

# Il Triage intra-ospedaliero e la Gestione del Rischio Clinico

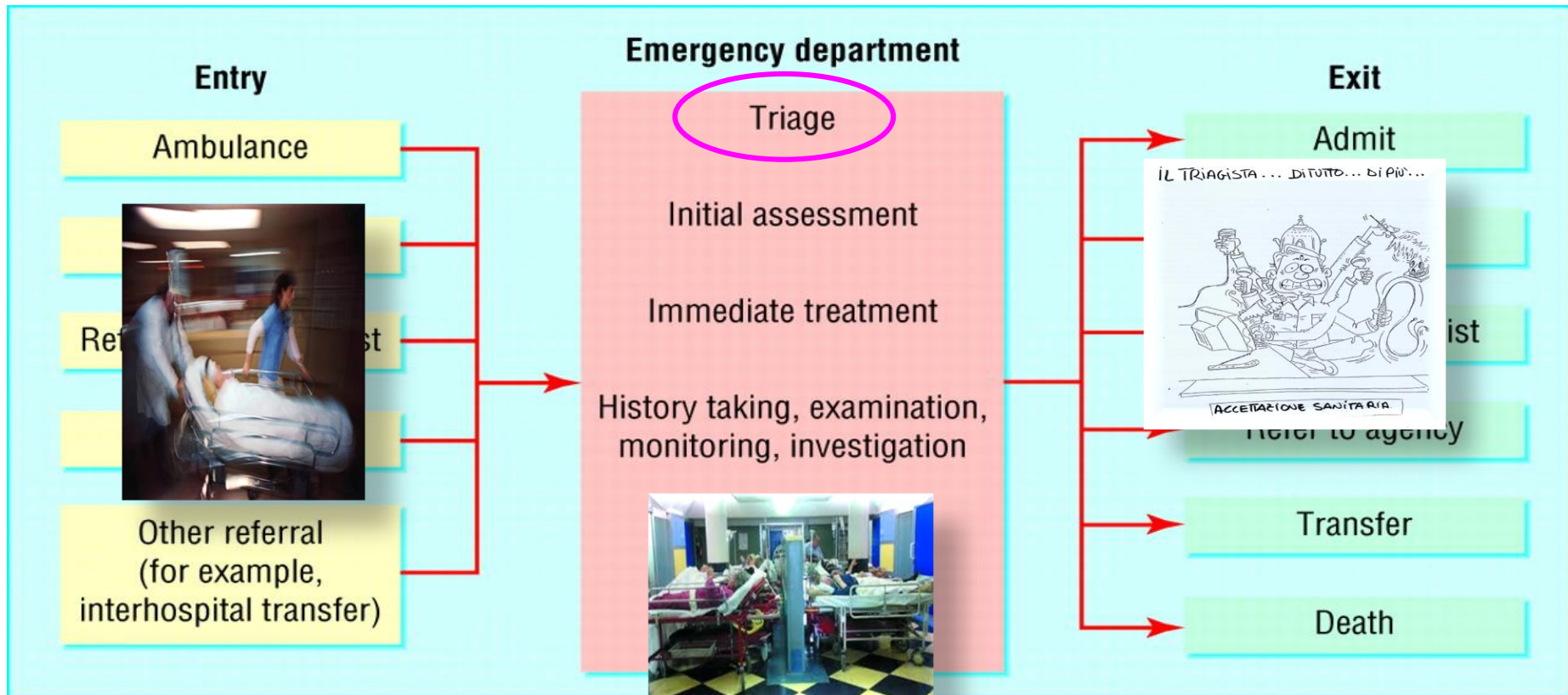
Prof.ssa Anna S Guzzo  
24-25 marzo 2021

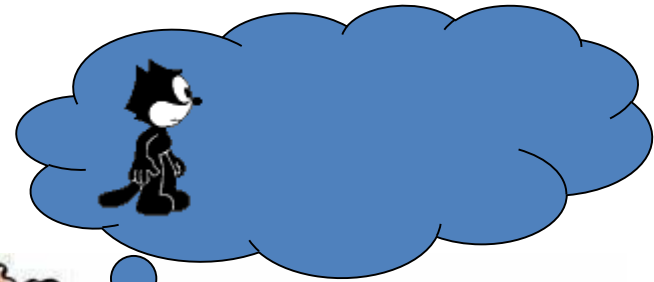
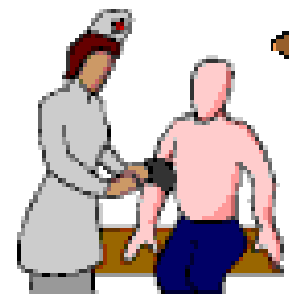
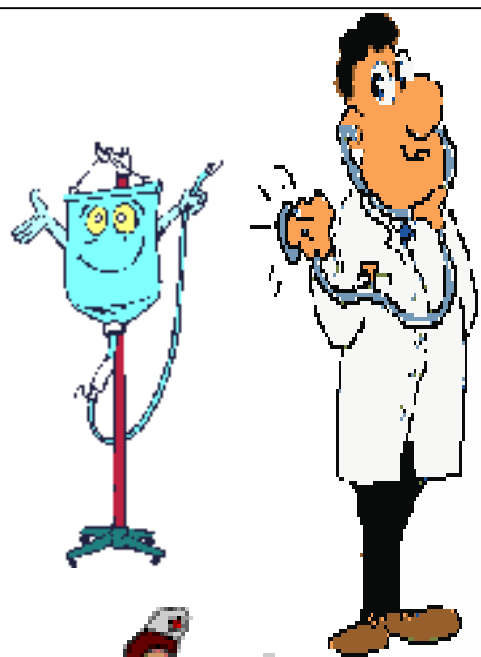


**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO**







# Processo di triage

1. Fase della valutazione immediata
2. Fase della valutazione oggettiva e oggettiva
3. Fase della decisione di triage
4. Fase della rivalutazione





# MALASANITA' IL CASO TARANTO

## «Gas sbagliato ai pazienti» Otto morti in Cardiologia

Inchiesta a Taranto, un reparto sotto sequestro Il sospetto: un anestetico al posto dell'ossigeno

### I casi precedenti



**BERGAMO**  
Nel marzo 2000 Antonella Gina (nella foto insieme al marito Ermanno, nel giorno delle nozze), 27 anni, sottoposta a un banale intervento agli Ospedali Riuniti di Bergamo, finisce in coma dopo che per errore le viene somministrato protossido di azoto non miscelato all'ossigeno.

MILANO — Un anestetico, il protossido di azoto, al posto dell'ossigeno. Nella nuovissima «Unità di terapia intensiva coronarica» dell'ospedale civile di Castellana (Taranto), i respiratori che servono a mantenere in vita pazienti già gravi sono diventati strumenti di morte. L'ultima vittima ieri: A.G., una donna di 73 anni. La prima da attribuire all'errore, dicono i medici di Castellana. Ma subito sono tornati alla mente almeno altri sette decessi sospetti. Otto morti in 14 giorni, quasi uno al giorno. E tutti nella nuovissima Unità. E' subito scattato il sequestro, ieri sera, della struttura appena inaugurata il 20 dicembre 2000. Da allora nessuna altro controllo. L'ipotesi di reato su cui si indaga è quella di omicidio.

E' intervenuto il personale dell'ufficio tecnico della Asl che ha accertato lo «scambio» tra i due gas. La nuovissima Unità coronarica aveva un problema. E non semplice, ma tale da far intervenire immediatamente i carabinieri che hanno posto i sigilli: sequestro cautelativo. Il provvedimento d'urgenza è stato eseguito su disposizione del pubblico ministero di turno a Taranto, il sostituto procuratore Mario Baruffa.

Sono stati subito sentiti i due ingegneri, Giacomo Sebastiani e Nicola Sansonini, responsabili del settore tecnico della Asl. I carabinieri hanno quindi acquisito tutta la documentazione relativa a impianti idraulici, gas medicali e relativi certificati di collaudo, avvenuto nel dicembre 2000. Da allora nessuna altro controllo.



«BOCCHETTONI»  
I «bocchettini» per l'erogazione di ossigeno e protossido di azoto, ognuno con colore e attacchi diversi, si trovano vicino al letto del paziente

La macchina che somministra ossigeno

LE  
OTT  
dell'  
Cas  
nel  
inter  
poc  
è si  
Mar

**L'ERRORE** «La sanità qui non c'entra. La Asl aveva svolto bene l'appalto. È stato certificato un impianto che non andava certificato»

**IL RAPPORTO** «È quasi pronto il primo rapporto nazionale sugli eventi sentinella, che dovrebbero far scattare subito l'allarme»

## «Voglio la verità, ora staff per la sicurezza»

Il ministro della Salute: la prevenzione del rischio è il nostro punto debole

ROMA — Pensava di andare a dormire tranquillo, dopo l'ennesima giornata difficile contrassegnata dallo sciopero dei medici e i conseguenti disagi per i malati.

Invece attorno alla mezzanotte Livia Turco era ancora al telefono con il presidente della Puglia Nichi Vendola e l'assessore alla Sanità Alberto Tedesco per avere notizie dell'episodio di Castellana, provincia di Taranto: «Si faccia la verità, certe cose non devono più accadere, bisogna intervenire energicamente per prevenire gli errori» afferma, dopo aver saputo che, secondo quanto le hanno riferito i due interlocutori, sarebbe morto un solo paziente, anziché otto o addirittura nove, come le avevano comunicato in un primo momento.

«Aspetto i risultati dell'inchiesta» aggiunge. Ancora fango sulla sanità pubblica, ministro? «La sanità qui non c'entra. La Asl aveva svolto correttamente tutte le procedure per l'appalto. L'errore

è mancato il collegamento tra linea di ossigeno e di protossido di azoto, questo mi ha raccontato Vendola». Errore che tuttavia getta nuova ombra su un sistema chiamato sul banco degli imputati troppe volte negli ultimi mesi. Come lo difende? «La prevenzione del cosiddetto rischio clinico è il punto

debole della sanità italiana, noi lo sappiamo e abbiamo messo in piedi una serie di iniziative per colmare la lacuna. Le Regioni devono dotarsi di uno staff responsabile della sicurezza. Questo staff, secondo il piano che stiamo predisponendo, avrà poteri di intervento e indirizzo, quindi lavorerà nell'ambito della direzione

generale dell'ospedale. E' quasi pronto, inoltre, il primo rapporto nazionale sugli eventi sentinella, che dovrebbero far scattare subito l'allarme». Che funzioni avrà questo nuovo struttura di comando? «Dovrà garantire la sicurezza e l'igiene. In alcune aziende è già stata organiz-

zata ma è urgente che l'iniziativa sia generalizzata. Però non illudiamoci di annullare del tutto il rischio dell'errore umano. Non dimentichiamo poi che la disponibilità di nuovi macchinari può determinare degli imprevisti». Lei insiste molto sul coinvolgimento e sull'autonomia delle Regioni. Ritiene che, oltre a battere cassa, dovrebbero impegnarsi di più per garantire ai cittadini un servizio sanitario all'altezza della situazione?

«Riconosco che hanno già avviato molto lavoro. Ma devono impegnarsi di più. Ci vuole una sterzata, piani straordinari per cambiare davvero». I cittadini però non si sentono abbastanza tutelati. Si sente troppo spesso parlare male degli ospedali. Si sente di invitare ad avere fiducia anche se per un banale errore di omologazione otto persone potrebbero aver perso la vita?

«La qualità del servizio sanitario nazionale è fuori discussione. Ripeto, in questo caso l'errore non è imputabile a un medico o a un

### IL GOVERNATORE

## Vendola: puniremo duramente chi ha sbagliato

BARI — «Qualunque responsabilità sarà perseguita con la massima durezza». E scosso Nichi Vendola (foto), presidente della Regione Puglia, alla notizia della morte sospetta di alcuni pazienti all'ospedale di Castellana. Il primo passo sarà nominare una commissione di indagine amministrativa, rappresentata dal professore Tommaso Fiore (anestesiologo e consulente di Vendola per la Sanità), Vitangelo Dattoli (direttore sanitario del Policlinico di Bari), Giancarlo Salomone (responsabile dell'ufficio tecnico dell'Oncologico) e il dottor Dell'Erba (medico legale). Per il momento sono due i documenti nelle mani della Regione, pervenuti via fax



Nella sua relazione il primario del reparto, Antonio Scarica, informa che dal 20 aprile (data di apertura del reparto) sono state ricoverate nell'Ulc 21 pazienti. Otto i decessi. «Di questi decessi — informa il medico — sette sono riconducibili alla gravità delle patologie di base». Sono state «le modalità dell'ultimo decesso, legate all'uso della ventilazione assistita dall'erogazione dell'ossigeno» che ha indotto il medico a sospettare



REGIONE LAZIO



# Eventi avversi in Italia



Rassegne e Articoli

ep anno 36 (3-4) maggio-agosto 2012

## Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani

Adverse events and preventable consequences: retrospective study in five large Italian hospitals

<sup>1</sup>Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente, Regione Toscana

Riccardo Tartaglia,<sup>1</sup> Sara Albolino,<sup>1</sup> Tommaso Bellandi,<sup>1</sup> Elisa Bianchini,<sup>2</sup> Annibale Biggeri,<sup>2</sup> Giancarlo Fabbro,<sup>2</sup> Luciana Bevilacqua,<sup>3</sup> Alessandro Dell'Erba,<sup>4</sup> Gaetano Privitera,<sup>5</sup> Lorenzo Sommella<sup>6</sup>

*Epidemiol Prev* 2012; 36 (3-4): 151-161

Italia	Tartaglia	qualità	7573	5,17	56,7
--------	-----------	---------	------	------	------





# Evento avverso

Danno causato da un trattamento medico risultante in una disabilità misurabile:

- ✓ Non prevenibile
- ✓ Prevenibile (errore)



