regola disattesa
☐ Mancato coordinamento
☐ Confusione/fretta/scorciatoia operativa

Fattori organizzativi sanitari

☐ Inadeguatezza della programmazione delle attività
☐ Mancanza o inadeguatezza protocolli/procedure
☐ Inadeguatezza risorse (umane/tecniche/materiali)
☐ Mancanza o incompletezza nel passaggio comunicazioni/informazioni
☐ Resistenza al cambiamento/scarsa collaborazione
☐ Inadeguata definizione dei ruoli e delle responsabilità delegate

Altri fattori

☐ Criticità strutturali/ambientali dell'istituto di pena
☐ Criticità organizzative e di interfaccia esterne
☐ Mancata coordinamento tra procedure sanitarie e quanto previsto dall'Ordinamento Penitenziario
☐ Barriere linguistiche culturali (paziente)
☐ Mancata adesione al progetto terapeutico da parte del paziente

Le AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO sono identificabili al momento della segnalazione

☐ SI ☐ NO ☐ In corso di definizione

Se SI compilare quadro sottostante (è possibile indicare più di una risposta)

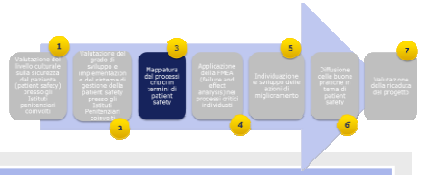
☐ Stesura/revisione protocollo/ procedura/ documentazione	☐ Acquisizione/sostituzione/riparazione presidi/attrezzatura /tecnologie
☐ Riorganizzazione personale/processo	☐ Cambiamenti strutturali/logistici
☐ Formazione/addestramento personale	☐ Altro
Specificare	
Specificare gli strumenti utilizzati o che si programma di utilizzare (raccolta ulteriori informazioni, audit, SEA, discussione con equipe, root cause analysis,…)	

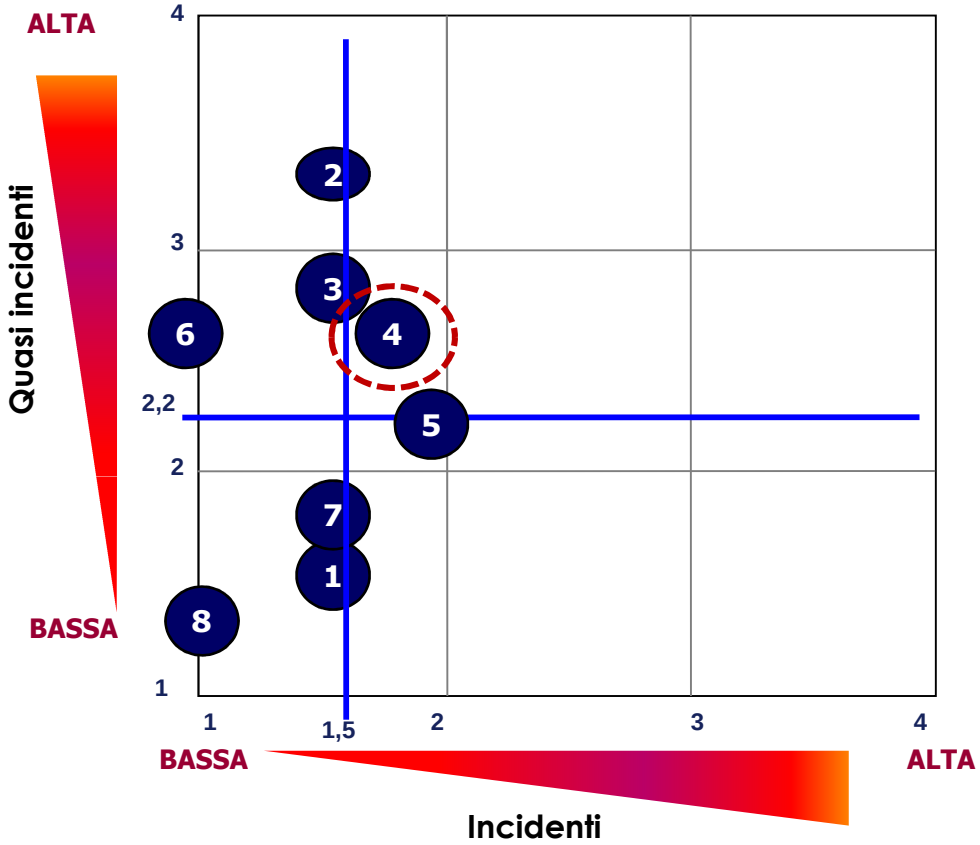
SI ☐ Evento Sentinella Class. Min. Salute	Le azioni di Riduzione del Rischio hanno una rilevanza:
SI ☐ Evento Critici Classificati Amm. Penit.	☐ Di singolo Istituto ☐ Di rilievo Regionale

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi similari. Per questo, **in caso di eventi previsti in altri sistemi di segnalazione (es. farmacovigilanza, dispositivovigilanza, emovigilanza, Infortuni sul lavoro,…..) è necessario compilare le schede specifiche dei diversi sistemi .**
2. La prima parte della scheda può essere compilata anche in forma anonima, e in ogni caso, dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **qualsiasi dato riguardante l'operatore e il paziente verrà reso anonimo .**

1	Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente
2	Valutazione del sistema di gestione del rischio
3	Apprendere dagli errori: le segnalazioni spontanee
4	**Mappatura dei processi critici**
5	I prossimi passi