# ERRORI

Reason 1990



**AZIONI INVOLONTARIE**

**AZIONI VOLONTARIE**

**SLIPS**

**LAPSES**

**MISTAKES**

**VIOLAZIONI**

azioni eseguite in modo diverso da come pianificato

fallimenti della memoria

tattiche e mezzi utilizzati inappropriati

Deliberate inosservanze delle procedure



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



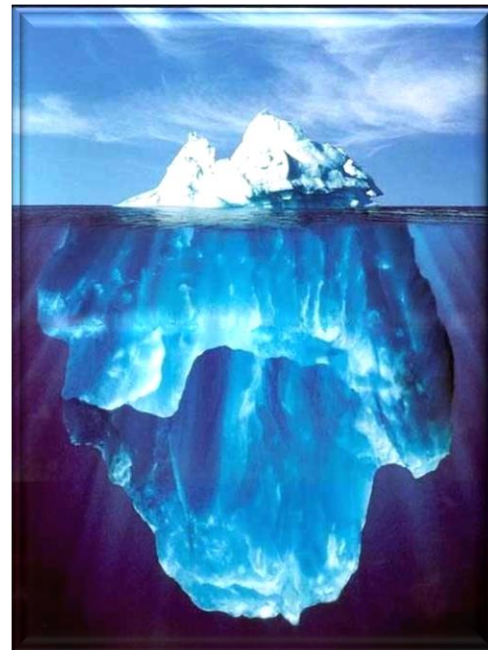
**REGIONE LAZIO**



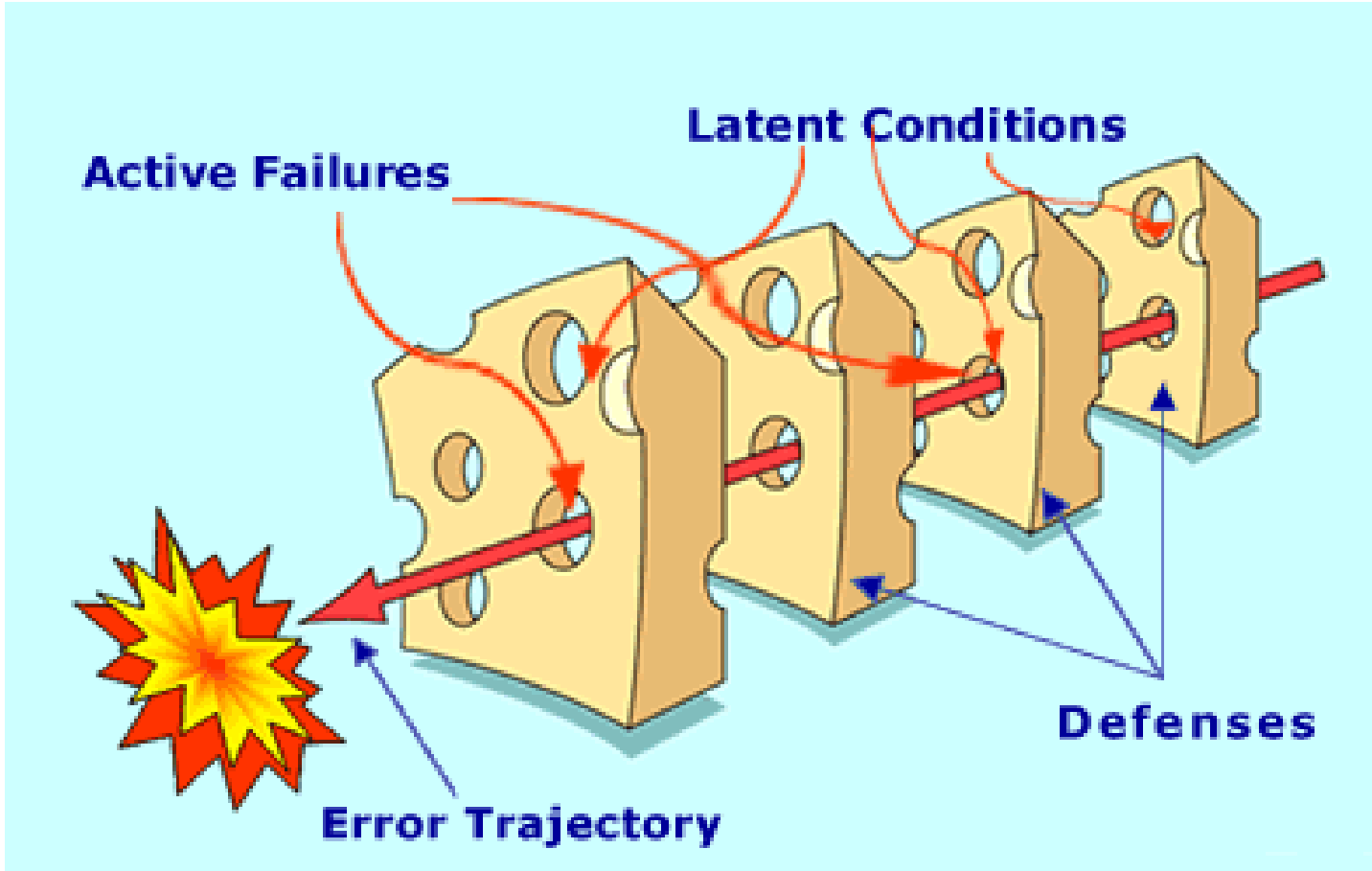


# Fattori di sistema che influenzano l'insorgenza dell'errore

- Strategici e organizzativi
- Le condizioni del lavoro
- La formazione
- Relativi al team
- Legati ai beni e attrezzature
- Legati agli individui
- Legati al paziente



# Swiss Cheese Model (J. Reason)



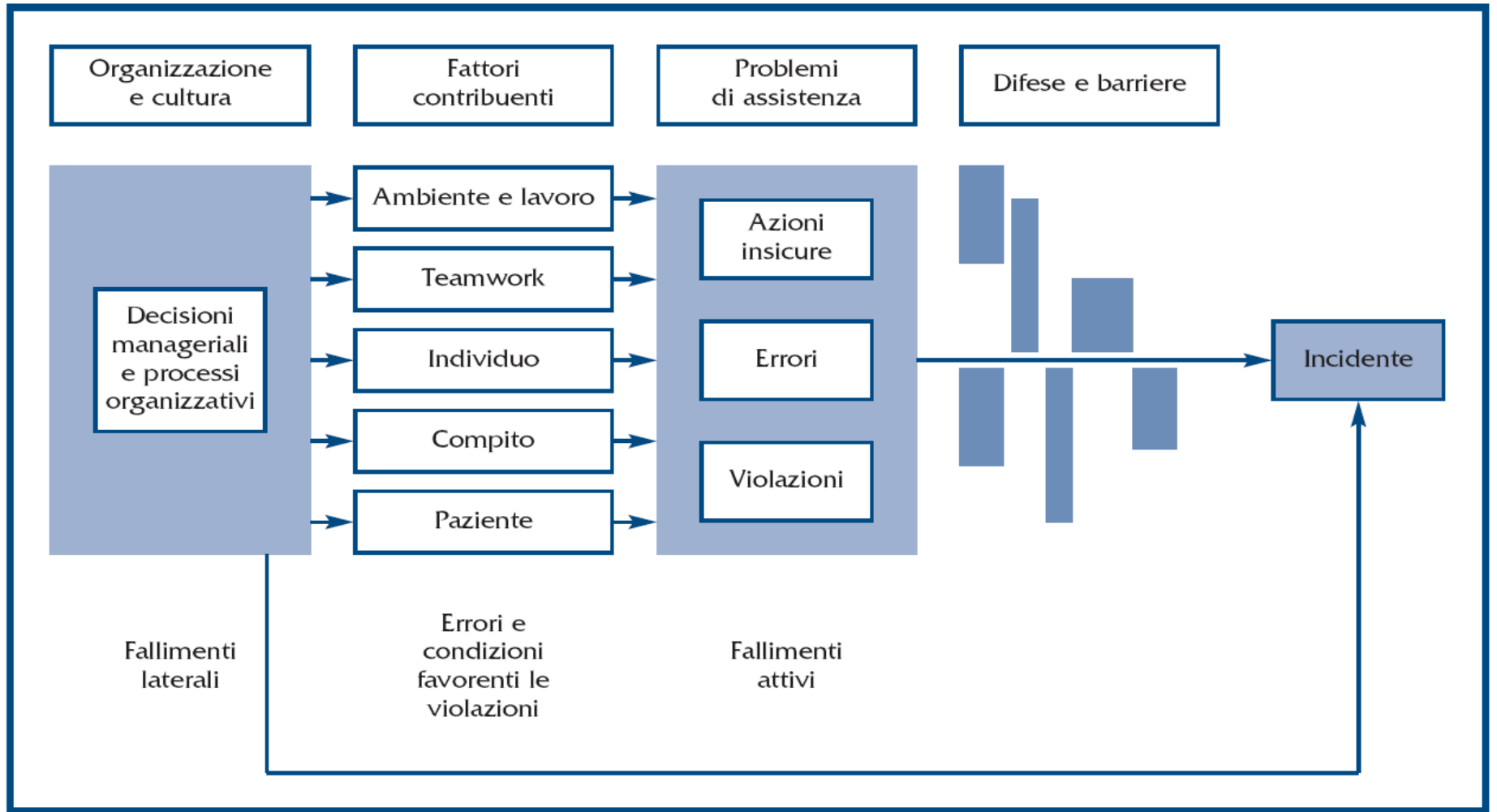


Fig. 1. Modello organizzativo degli incidenti.

# "VUOTI"



Cook R. et al. "Gaps in the continuity of care and progress on patient safety"  
BMJ 2000;320:791-4

- **Continuità delle cure**
  - ✓ diversi setting assistenziali
  - ✓ numerosi "passamano" (hand-over)





# "VUOTI"



Cook R. et al. "Gaps in the continuity of care and progress on patient safety"  
BMJ 2000;320:791-4

## • Comunicazione

- Cosa pensata non detta
- Cosa detta non sentita
- Cosa sentita non capita
- Cosa capita non fatta





# "VUOTI"

Cook R. et al. "Gaps in the continuity of care and progress on patient safety"  
BMJ 2000;320:791-4



- Responsabilità



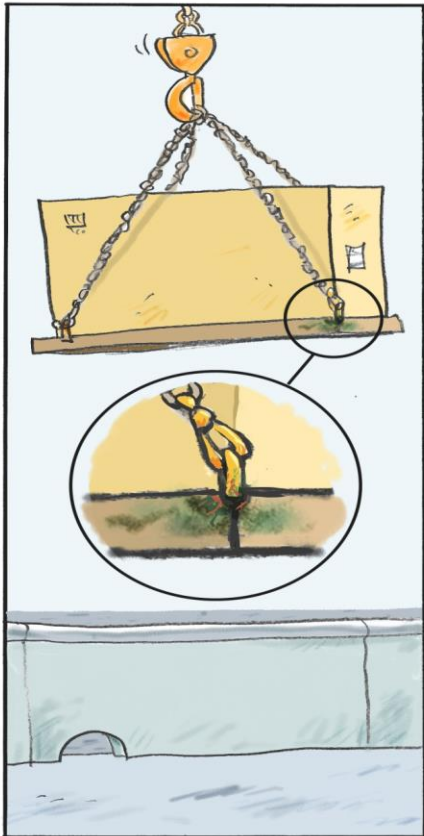
SALUTE LAZIO  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE  
LAZIO

asg

# the rusty lifting gear



Unsafe condition   •   Unsafe act   •   Near miss   •   Accident



# Processo di gestione del rischio clinico



**Risk Identification**



**Risk Analysis**



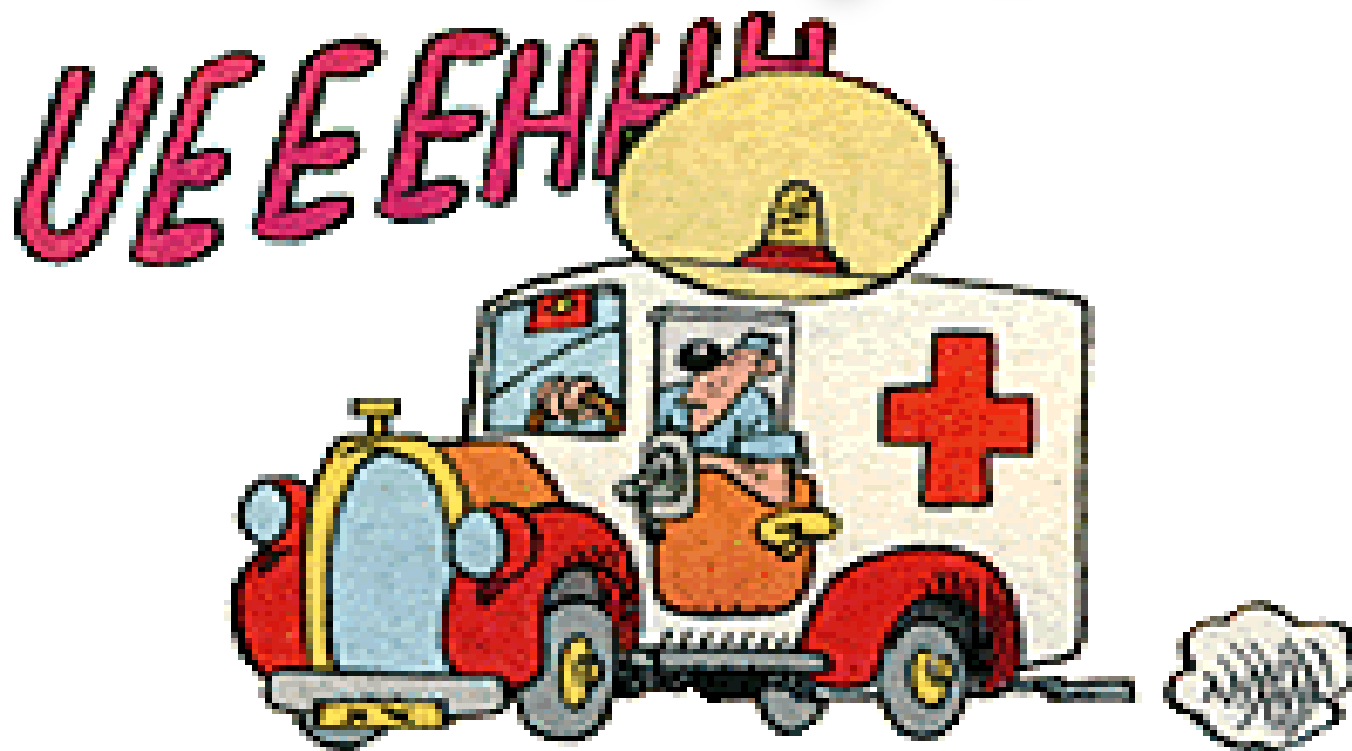
**Risk Management**







# La gestione del rischio clinico in Emergenza



SALUTE LAZIO  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE  
LAZIO



# Derivation of a typology for the classification of risks in emergency medicine

M Thomas, K Mackway-Jones and N Boreham *Emerg. Med. J* 2004; 21:464-468

- **Valutazione del paziente**
- Trattamento terapeutico
- Dimissione del paziente
- Inappropriata collocazione del paziente nel PS
- Dotazione tecnologica
- Documentazione clinica
- Altro



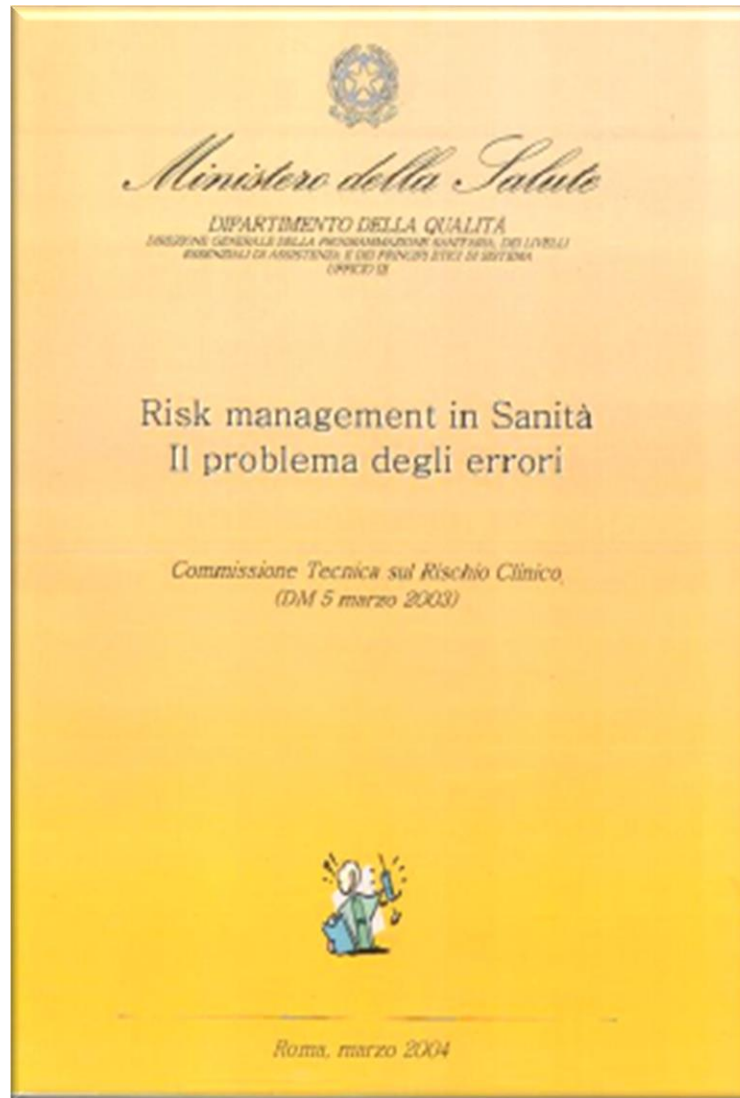


# Misure preventive da considerare nel Risk Management per il D.E.A.

JD Dunn Emerg Med Clin North Amer 1987;5:51-69

- **Triage adeguato;**
- Una buona regolamentazione del flusso dei pazienti;
- Valutazione da parte del medico di tutti i pazienti che si presentano al PS;
- Una cartella clinica per ogni paziente che si presenta in PS;
- Trattamento di tutti i pazienti con problemi urgenti e non trasferimento di pazienti instabili o rifiuto di trattamento per ragioni economiche;
- Provvedere ad una adeguata monitorizzazione e controllo dei segni vitali durante la sosta in PS





**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO**

# Evento sentinella



Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- ✓ Un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
- ✓ L'implementazione delle adeguate misure correttive

*Ministero della Salute*



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO** asg



### Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica 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 richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno 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 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 conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente





*Ministero della Salute*



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO III EX DGPROGS

Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella  
5° Rapporto  
(Settembre 2005-Dicembre 2012)



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO**

# TIPO EVENTO

N°

%

MORTE O GRAVE DANNO  
 SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO  
 OGNI ALTRO EVENTO A CARATTERE  
 ATTI DI VIOLENZA A DANNO  
 STRUMENTO O ALTRO OGGETTO  
 CHE RICHIEDA UN SOCCORSO  
 MORTE O GRAVE DANNO  
 MORTE O DISABILITÀ PERICOLATA  
 CORRELATA A MALATTIA  
 MORTE, COMA O GRAVI  
 FARMACOLOGICA  
 REAZIONE TRASFUSIONALE  
 MORTE MATERNA O MALATTIA  
 ERRATA PROCEDURA SANITARIA  
 MORTE O GRAVE DANNO  
 CODICE TRIAGE NELLA  
 SOCCORSO  
 PROCEDURA CHIRURGICA  
 PARTE)  
 PROCEDURA IN PAZIENTE  
 MORTE O GRAVE DANNO  
 DI TRASPORTO (INTRACORRERE)  
 VIOLENZA SU PAZIENTE IN OSPEDALE



*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN  
 DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
 UFFICIO III

Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione  
 del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del  
 Pronto soccorso

**L'errata attribuzione del codice triage può determinare  
 evento sentinella che richiede la messa in atto di misure di  
 prevenzione e protezione**

Il triage, secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni del 17/5/96), è " il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento". I pazienti a cui è stato assegnato, da parte del personale addetto all'attività di triage, un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.

La presente Raccomandazione vuole incoraggiare l'adozione di appropriate misure organizzative, formative e assistenziali per prevenire l'insorgenza di eventi avversi o minimizzare gli effetti conseguenti a una non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato alla Centrale Operativa 118 e ad una non corretta attribuzione del codice triage da parte dall'equipe di soccorso 118 e/o in Pronto Soccorso.

Raccomandazione n. 15, Febbraio 2013



AL PAZIENTE

CHIRURGICO  
 RE

CHIRURGICO

GRAMMI NON

RI IN TERAPIA

PARTO

ONE DEL  
 DEL PRONTO

RGANO O

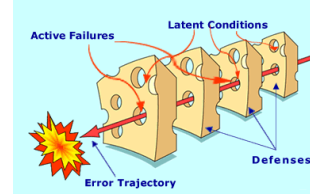
DEL SISTEMA

471	24,6
295	15,4
275	14,3
165	8,6
159	8,29
135	7,04
82	4,28
79	4,12
72	3,75
55	2,87
32	1,67
27	1,41
26	1,36
16	0,83
15	0,78
14	0,73
<b>1918</b>	<b>100</b>

Totale



# Fattori di sistema



## FATTORI STRUTTURALI - TECNOLOGICI

1. Caratteristiche del fabbricato sanitario e dell'impiantistica (progettazione e manutenzione);
2. Sicurezza logistica degli ambienti;
3. Apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione e rinnovo);
4. Infrastrutture, reti, digitalizzazione e automatizzazione.

## FATTORI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI E CONDIZIONI DI LAVORO

1. Struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro);
2. Politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento, carico di lavoro e turistica (che concorrono a determinare fatica e stress);
3. Sistema di comunicazione organizzativa;
4. Aspetti ergonomici (postazione lavoro, monitor, allarme, rumori, luce, ecc.);
5. Politiche per la promozione alla sicurezza del paziente: linee guida e percorsi assistenziali, segnalazioni di errori.

## FATTORI UMANI (INDIVIDUALI E DEL TEAM)

1. Personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione delle responsabilità, condizioni mentali e fisiche, abilità psicomotorie) e competenza professionale;
2. Dinamiche interpersonali, di gruppo con conseguente livello di cooperazione.

## CARATTERISTICHE DELL'UTENZA

1. Epidemiologia ed aspetti socio - culturali (aspetti demografici, etnia, ambiente socioeconomico, istruzione, capacità di gestione delle situazioni, complessità e presenza simultanea di patologie acute o croniche);
2. Rete sociale.

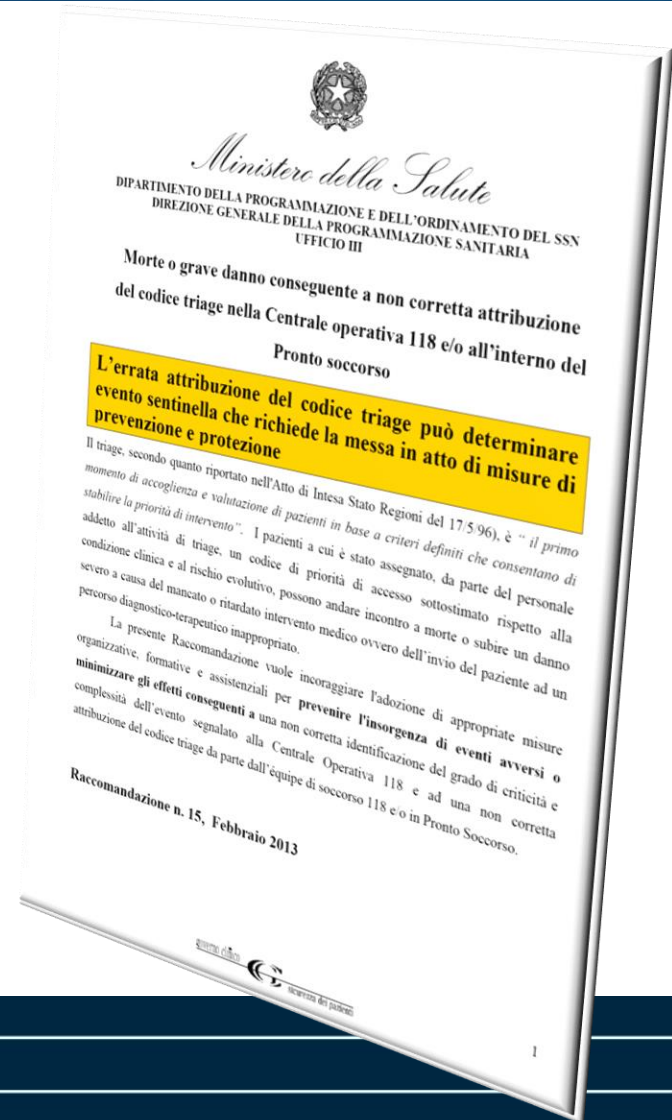
## FATTORI ESTERNI

1. Normative e obblighi di legge;
2. Vincoli finanziari;
3. Contesto socio - economico - culturale;
4. Influenza dell'opinione pubblica e dei media, delle associazioni professionali, e di pubblica tutela;
5. Assicurazioni.



## CRITICITA' di tipo:

- ✓ Assistenziale
- ✓ Relazionale
- ✓ Organizzativo/Strutturale

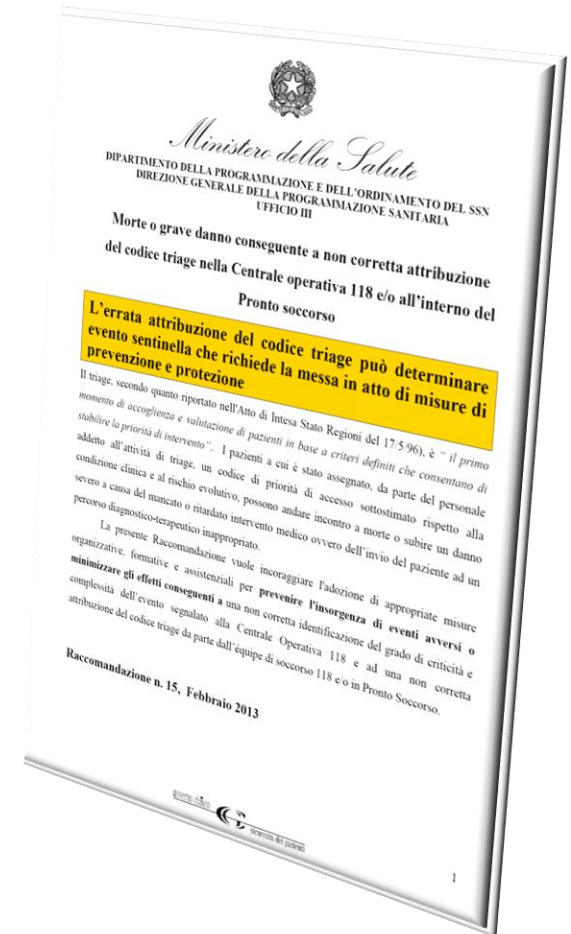




## 4. Azioni

Per prevenire o mitigare i danni dovuti alla **errata attribuzione di codice triage** in ambito extraospedaliero e ospedaliero, le organizzazioni sanitarie devono prendere in considerazione:

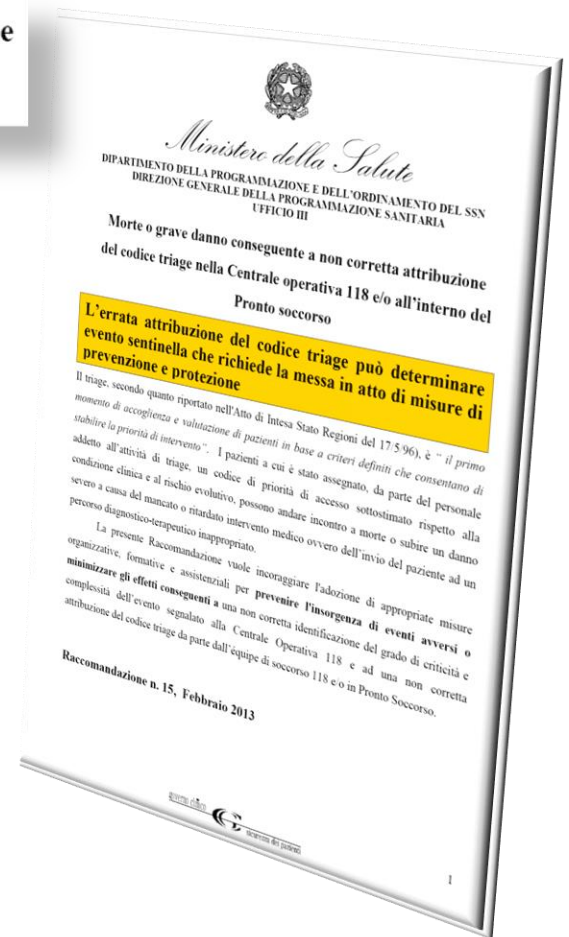
1. la **predisposizione** e l'adozione di **protocolli e/o procedure** per la corretta attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'idonea attribuzione del codice di priorità per i pazienti/utenti che richiedono un intervento del 118 o accedono ai Pronto soccorso.
2. la **formazione** specifica e l'**addestramento** del personale infermieristico addetto all'attività di triage mirata alla valutazione diversificata del paziente adulto e del paziente in età pediatrica, sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero;
3. l'**adozione**, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate **soluzioni organizzative, strutturali e logistiche** dell'area di triage e delle sale di attesa, diversificate tra adulto e bambino se la numerosità degli accessi lo giustifica.

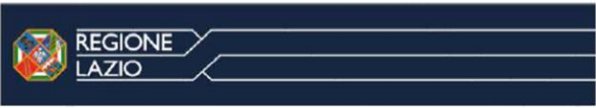




4.1 Predisposizione ed adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attribuzione del codice triage, per l'identificazione certa e per la rivalutazione del paziente/utente

✓ **Identificazione certa del paziente**





# DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

**Autori del documento:**  
 Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>, Anna Santa Guzzo<sup>2</sup>, Maurizio Musolino<sup>3</sup>, Vincenzo Puro<sup>3</sup>, Antonio Silvestri<sup>3</sup>, Giuseppe Vetrugno<sup>2</sup>, Giuseppe Spiga<sup>2</sup>.

**Hanno collaborato alla elaborazione del documento:**  
 Innocenzo Bertoldi<sup>1</sup>, Aldebrando Bossi<sup>1</sup>, Maria Rita Cassetta<sup>2</sup>, Stefano Cavallari<sup>4</sup>, Paola D'Angelo<sup>2</sup>, Annamaria De Paola<sup>2</sup>, Maria Serena Fiore<sup>3</sup>, Valentina Ghergo<sup>3</sup>, Francesca Jager Montes<sup>1</sup>, Claudio Leonard<sup>1</sup>, Annamaria Lombardi<sup>3</sup>, Cristiana Luciani<sup>2</sup>, Christian Napoli<sup>2</sup>, Antonio Paone<sup>3</sup>, Barbara Passini<sup>1</sup>, Francesco Rocco Pugliese<sup>3</sup>, Marina Salvagni<sup>3</sup>, Riccardo Serafini<sup>3</sup>, Maria Cristina Zappa<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; <sup>2</sup>Area Rete Ospedaliera e Specialistica Regione Lazio; <sup>3</sup>ASL Roma 2; <sup>4</sup>ASL Roma 1; <sup>5</sup>AO Sant'Andrea; <sup>6</sup>Policlinico Tor Vergata.