3 Mappatura dei processi critici





Elenco dei processi

1Gestione emergenze crono-dipendenti	1,3	1,5
2 Gestione della terapia medica	3,3	1,5
3 Gestione consulenze specialistiche interne	2,8	1,5
4 Gestione consulenze specialistiche esterne	2,5	1,8
5 Gestione del paziente psichiatrico	2,3	2,0
6. Gestione del paziente infettivo	2,5	1,0
7 Gestione del paziente cardiologico	1,8	1,5
8.Gestione del paziente tossicodipendente	1,3	1,0

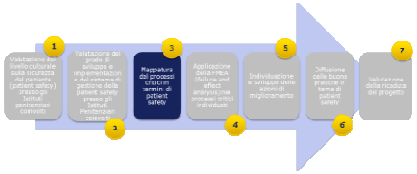
PROCESSI PRIORITARI:

1°: Processo: Gestione consulenze specialistiche esterne

2°: Processo: Gestione del paziente psichiatrico

Esempio analisi di un Istituto

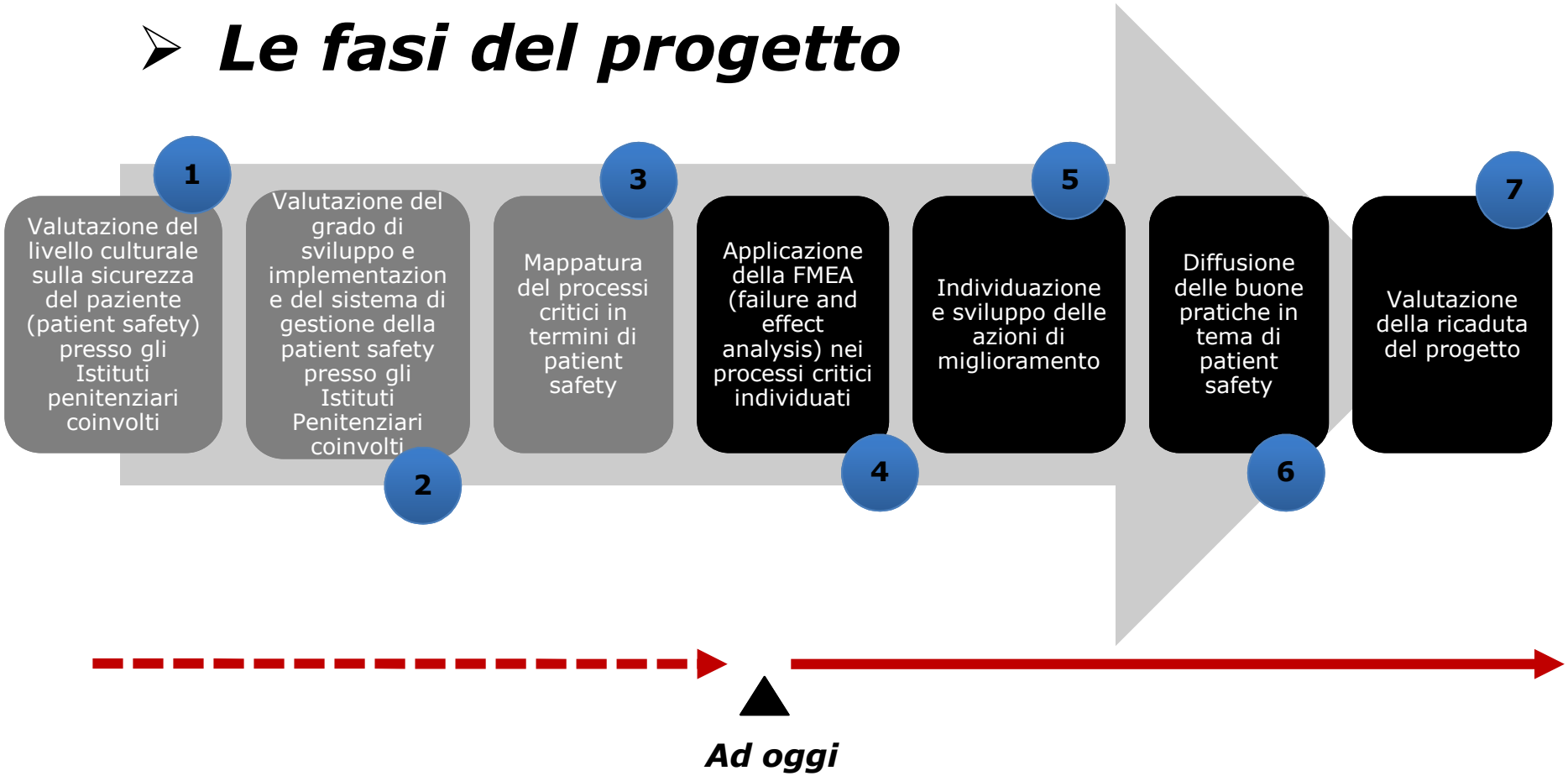
3 Mappatura dei processi critici



Alcuni dei processi su cui verrà applicata la FMEA

- **Gestione consulenze specialistiche esterne**
- **Gestione del detenuto con patologia cronica (cardiovascolare)**
- **Visita ingresso**
- **Gestione della terapia farmacologica**

1	Survey sul livello culturale sulla sicurezza del paziente
2	Valutazione del sistema di gestione del rischio
3	Apprendere dagli errori: le segnalazioni spontanee
4	Mappatura dei processi critici
5	**I prossimi passi**

I prossimi passi

➢ *Le fasi del progetto*