Prima emissione 25 settembre 2020



CENTRO REGIONALE RISCHIO CLINICO

## DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

### INDICE

1.0	Introduzione e razionale del documento	2
2.0	Ambiti di applicazione	3
3.0	Definizioni e abbreviazioni	3
4.0	Modello teorico di riferimento	4
<b>PRINCIPI GENERALI</b>		
5.0	Documenti validi per la corretta identificazione del paziente	5
5.1	Cittadini italiani e stranieri residenti	5
5.2	Cittadini dell'Unione Europea dell'area Schengen e di Paesi extracomunitari con accordi bilaterali con l'Italia	6
5.3	Cittadini dell'Unione Europea non aderenti agli accordi di Schengen e di Paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia	6
6.0	I due passaggi dell'identificazione del paziente	6
7.0	Il braccialetto identificativo	7
<b>BOX 1 – PRONTO SOCCORSO</b>		
		8
<b>BOX 2 – REPARTO DI DEGENZA</b>		
		10
<b>BOX 3 – PAZIENTI AMBULATORIALI</b>		
		12
<b>BOX 4 – RADIODIAGNOSTICA</b>		
		13
<b>BOX 5 – IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO</b>		
		15
<b>BOX 6 – TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI</b>		
		17
<b>BOX 7 – SOMMINISTRAZIONE FARMACI</b>		
		17
<b>BOX 8 – BLOCCO OPERATORIO</b>		
		17
<b>BOX 9 – TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO</b>		
		17
8.0	Riferimenti bibliografici e normativi	18



SALUTE LAZIO  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE LAZIO



Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I - apui\_058  
 Prot. 0004048 del 03/02/2021 - Decisa  
 Imprima Informatica: 762084961200422007960d0b07122743741330b0ac070e614130714e0c3a  
 Sistema Protocollo - Riproduzione cartacea di documento digitale

SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 POLICLINICO UMBERTO I**  
 SAPIENZA  
 UNIVERSITÀ DI ROMA

Direzione Sanitaria

*Prot. n. 0004048  
 del 03/02/2021*

e per il loro tramite  
 e per il suo tramite

Ai Direttori DAI  
 Ai Direttori/Responsabili delle UU.OO.  
 Al Direttore DAPS  
 Ai Coord. Inf./Ost./Tec.ci

e.p.c.  
 Al Direttore Generale  
 Al Direttore Amministrativo  
 Al Risk Manager  
 Al Responsabile UOC Provvigionato  
 Ai Dirigenti Medici di Direc. Sanitaria

**Oggetto: trasmissione della Procedura aziendale per la corretta identificazione del paziente**

Si trasmette in allegato la **Procedura aziendale per la corretta identificazione del paziente - PRD/120906.55** con invito alla sua immediata applicazione ed alla totale diffusione a tutto il personale interessato. Ai fini della massima implementazione della procedura, verranno a brevissimo organizzati incontri di formazione/informazione dedicati.

Il Direttore Sanitario  
 Dott. Alberto Deales

Azienda Policlinico Umberto I  
 Viale del Policlinico 155, 00161 Roma  
 Capitaneria n.30/08.00071  
 C.F. e P.IVA 05855110030  
 www.policlinicoumberto1.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I - apui\_058  
 Prot. 0004048 del 03/02/2021 - Decisa  
 Imprima Informatica: 762084961200422007960d0b07122743741330b0ac070e614130714e0c3a  
 Sistema Protocollo - Riproduzione cartacea di documento digitale

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 POLICLINICO UMBERTO I  
 SAPIENZA  
 UNIVERSITÀ DI ROMA

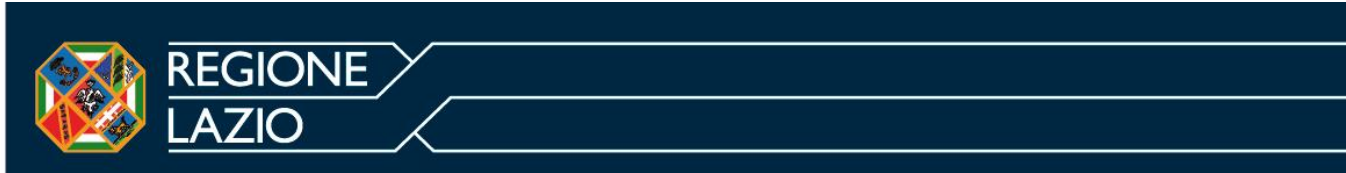
PRD/120906.55  
 Pagina 1 di 21

Procedura per la corretta identificazione del paziente

**PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**

Recupero del "Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente", in uso nella Regione Lazio" Determinazione N° G11384 del 05/10/2020

Elaborazione	Gruppo di lavoro	Antonella De Antoni Deborah Grilli Anna Maria Novelli Francesco Pecorini Lucia Priolella Anna Sattima Serio	firma firma firma firma firma firma	novembre 2020
	Qualità e Risk Management	Emanuela Conti Tiziana Germani	firma firma	
Validazione	Qualità e Risk Management	Anna Santa Guzzo Laura Tibaldi	firma firma	gennaio 2021
Approvazione	Direttore Sanitario	Alberto Deales	firma	gennaio 2021
Diffusione				gennaio 2021
Verifica di applicazione	Responsabilità	• Direttore U.O. • Coord. Inf./co/ost.co U.O.	Frequenza	Quadrimestrale
Revisione	Rev.N°	Data	Descrizione modifiche	A cura di



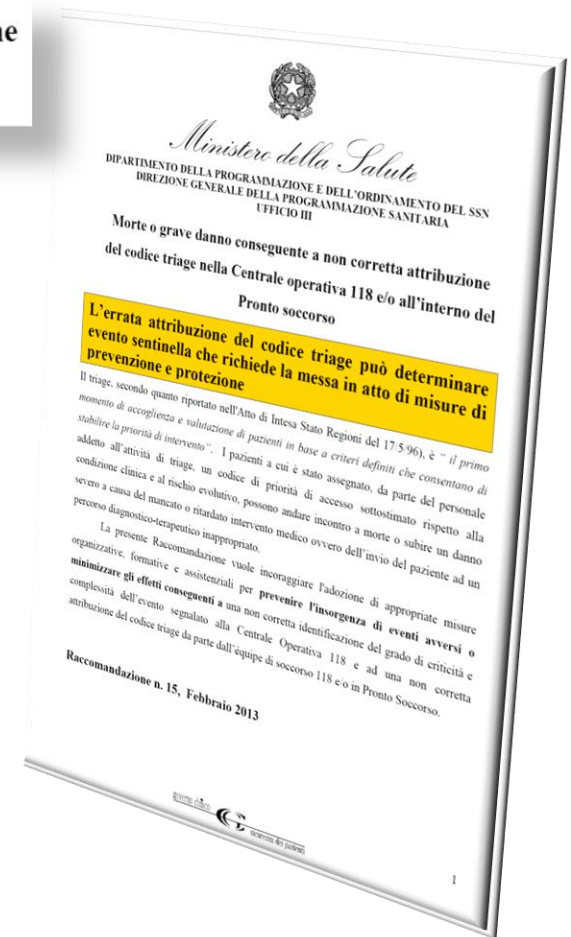


## 4.1 Predisposizione ed adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attribuzione del codice triage, per l'identificazione certa e per la rivalutazione del paziente/utente

✓ **Identificazione certa del paziente**

✓ **Corretta attribuzione del codice triage**

✓ **Rivalutazione**





Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
<b>1</b> rosso	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
<b>2</b> arancione	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
<b>3</b> azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
<b>4</b> verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
<b>5</b> bianco	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

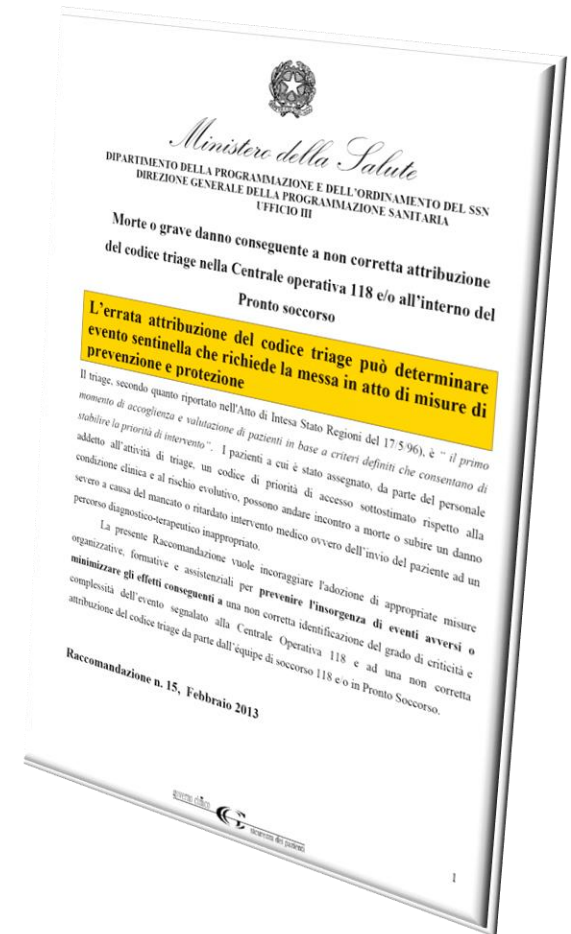




## 4. Azioni

Per prevenire o mitigare i danni dovuti alla **errata attribuzione di codice triage** in ambito extraospedaliero e ospedaliero, le organizzazioni sanitarie devono prendere in considerazione:

1. la **predisposizione** e l'adozione di **protocolli e/o procedure** per la corretta attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'idonea attribuzione del codice di priorità per i pazienti/utenti che richiedono un intervento del 118 o accedono ai Pronto soccorso.
2. la **formazione** specifica e l'**addestramento** del personale infermieristico addetto all'attività di triage mirata alla valutazione diversificata del paziente adulto e del paziente in età pediatrica, sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero;
3. l'**adozione**, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate **soluzioni organizzative, strutturali e logistiche** dell'area di triage e delle sale di attesa, diversificate tra adulto e bambino se la numerosità degli accessi lo giustifica.





**CORSO di TRIAGE ON LINE**  
A cura del Coordinamento Regionale sul Triage  
24 – 25 marzo 2021

**1<sup>a</sup> Giornata**

- 8.30 – 8.50 Saluti e Introduzione al corso (G. Spiga - M. Magnanti)  
8.50 - 9.10 Normativa (G. De Andreis)  
9.10 - 9.50 Metodologia Triage 5 Codici e attribuzione codice numerico/colore (D. Grilli)  
9.50 - 10.10 Requisiti strutturali organizzativi e formativi del triage (C. Tranne)  
10.10 - 10.30 Aspetti medico-legali (A. Agostini)  
10.30 – 11.00 La comunicazione chiara, efficace ed empatica (C. Tranne)

11.00 – 11.15 Pausa

**PRESENTAZIONE SCHEDE SINTOMO PRINCIPALE ADULTO**

- 11.15 - 11.35 Scheda Sintomo/Problema: **Dolore Toracico non traumatico**. *Discussione Casi Clinici* (S. Timpono)  
11.35 - 11.55 Scheda Sintomo/Problema: **Le Sindromi Neurologiche Acute**. *Discussione Casi Clinici* (C. Tranne)  
11.55 - 12.15 Scheda Sintomo/Problema: **Il Trauma**. *Discussione Casi Clinici* (M. Dascoli)  
12.15 – 12.35 Scheda Sintomo/Problema: **Dispnea**. *Discussione Casi Clinici* (M. Marcangelo)  
12.35 – 12.55 Scheda Sintomo/Problema: **Emorragia gastrointestinale**. *Discussione Casi Clinici* (L. Iachettini)  
12.55 - 13.15 Scheda Sintomo/Problema: **Sincope**. *Discussione Casi Clinici* (F. Coccia)

**13.15 - 14.00 Pausa Pranzo**

- 14.00-14.20 Scheda Sintomo/Problema: scheda Sintomo/Problema: **Cefalea**. *Discussione Casi Clinici* (C. Tranne)  
14.20-14.40 Scheda Sintomo/Problema: **Agitazione psicomotoria**. *Discussione Casi Clinici* (G. Moretti)  
14.40-15.10 Scheda Sintomo/Problema: **Le alterazioni della temperatura corporea e il paziente potenzialmente settico**. *Discussione Casi Clinici* (D. Grilli)  
15.10-15.40 **Dolore Addominale**. *Discussione Casi Clinici* (Lorenza Iachettini)  
15.40 – 16.20 Scheda Sintomo/Problema: **Ostetrico ginecologica**. *Discussione Casi Clinici*. **Segni di violenza e maltrattamenti, alcune indicazioni per i triagisti** (L. Moschetti – P. Proietti)

16.20 – 16.30 Conclusioni e chiusura lavori prima giornata



**2<sup>a</sup> Giornata**  
**PRESENTAZIONE SCHEDE SINTOMO PRINCIPALE BAMBINO**

- 8.30 – 8.40 Saluti e Presentazione II giornata (L. Lo Russo)  
8.40 - 9.10 Attribuzione del codice numerico/colore in pediatria (E. Lucani)  
9.10 - 9.30 Scheda sintomo/Problema: **La Temperatura**. *Discussione caso clinico* (E. Lucani)  
9.30 – 09.50 Scheda sintomo/Problema: **Le Convulsioni**. *Discussione caso clinico* (V. Zitelli - E. Graziani)  
09.50 - 10.30 Scheda sintomo/Problema: **Trauma cranico - Trauma del Bambino**. *Discussione Casi Clinici* (D. Di Castro)  
10.30 – 11.00 Scheda sintomo/Problema: **Abuso pediatrico**. *Discussione Casi Clinici* (D. Di Castro)

11.00 – 11.15 Pausa

- 11.15 - 11.35 Scheda sintomo/Problema: **Ingestione di corpo estraneo**. *Discussione Casi Clinici*. (F. Spada)  
11.35 – 11.55 Scheda sintomo/Problema: **Sincope**. *Discussione Casi Clinici*. (F. Spada)  
11.55 - 12.15 Scheda sintomo/Problema: **La Dispnea**. *Discussione caso clinico*. (F. Di Marzi-M. Minotti)  
12.15 – 12.45 Scheda sintomo/Problema: **Il Vomito, La Diarrea**. *Discussione caso clinico*. (F. Grasso)  
12.45 – 13.15 Scheda sintomo/Problema: **Dolore toracico non traumatico**. *Discussione caso clinico*. (A. Frassanito)  
13.15 - 13.35 Scheda sintomo/Problema: **Eruzione cutanea**. *Discussione caso clinico* (M. Minotti - E. Graziani)  
13.35 – 14.00 Scheda sintomo/Problema: **La Glicemia**. (L. Lo Russo)

**14.00 – 14.30 Pausa Pranzo**

- 14.30 – 14.50 Utilizzo della scheda GIPSE (M. Marcangelo)  
14.50 – 15.10 Fast-track – attività al triage (M. Marcangelo)  
15.10 – 15.30 Privacy al triage (A. De Luca)  
15.30 – 15.50 La Gestione del Rischio Clinico e il Triage (A. S. Guzzo)  
15.50 – 16.10 Emergenza COVID-19: come è cambiato il modo di fare triage (M. Magnanti)  
16.10 – 17.00 test finale (Tutor d'aula)  
17.00 – 17.10 Chiusura dei lavori (M. Magnanti)



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

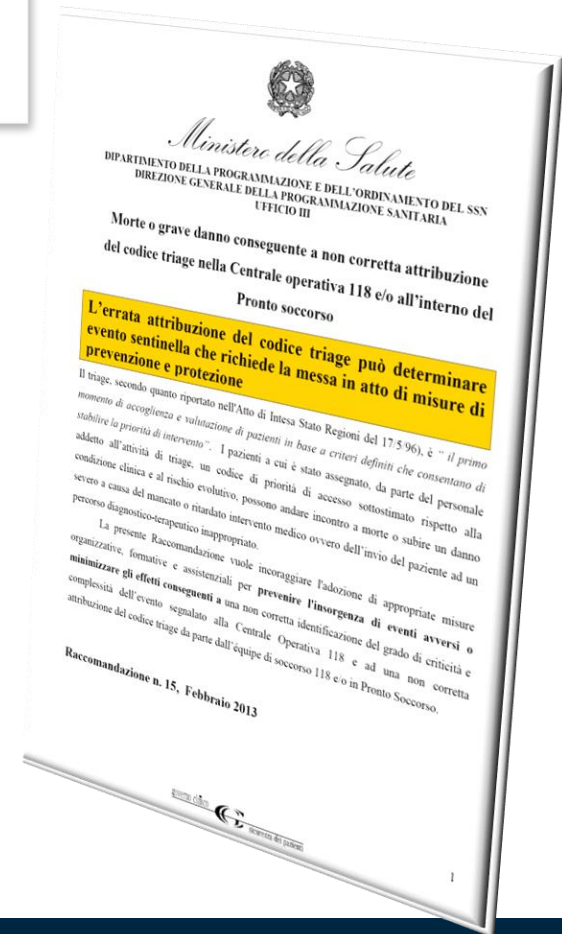


**REGIONE  
LAZIO**



## 4.2 Formazione e addestramento del personale addetto all'attività di triage

- ✓ **Comunicazione operatore-paziente**
- ✓ **Comunicazione paziente/utente aggressivo**
- ✓ **Comunicazione paziente fragile**





# "La Qualità del rapporto Operatore-Paziente: Tecniche di Comunicazione"



**UMBERTO I**  
POLICLINICO DI ROMA

Home Lista Eventi Regolamento My Educa Carrello vuoto

**Scegli l'evento** Verifica registrazione

**Iscriviti all'evento**

Professione:  Anno:

Trovati 52 risultati

	Evento	Professioni e crediti
1	<a href="#">NEUROPSICANALISI EVOLUZIONISMO, AFFECTIVE NEUROSCIENCE E PSICOTERAPIA</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
2	<a href="#">LA SICUREZZA DELLE CURE IN OSPEDALE. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
3	<a href="#">LA SICUREZZA DELLE CURE IN OSPEDALE. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
4	<a href="#">DALLA CPAP ALLA NIV NEL TRATTAMENTO DELLA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
5	<a href="#">L'ABC DELLE INTOSSICAZIONI CORSO DI I LIVELLO DI TOSSICOLOGIA CLINICA</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
6	<a href="#">LA QUALITA' DEL RAPPORTO OPERATORE PAZIENTE: TECNICHE DI COMUNICAZIONE</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
7	<a href="#">DIABETE, EDUCAZIONE SANITARIA E STILI DI VITA</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
8	<a href="#">RACCOGLIERE, STRUTTURARE E PRESENTARE DATI CON MICROSOFT EXCEL, CORSO PER OPERATORI SANITARI</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>
9	<a href="#">LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SALA OPERATORIA</a>	<a href="#">Vedi dettaglio_professioni</a>

SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I**

**PROGRAMMA 2019**

La qualità del rapporto operatore-paziente:  
Tecniche di Comunicazione

**8.30 - 9.00:** Registrazione e pre-test

**9.00 - 9.30:** La Gestione del Rischio Clinico: definizione e dimensione del problema (A.S. Guzzo)

**9.30 - 10.15:** "Le basi della Tecnica End: Empatia, Normalizzazione, Descalation" (M. Biondi)

**10.15 - 10.45:** "Esempi di comunicazione: Empatica, Normalizzante, Descalante" (L. Tarsitani)

**10.45 - 11.30:** DISCUSSIONE

**11.30 - 12.30:** "Teoria della tecnica di Normalizzazione. Le tecniche di normalizzazione e l'uso dell'informazione in emergenza" (R. delle Chiaie)

**12.30 - 13.30:** "Teoria della tecnica di Descalation. Grammatica della Descalation" (L. Orso)

**13.30 - 14.00** pausa pranzo

**14.00 - 15.00:** "La Comunicazione di Cattive Notizie in ambito medico: parte teorica" (L.Tarsitani)

**15.00 - 16.00:** "La Comunicazione di Cattive Notizie in ambito medico: proiezione video e discussione" (L.Tarsitani)

**16.00 - 16.30:** chiusura corso e post-test

Accesso non effettuato

**Pagamento**

Archivio 2019 Archivio 2018

**Tipologia**

Progetto aziendale (obbligatorio)

Progetto aziendale (obbligatorio)

Progetto aziendale (obbligatorio)

Progetto aziendale

Progetto aziendale (obbligatorio)

Progetto aziendale

Progetto aziendale (obbligatorio)

Progetto aziendale (obbligatorio)



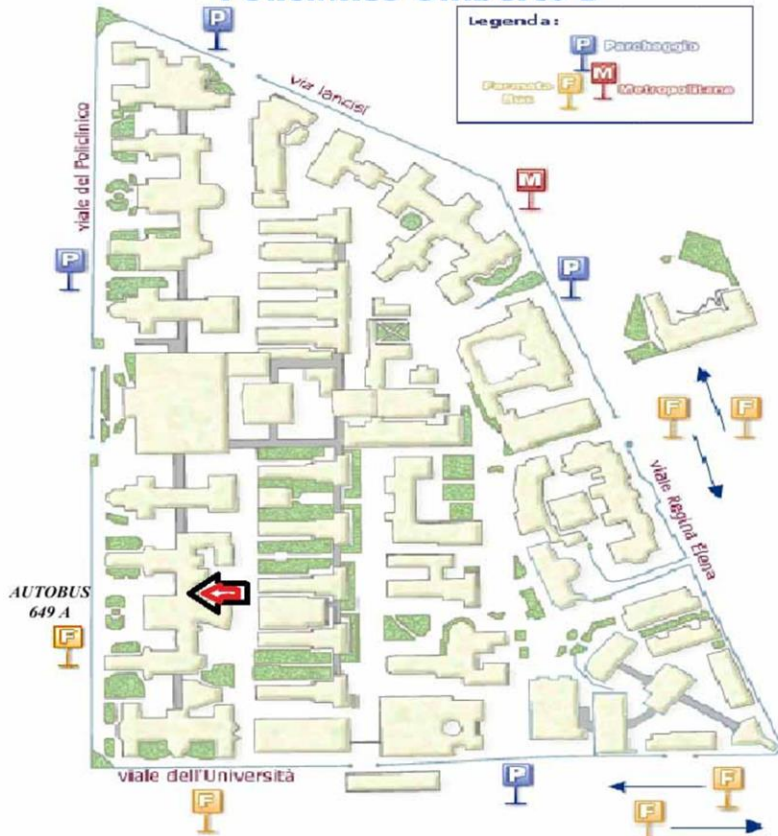


3. l'adozione, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate soluzioni

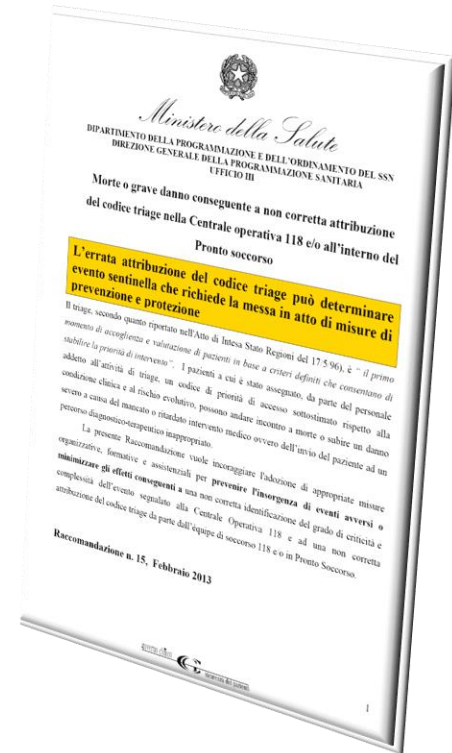
or  
di

attesa,

Mappa del Policlinico Umberto I

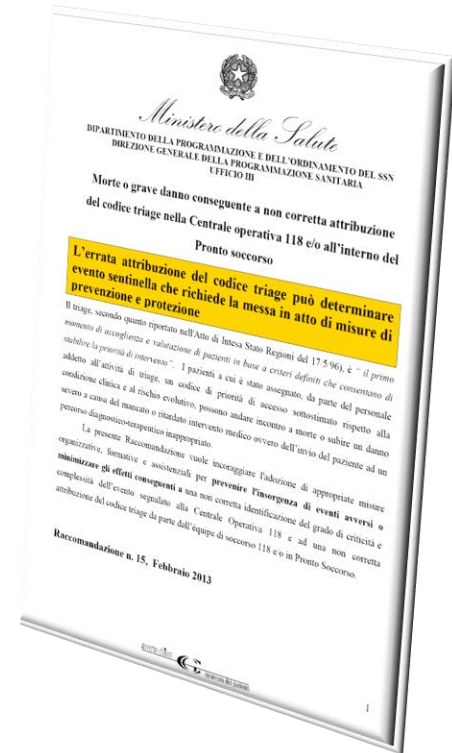
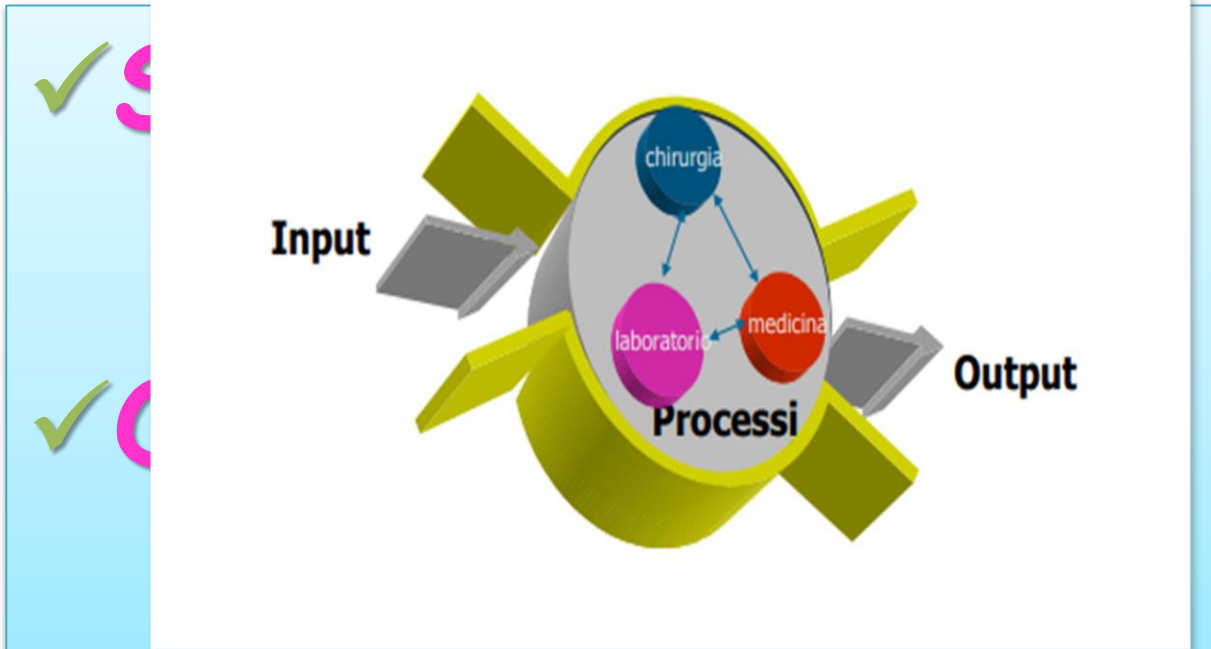


ica





3. l'adozione, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate soluzioni organizzative, strutturali e logistiche dell'area di triage e delle sale di attesa, diversificate tra adulto e bambino se la numerosità degli accessi lo giustifica.





Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici

4.4 DOCUMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI TRIAGE .....	29
4.5 ASPETTI RELAZIONALI DEL TRIAGE - UMANIZZAZIONE .....	30
5.1.5 CODICI NUMERICI .....	31
5.1 CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DI PRIORITÀ' NEL TRIAGE A 5 CODICI NUMERICI .....	31
5.2 CODICE 1 .....	35
5.3 CODICE 2 .....	36
5.4 CODICE 3 .....	37
5.5 CODICE 4 .....	38
5.6 CODICE 5 .....	39
5.7 ELEMENTI ULTERIORI CHE CONCORRONO ALLA DEFINIZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ CORRELATE O MENO AL SINTOMO PRINCIPALE .....	40
<b>6. REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, TECNOLOGICI PER IL TRIAGE GLOBALE .....</b>	<b>40</b>
6.1 REQUISITI GENERALI .....	40
6.2 REQUISITI ORGANIZZATIVI .....	40
6.3 REQUISITI STRUTTURALI .....	42
6.4 RISORSE UMANE .....	42
6.5 RISORSE TECNOLOGICHE .....	43
6.6 GRUPPI DI TRIAGE AZIENDALI .....	43
7. LA COMUNICAZIONE AL TRIAGE .....	44
8. LA TUTELA DELLA PRIVACY AL TRIAGE (PAZIENTE-OPERATORE) .....	45
8.1 PREMessa .....	45
8.1.1 DEFINIZIONE DI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE .....	46
8.1.2 MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEL DATO PERSONALE RELATIVO ALLO STATO DI SALUTE .....	46
8.1.3 INIZIATIVE ATTE A TUTELARE LA PRIVACY DELL'INTERESSATO .....	47
8.2 DEFINIZIONI .....	48
8.3 ARTICOLI DELLA NORMATIVA DI RILEVANZA PER L'AMBITO SANITARIO .....	49
8.4 ASPETTI PRATICI .....	57







INCIDENT REPORT  
INCIDENT REPORT  
INCIDENT REPORT

Laceration  
 Hematoma  
 Abrasion  
 Burn  
 Swelling  
 Other

Type of injury...

Time of inci...

Medication taken...



Evento Sentinella

• Segnalazione

Evento Avverso

• Segnalazione

Near Miss

• Segnalazione

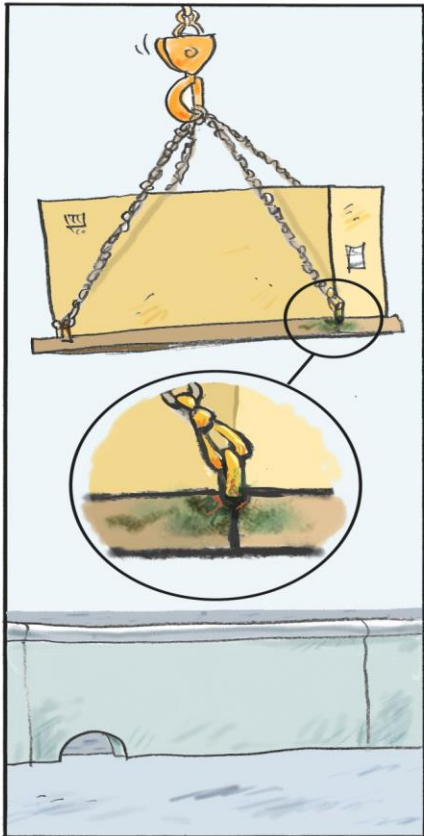


SALUTE LAZIO  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE  
LAZIO


# the rusty lifting gear



Unsafe condition • Unsafe act • Near miss • Accident



# Procedura per la segnalazione di: near miss, eventi avversi e eventi sentinella

 **UMBERTO I**  
POLICLINICO DI ROMA

Direzione Sanitaria

**Azienda Policlinico Umberto I – Roma**  
Protocollo Generale  
**Partenza**  
prot. n. 0045636 del 10/08/2016



Ai Direttori DAI  
Ai Coord. Inf.ci/Ostetrici di Dipartimento  
Ai Facilitatori rete aziendale gestione rischio clinico

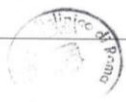
p.c. Al Direttore Generale  
Al Direttore Amministrativo  
Al Dir. Farmacia aziendale  
Al Resp. Servizio Prevenzione e Protezione  
Al Medico Competente aziendale  
Alla Dirigente ad interim Area Inf.ca/Ostetrica  
Ai Dirigenti Medici di Direz. Sanitaria  
Ai Coord. Inferm.ci di Direz. Sanitaria

Oggetto: trasmissione Procedura per la segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella

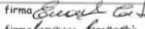
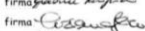
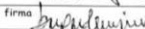
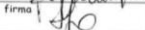
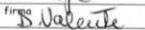

Si trasmette in allegato la procedura PRD/120906.32 relativa alla segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, con invito alla sua immediata applicazione ed alla totale diffusione a tutto il personale interessato.

Il Direttore Sanitario  
Dot. Pasquale Marini

Data elaborazione	Giugno 2016	Azienda Policlinico Umberto I	PRD/120906.32
Data Approvazione	Agosto 2016	Procedura per la segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	Pagina 1 di 11
Rev.N°0			

**SEGNALAZIONE  
E GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI  
E DEGLI EVENTI SENTINELLA**

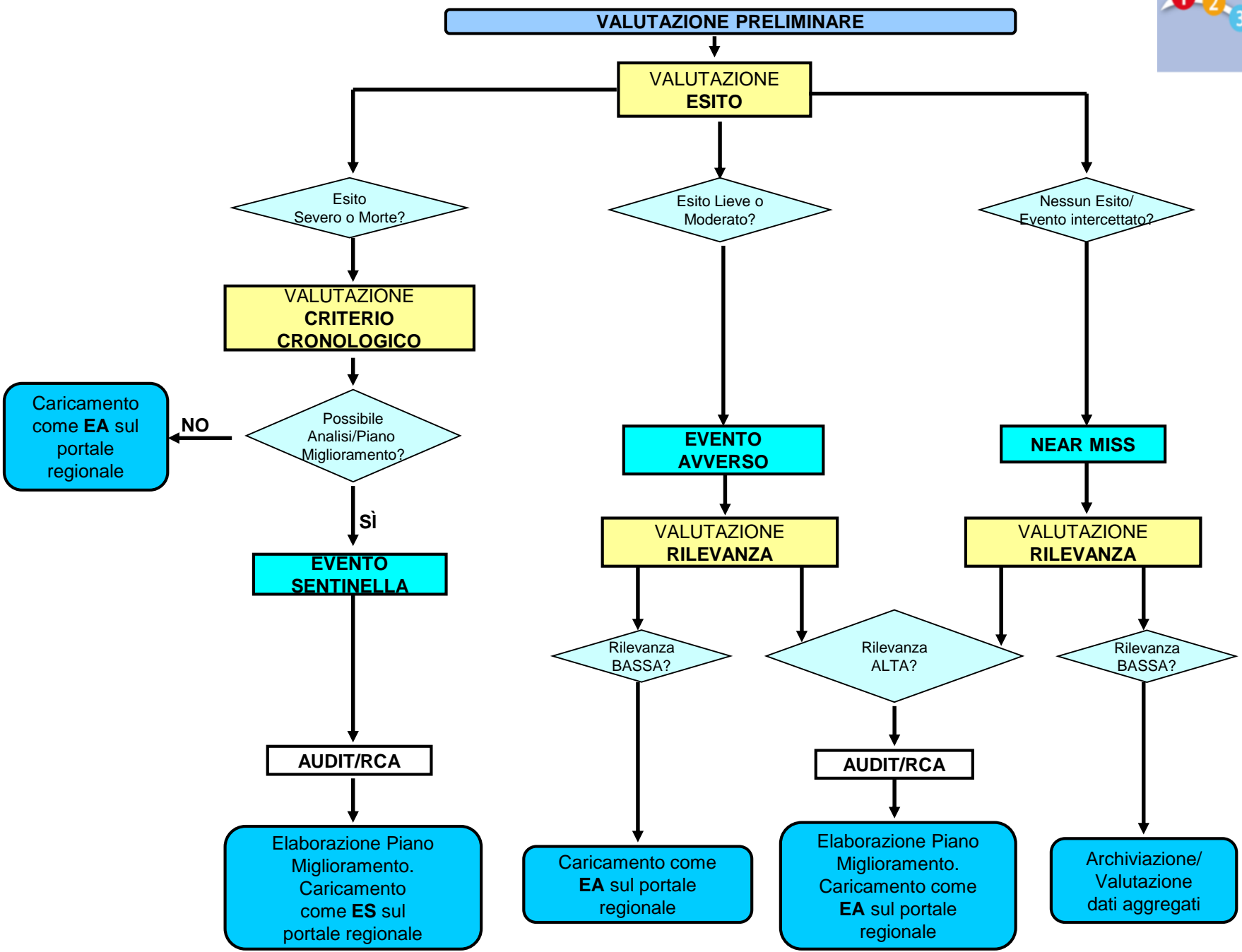
Elaborazione	Qualità e Risk Management	Emanuela Conti Giovanna Parmigiani Tiziana Germani	firma  firma  firma 	Giugno 2016
	Approvazione	Direttore Sanitario Responsabile Qualità e Risk Management Dir. Inf.ca (ad interim)	Pasquale Marini Anna Santa Guzzo Donatella Valente	firma  firma  firma 
Diffusione	Totale			Agosto 2016
Verifica di applicazione	Responsabilità • Direttore U.O. • Coord. inf.ca/fast.co U.O.	Frequenza Quadrimestrale		
Revisione	Rev.N°	Data	Descrizione modifiche	A cura di



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE LAZIO**



# Evento sentinella



- Tutti i casi di under-triage che determinano morte o grave danno al paziente rappresentano un evento sentinella
- Tutti gli eventi sentinella e i casi di under-triage anche senza danno devono essere segnalati e sottoposti ad analisi di rischio clinico secondo le procedure aziendali.





# Alcuni indicatori da sottoporre ad audit di rischio clinico secondo le procedure aziendali.

## 1. Arresto cardiaco in Triage.

Standard: < 1%.

Fonte dati: GIPSE

Tutti questi casi devono essere sottoposti ad Audit di rischio clinico

## 2. Percentuale di pazienti codice 4 o 5 deceduti in PS rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice urgenza minore o non urgenza.

Standard: < 1%.

Fonte dati: GIPSE

Tutti questi casi devono essere sottoposti ad Audit di rischio clinico

## 3. Percentuale di pazienti codice 5 ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice o non urgenza.

Standard: < 1%.

Fonte dati: GIPSE

Tutti questi casi devono essere sottoposti ad Audit di rischio clinico







# Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti in ospedale



## Valutazione paziente

## Valutazione ambiente

Data elaborazione: 1 febbraio 2017 Azienda Policlinico Umberto I M/1 20906.38  
 Data approvazione: Aprile 2017 PRE gestione Cadute accidentali (PRET/120906.06) Pagina 1 di 2  
 Rec.N°: Schede valutazione rischio caduta (Allegato 1)

### SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO DI CADUTA

(svuotare la casella d'interesse)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Data di nascita: \_\_\_\_\_ (età: \_\_\_\_\_) Data di ricovero: \_\_\_\_\_ Tinello UD

UD: \_\_\_\_\_

Paziente con età < 65 anni

Paziente con età > 65 anni ricoverato per caduta o per qualunque altro evento ma con storia positiva per caduta

Paziente con età > 65 anni ricoverato per qualunque causa anche se con storia negativa per caduta

	Paziente ad alto rischio (rischio aggravato se il paziente è affetto o potenzialmente affetto da sottopositi)	
<b>Deficit neuro-cognitivi, deficit visivi</b> Verificare e descrivere la presenza di intossicazioni, agitazione, stato confusionale, stato onirico, deficit del coordinamento posturale, parossismi degli arti inferiori, deficit visivi (ad eccezione delle forme comuni di ipertensione oculare).	SI	NO
<b>Deficit dell'equilibrio, andatura incerta, alterazioni del tono muscolare ed eventuale paura di cadere</b> Valutare e descrivere se la base di appoggio largo, se vi è debolezza del tono muscolare e se il paziente manifesta una instabilità motoria di recente insorgenza.	SI	NO
<b>Insufficienza arteriosa</b> Verificare e descrivere se presente ricettività, polifarmacia di terapia o sintomatologia di ischemia.	SI	NO
<b>Profilo emodinamico e cardiovascolare</b> Verificare e descrivere il recente accadimento di sincope, ipotensione, stato confusionale da ipoperfusione cerebrale transitorie o sintomatologia da ipertensione, ipertensione del seno carotideo nei precedenti di caduta.	SI	NO
<b>Catture di sostanze o terapie in corso</b> Verificare e descrivere l'eventuale prescrizione e somministrazione di sedativi e depressori del SNC, farmaci antipsicotici e confusionali, diuretici e lassativi, orientati dal metabolismo glucidico.	SI	NO

Soggetto a basso rischio (rischio non presente)  Soggetto ad alto rischio (rischio sia basso positivo che presenza alto rischio per età)

Data: \_\_\_\_\_ firma dell'infermiere \_\_\_\_\_

La scheda compilata andrà inserita nella cartella infermieristica o, in sua assenza, nella cartella clinica del paziente

Data elaborazione: 1 febbraio 2017 Azienda Policlinico Umberto I M/120906.83  
 Data approvazione: Aprile 2017 PRE gestione Cadute dei pazienti (PRET/120906.09) Pagina 1 di 1  
 Rec.N°: Check list valutazione rischi ambientali (Allegato 3)

### Check list valutazione rischi ambientali

Tinello UD

Data: \_\_\_\_\_ Tinello UD

La presente check list rappresenta lo strumento valutativo/osservativo delle potenziali cause di caduta dei pazienti dovute ad aspetti strutturali o all'impaginato/ambiente e al cattivo stato di conservazione e manutenzione degli arredi e degli ausili.

Le risposte NO costituiscono Fattori di Rischio	SI	NO
<b>Spazi comuni interni ad U.O.</b>		
<b>Pavimenti</b>		
superfici pavimenti scivolosi		
presenza di dislivelli		
presenza di ostacoli		
presenza di cuneo di pericolo durante le operazioni di lavaggio		
<b>Caratteristiche</b>		
presenza corrimano		
illuminazione diffusa idonea		
illuminazione naturale idonea		
illuminazione di emergenza funzionante		
<b>Scale</b>		
presenza corrimano almeno da un lato		
gradini dotati di antiscivolo		
<b>Stanza di degenza</b>	SI	NO
illuminazione diffusa idonea		
illuminazione naturale idonea		
illuminazione di emergenza funzionante		
intercomunicazioni		
intercomunicazioni visibili al letto		
bed personalizzati nella stanza del letto funzionanti		
presenza luci notturne persone assistite		
assenza di ingombri non rimovibili		
mobilità carter (carrelli, comodini ecc.)		
presenza di tappeti		
presenza non scivolosa		
assenza di fili elettrici non idonei		
<b>Bagni</b>	SI	NO
distanza minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alla stanza della toilette		
apertura della porta senza intoppi		
intercomunicazioni		
intercomunicazioni visibili al bagno		
illuminazione diffusa naturale adeguata		
illuminazione di emergenza funzionante		
specchi rimovibili e che si vedono		
dotazione con dotazione di ausili		
pavimento non scivoloso		
compartimenti di chiusura raggiungibili dalla doccia/van e dai sanitari		
compartimenti di chiusura funzionanti		
tappeti antiscivolo		

Letto	SI	NO
regolabile in altezza		
possibilità di innalzare spondine		
spondine laterali a scomparsa		
ruote efficienti		
bracci efficienti		
compartimenti di chiusura raggiungibili facilmente		
presenza ausili per aiutare il paziente a inserirsi (es. trapuntini)		
<b>Comodino</b>	SI	NO
presenza di livello superiore		
piatto di appoggio regolabile in altezza e girabile		
ruote efficienti		
bracci efficienti		
<b>Aste per letto</b>	SI	NO
integrata nel letto		
lunghezza almeno cinque piedini		
ruote efficienti		
regolabile in altezza		
<b>Sedia a sedia</b>	SI	NO
ruote efficienti		
bracci efficienti		
braccioli rimovibili		
regolabili laterali e scorrevoli		
bracci rimovibili		
sistema di ancoraggio con cinture		
<b>Comoda</b>	SI	NO
ruote efficienti		
bracci efficienti		
braccioli regolabili		
regolabili in altezza		
spondine laterali a scomparsa		
ruote efficienti		
bracci efficienti		

Firma leggibile Responsabile U.O. \_\_\_\_\_  
 Firma leggibile Corvè, inf. soc. 05 \_\_\_\_\_



# Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti in ospedale



## Informativa al paziente/familiare

## Scheda segnalazione caduta

Data elaborazione	Febbraio 2017	Azienda Policlinico Umberto I	M/120906.05
Data approvazione	Aprile 2017	PRT gestione Cadute dei pazienti (PRT/120906.06)	Page 1 di 1
Rev. N°		vademecum per la prevenzione delle cadute (Allegato 5)	

**Consigli utili da seguire durante la degenza per la prevenzione delle cadute per il paziente/familiare**

- Durante il ricovero ospedaliero bisogna usare scarpe chiuse, della giusta misura, con suole di gomma che non scivolino sul pavimento ed indossare vestiti comodi che non intralmino i movimenti. Evitare lacci, abbigliamento troppo largo e pantaloni troppo lunghi.
- Controllare se è stato ben posizionato il pannello (in modo che non scenda durante la marcia).
- Le consigliamo fin da subito di osservare con attenzione l'ambiente circostante e tutti gli eventuali ostacoli presenti valutando distanze, oggetti mobili ed arredamento. È molto importante conoscere l'ambiente che ci circonda perché un ambiente nuovo può presentare pericoli sconosciuti. In caso di deficit visivi utilizzare sempre gli occhiali.
- Le ricordiamo di tenere il campanello vicino al letto e di non esitare a suonarlo in caso di necessità. I campanelli di allarme sono disponibili anche nei bagni, è importante imparare a riconoscerli.
- Assicurarsi che gli oggetti di uso frequente siano a portata di mano per evitare movimenti azzardati nel loro raggiungimento. Ad esempio occhiali, acqua, telefono cellulare, telecomando, pappagallo, ecc.
- Per agevolare la salita e la discesa dal letto tenerlo nella posizione più bassa possibile.
- L'autovalutazione del proprio stato psico-fisico è molto importante in modo da non compromettere la propria incolumità anche nelle azioni più comuni. Valutare stanchezza, debolezza, giramenti di testa, dolore ed eventuali problemi visivi. Ricordarsi che durante il ricovero possono essere somministrati farmaci che alterano le capacità funzionali, quindi massima prudenza.
- Quando ci si alza dal letto bisogna passare dalla posizione seduta muovendosi molto lentamente e respirando profondamente. Ci si può alzare solo dopo aver percepito bene il pavimento sotto la punta dei piedi. Rimettersi seduti immediatamente alla comparsa di vertigini.
- Quando ci si veste e ci si spoglia è importante farlo da seduti.
- Le chiediamo di porre massima prudenza nell'utilizzo del bagno. È importante usare sempre gli appositi maniglioni e in caso di incertezze o improvvisa urgenza evitare di correre per raggiungerlo. Cercare sempre di andare in bagno prima di dormire per evitare di doversi alzare durante la notte.
- Se si è abituati ad alzarsi di notte per andare in bagno, fare in modo che la camera sia illuminata (alzandosi al buio è facile urtare contro un ostacolo o inciampare).
- In caso di "paura di cadere" lo consigliamo agli operatori che la assisteranno a trovare il giusto ausilio per spostarsi in sicurezza.

Data elaborazione	Febbraio 2017	Azienda Policlinico Umberto I	M/120906.39
Data approvazione	Aprile 2017	PRT gestione Cadute dei pazienti (PRT/120906.06)	Page 1 di 2
Rev. N°	2	Scheda di descrizione della caduta del paziente (Allegato 2)	

**SCHEDA DI DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ (età \_\_\_\_\_) Sesso: M  F  Data di ricovero: \_\_\_\_\_

UD: \_\_\_\_\_

DAI: \_\_\_\_\_

Telefono UO: \_\_\_\_\_

**Sezione a compilazione infermieristica**

Data dell'evento: \_\_\_\_\_ Ore: \_\_\_\_\_ rischio caduta all'entrata  basso rischio  alto rischio

Chi era presente:  solo  altri pazienti  familiari  personale sanitario  altro \_\_\_\_\_

Modalità caduta:  dalla posizione eretta  da seduto  dal letto  dalla carrozzina  durante trasferimento  altro \_\_\_\_\_

Motivo:  perdita di forza  perdita di equilibrio  perdita di coscienza  inciampato  scivolato con pavimento sciolto  scivolato con pavimento bagnato  iguoso  Altro \_\_\_\_\_

Luogo:  stanza  corridoio  bagno  scala  ambulatore  esterni  altro: \_\_\_\_\_

Cosa stava facendo il paziente quando è caduto? \_\_\_\_\_

Tipo calzatura:  aperta  chiusa  scalzo  calzini \_\_\_\_\_

Mezzi di protezione in uso  No  Sì specificare: \_\_\_\_\_

Firma dell'infermiere: \_\_\_\_\_

**Sezione a compilazione medica**

Diagnosi all'ingresso: \_\_\_\_\_

Il paziente era autorizzato ad alzarsi  No  Sì \_\_\_\_\_

Esiti caduta:  nessun danno  danno lieve  danno moderato  danno severo  morte (Vedere legenda sul retro)

Descrizione: \_\_\_\_\_

P.A. in clinostasi: \_\_\_\_\_ e ortostasi: \_\_\_\_\_ (se possibile)

Accertamenti diagnostici richiesti:  nessuno  EX  TC  altro: \_\_\_\_\_

Terapia in atto:  sedativi del SNC  lassativi  diuretici  antipertensivi  altro \_\_\_\_\_

Prognosi:  nessuna  lieve: ≤ 3gg  moderata: da 4 a 20 gg  severa: da 21 a 30 gg  grave: ≥ 40 gg  decesso

Altre osservazioni: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

Inviare nella cartella clinica del paziente dopo aver inviato copia via fax alla Direzione Sanitaria - Fax 064959357 e al Risk Management - Fax 79871

Entrare 15/18 ore dalla caduta. Inviare al Risk Management una relazione clinica sull'evoluzione delle lesioni riportate ed altri esami inerenti la caduta stessa - Fax 79871

# Prevenzione morte materna e neonatale

## Racc. 6 e 16



Data elaborazione	Maggio 2018		PRD/120906.40	
Data Approvazione	Giugno 2018		Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto e prevenzione morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi	Pagina 1 di 22
Rev. N°				

**PROCEDURA AZIENDALE**  
per la  
**PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA**  
**CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO**  
e la  
**PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ**  
**PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500**  
**GRAMMI**  
(Implementazione Raccomandazioni Ministeriali N.6 e N.16)





SARONNO

# Infermiere aggredito in ospedale da un senzatetto

L'aggressore è stato denunciato dai carabinieri. È solo l'ultimo di una serie di episodi contro il personale sanitario in provincia: i sindacati chiedono un incontro al Prefetto

Sono inclusi €15 di credito iniziale



# «Colpito con calci e pugni, ho ancora paura». Parla il medico aggredito a Crotona

VIDEO | Francesco Bossio è l'anestetista vittima della vile aggressione insieme a due infermieri da parte di alcuni familiari di un paziente deceduto. L'Ordine dei Medici ha organizzato un sit-in martedì mattina per esprimere vicinanza e solidarietà ai colleghi



«Sto molto meglio rispetto ad avanti sera, credo che il primario di Chirurgia oggi mancherà a casa». Sono le prime parole che il dottore Francesco Bossio, anestesista

**ANSA.it Ultima Ora** Fai la ricerca Il mondo in immagini

Cronaca Politica Economia Regioni + Mondo Cultura Tecnologia Sport

ULTIMA ORA Ambiente • ANSA ViaggiArt • Eccellenze • Industry 4.0 • Legalità • Lifestyle • Mare • Motori

ANSA.it • Ultima Ora • **Medico aggredito davanti ospedale, grave**

## Medico aggredito davanti ospedale, grave

Colpita con cacciavite al collo, salvata da extracomunitario

Redazione ANSA  
CROTONA  
04 dicembre 2018  
16:29  
NEWS

Suggerisci Facebook Twitter Altri

SEZIONI NAPOLI 14° OROSCOPO **IL MATTINO.it** IL MATTINO

PRIMO PIANO ECONOMIA CULTURA SPETTACOLI SPORT TECNOLOGIA cerca nel sito... VIDEO FOTO

HOME NAPOLI AVELLINO BENEVENTO SALERNO CASERTA CALABRIA LE ALTRE SEZIONI

Cronaca Politica Cultura Style Ricordi d'infanzia

**NAPOLI**

DELIBERE APPROVATE Rifiuti a Napoli e provincia, si a progetti stabilizzazione per fumo

L'AMBIENTE Napoli, la Città metropolitana approva la delibera Ossigeno Bene Comune

IL RAID Fuorigrotta, ladri scatenati: rubate le batterie delle auto

Il Mattino > Napoli > Cronaca

## Napoli, infermiere aggredito: i sindacati invocano il Prefetto

Il braccio gira di 360 gradi: l'incredibile flessibilità della ragazza

IL VIDEO PIU' VISTO Dalla Camera di Commercio 2



## *Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

### RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

**Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione**

Diversi studi indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza. Nel nostro Paese mancano statistiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia appare necessario attivare misure di prevenzione per contrastarne l'occorrenza.

Con la presente Raccomandazione si intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Raccomandazione n. 8, novembre 2007



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO**



# Procedura aziendale

PROCELA AZIENDALE  
PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE  
DELL'ATTI DI VIOLENZA  
A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI



Allegato 4 – Modello di Scheda di Segnalazione

SCHEDA DI SEGNALAZIONE	
COGNOME E NOME	
UO/SERVIZIO	
DATA EVENTO	__/__/__
GIORNO EVENTO <small>(Barrare la casella d'interesse)</small>	LUN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
TURNO DI SERVIZIO <small>(Barrare la casella d'interesse)</small>	
L'AGGRESSIONE HA INTERESSATO PIÙ OPERATORI?	<input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO	
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE <small>(È possibile barrare più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
AGGRESSIONE VERBALE <small>(È possibile barrare più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
AGGRESSIONE FISICA <small>(È possibile barrare più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO <small>(È possibile barrare più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
ESITI DELL'EVENTO <sup>(1)</sup> <small>(È possibile barrare una sola casella per ogni campo)</small>	<input type="checkbox"/>
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO <small>(È possibile barrare più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
PROCEDURE FORMALI ATTIVATE <small>(È possibile barrare più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
DATA DI COMPILAZIONE	

NB: SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI

NB: SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI		
OPERATORE 2	QUALIFICA	ESITI <sup>(1)</sup> <small>NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo</small>
	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Danno psicologico</b> <input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE <small>NB: È possibile barrare più caselle</small> <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Danno fisico</b> <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 3	QUALIFICA	ESITI <sup>(1)</sup> <small>NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo</small>
	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Danno psicologico</b> <input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE <small>NB: È possibile barrare più caselle</small> <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Danno fisico</b> <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 4	QUALIFICA	ESITI <sup>(1)</sup> <small>NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo</small>
	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Danno psicologico</b> <input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE <small>NB: È possibile barrare più caselle</small> <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Danno fisico</b> <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 5	QUALIFICA	ESITI <sup>(1)</sup> <small>NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo</small>
	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Danno psicologico</b> <input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE <small>NB: È possibile barrare più caselle</small> <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Danno fisico</b> <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte



(1) Per esito dell'evento si intende l'intensità del danno totalmente o in parte attribuibile all'evento. Il danno è classificato in cinque classi: **Nessuno**: il soggetto è asintomatico; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; **Lieve**: il soggetto presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivascolazione); **Moderato**: il soggetto presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. intervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente e di lunga durata; **Severo**: il soggetto presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante; **Morte**: provocata o anticipata dall'evento.



SALUTE LAZIO  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE  
LAZIO



Sei in: [Home](#) \ [sala stampa](#) \ [dettaglio notizia](#)

Cerca tra tutte le news

Da  gg  mm  yyyy

a  gg  mm  yyyy

## SANITÀ: ISTITUITO L'OSSERVATORIO SULLE AGGRESSIONI AL PERSONALE



*L'Osservatorio avrà il compito di analizzare il flusso ministeriale del SIMES per quantificare il fenomeno ed elaborare un report annuale. Promuoverà iniziative di prevenzione e contrasto degli episodi di violenza a carico degli operatori sanitari anche attraverso il coinvolgimento delle Università e degli Istituti di formazione. Elaborerà campagne di comunicazione volte alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul fenomeno*

**10/07/2018 - Approvata la Delibera per istituire l'Osservatorio sulla sicurezza degli operatori**

sanitari. Una struttura fortemente richiesta dagli operatori per delineare e comprendere il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario che negli ultimi mesi ha visto aumentare a livello nazionale il numero dei casi denunciati.

Fanno parte dell'Osservatorio:

- l'Assessore alla Sanità e l'Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio;
- il Direttore della Direzione Salute;
- il Presidente della Commissione Consiliare regionale Sanità;
- i responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) delle Aziende;
- il responsabile della Direzione regionale INAIL;
- i Direttori generali delle Aziende e Enti del Servizio sanitario regionale (SSR);
- i Presidenti dell'Ordine dei Medici di Roma e delle province, dell'Ordine dei Medici Veterinari di Roma e delle province, dell'Ordine dei Farmacisti di Roma e delle province, dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma e delle province e i componenti del Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC).

L'Osservatorio avrà il compito di analizzare il flusso ministeriale del SIMES per quantificare il fenomeno ed elaborare un report annuale. Promuoverà iniziative di prevenzione e contrasto degli episodi di violenza a carico degli operatori sanitari anche attraverso il coinvolgimento delle Università e degli Istituti di formazione. Elaborerà campagne di comunicazione volte alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul fenomeno.

"Chi aggredisce un medico o un infermiere aggredisce se stesso. Stiamo parlando – ha spiegato l'Assessore alla Sanità e l'Integrazione Socio-sanitaria, **Alessio D'Amato** - di persone che con grande spirito di sacrificio e professionalità si spendono ogni giorno per il prossimo. Abbiamo deciso di istituire questo Osservatorio dopo aver incontrato nei giorni scorsi il Prefetto di Roma insieme al Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma per fare il punto sulla situazione e studiare una strategia comune per affrontare un fenomeno come quello delle aggressioni al personale sanitario che è in preoccupante aumento" conclude D'Amato.





## Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA  
Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 25 ottobre 2018, n. G13505

Approvazione "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari."



# DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

### Autori del documento:

*Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>; Anna Santa Guzzo<sup>1</sup>; Maurizio Musolino<sup>1</sup>; Antonio Silvestri<sup>1</sup>; Luca Casertano<sup>2</sup>; Alessandro Feola<sup>3</sup>; Luigi Tonino Marsella<sup>3</sup>; Giovanna Parmigiani<sup>4</sup>; Angelo Sacco<sup>5</sup>; Michele Treglia<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; <sup>2</sup>Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management Regione Lazio; <sup>3</sup>Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione - Sezione di Medicina Legale, Sicurezza Sociale e Tossicologia Forense, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"; <sup>4</sup>Medico Psichiatra; <sup>5</sup>Medico del Lavoro.

Prima emissione: 16 ottobre 2018



CENTRO REGIONALE  
RISCHIO CLINICO



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO**



# Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

**FASE 1**

Valutazione del rischio  
Elaborazione del PPV  
Misure di prevenzione e protezione



**FASE 2**

Riconoscimento e gestione dei comportamenti aggressivi

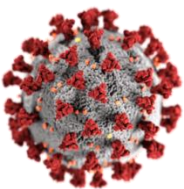


**FASE 3**

Supporto alla vittima  
Segnalazione e Analisi dell'evento  
Aspetti infortunistici e legali







**CORRIERE DELLA SERA**

**Virùs, primi due casi accertati in Italia**  
I turisti cinesi ricoverati a Roma, camera d'albergo sigillata. L'annuncio di Conte, bloccati i voli da e per la Cina

**LA MISERA DELLA PAURA**

**LA STAMPA**

**Libia, Sarraj lascia scappare i migranti**

**TRAPPOLA MAGHREBINA PER CONTE**

**Coronavirus, primi casi Ricoverati a Roma due cinesi: è allarme**

**È qui la festa?**

**Ferruccio de Bortoli Salvatore Rossi**

**LA RAGIONE E IL BUONSSENNO**

**Il Mulino**

**SPADA ROMA Il Messaggero SPADA ROMA**

**Virùs, due casi a Roma Bloccati i voli con la Cina**

**il Giornale**

**ESPLODE IL CONTAGIO**

**ITALIA INFETTA**

**IN VENETO IL PRIMO MORTO DI CORONAVIRUS**

**Focolaio a Lodi, 15 casi e 50mila in isolamento**

**Emergenza nazionale. L'Oms: «Difficile fermarlo»**

**idotte l'irpef tavolo**

**Una bomba economica sul Paese che produce**

**Perché la sana paura può evitare il panico**

**Renzi, Conte e la debolezza al potere**

**Armani spiazza: le modelle nude sono uno stupro**

**diu il Cittadino**

**I GIORNI DEL VIRUS**

**LA CITTÀ CHE CHIUDE**

**la Repubblica**

**Virùs, il Nord nella paura**

**Il fantasma del contrappasso**

**Dieci cose da sapere per evitare rischi**

**BORBONESE**

**Ma la scienza può fermarlo**

**Armani: la moda fa del male alle donne**

**SALUTE LAZIO**

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**REGIONE LAZIO**



Health Topics ▾

Countries ▾

Newsroom ▾

Emergencies ▾

Data ▾

About Us ▾

Home / Emergencies / Diseases / Coronavirus disease 2019

## Coronavirus disease (COVID-19) pandemic

[Public advice](#)

[Country and technical guidance](#)

[Donate](#)

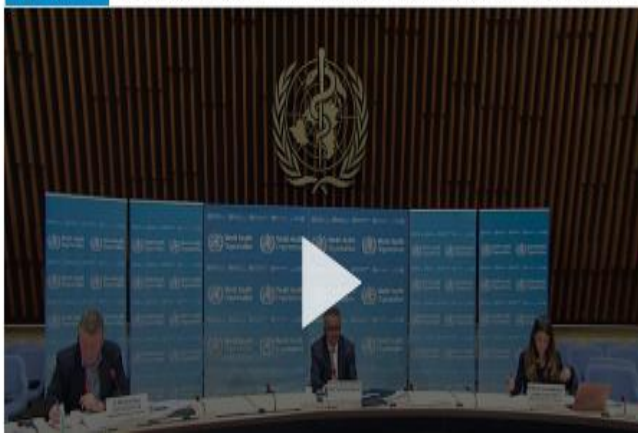
Type here your question on COVID-19.



[Your questions answered](#)



UPCOMING: Press Conference, Monday 01.06.2020 5:00 p.m. - 6:30 p.m. (Geneva Time - CEST)



WHO - Press Conference  
17:00-18:45



WHO - Press Conference  
17:00-18:00



WHO - Press Conference  
17:30-19:00

[Travel advice](#)

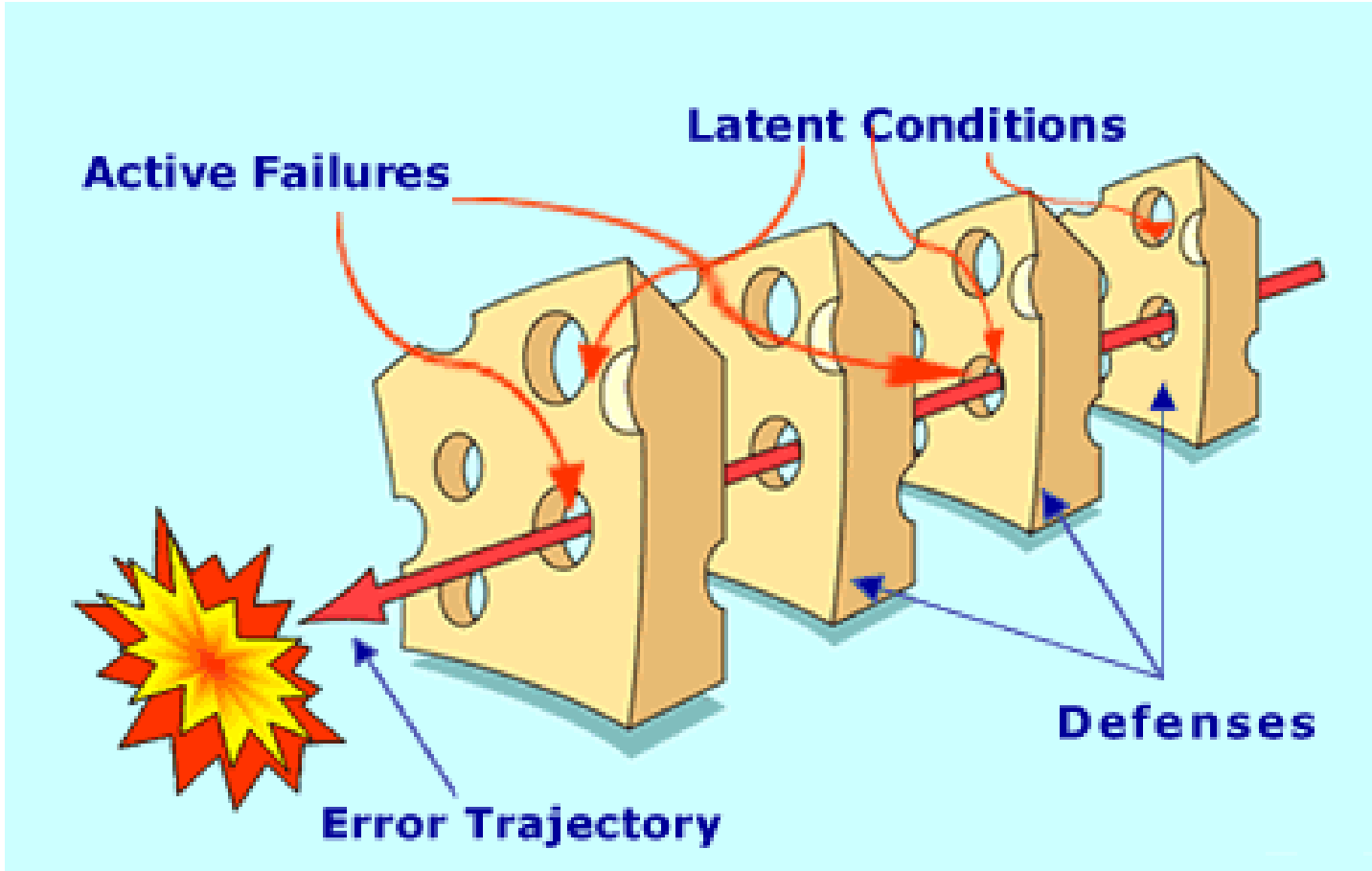
[Situation reports](#)

Attiva Windows

Passa a Impostazioni PC per attivare Windows.

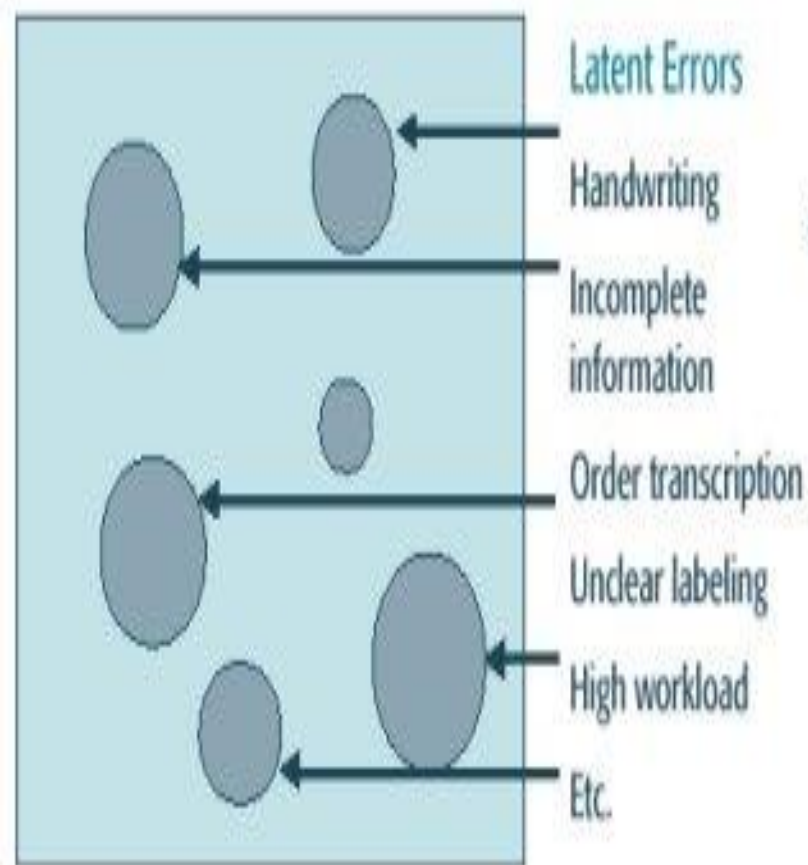
[Media resources](#)

# Swiss Cheese Model (J. Reason)

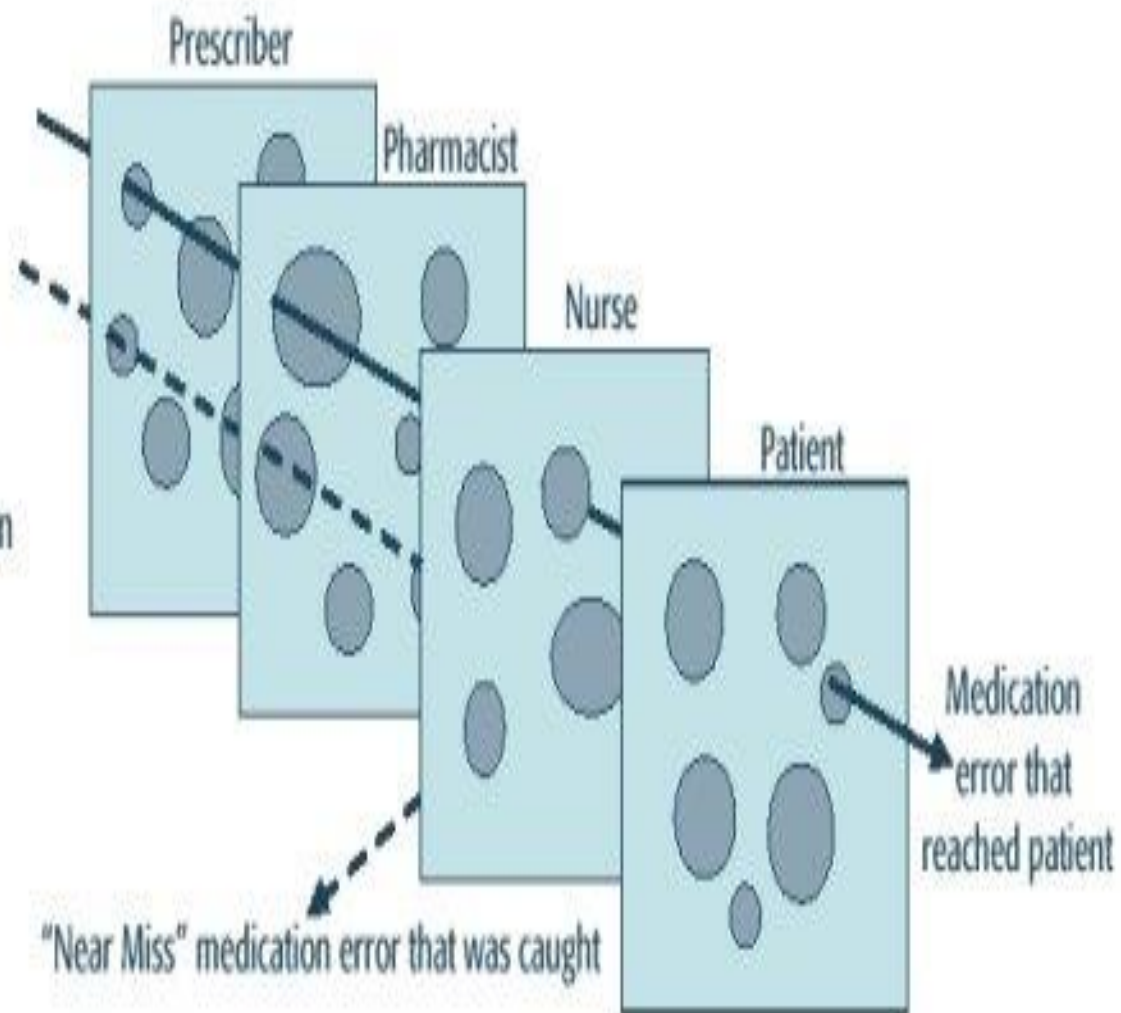


**Figure 1. "Swiss Cheese Model"**

**Panel A. Latent Medication System Errors**



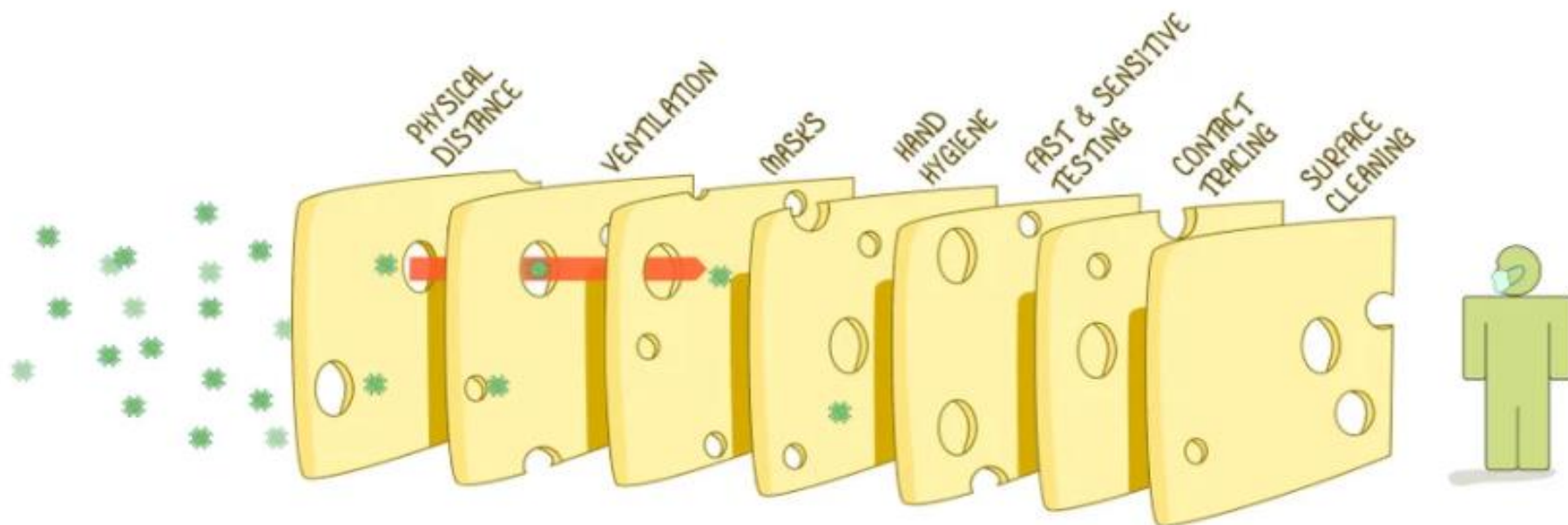
**Panel B. Defensive Layers in the Medication System**



Latent medication system errors (*Panel A*) and defensive layers against error (*Panel B*) in the medication system.

# THE SWISS CHEESE RESPIRATORY VIRUS DEFENCE

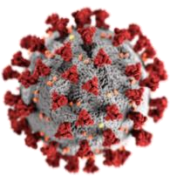
RECOGNISING THAT NO SINGLE INTERVENTION IS PERFECT AT PREVENTING SPREAD



EACH INTERVENTION (LAYER) HAS IMPERFECTIONS (HOLES).  
MULTIPLE LAYERS IMPROVE SUCCESS.

IAN IN THACKER  
VIOLOGYDOWNUNDER.COM  
DERIVED FROM @SKETCHPLANNATOR  
BASED ON THE SWISS CHEESE MODEL OF ACCIDENT CAUSATION BY SWISS ENGINEER GUYAN 1990





# Vittime collaterali pandemia Covid19



Negativo al coronavirus

## Vittime collaterali del Covid: "In attesa del tampone è morto per emorragia. Non vedrà mia sorella sposarsi"

Roberta Caliano — 6 Aprile 2020



VIDEO



SPAGNA

Spagna: i malati cronici, vittime collaterali del Covid-19

ultimo aggiornamento: 24/05/2020

Sono 19 milioni gli spagnoli affetti da patologie croniche: durante la pandemia la maggior parte di loro non ha avuto accesso alle cure necessarie



LEGGI L'ARTICOLO >

EDIZIONI LOCALI | CORRIERE TV | ARCHIVIO | TROVOCASA | TROVOLAVORO | SERVIZI

**CORRIERE DELLA SERA** / CARDIOLOGIA



IL PUNTO



### Malattie del cuore, tumori, interventi rinviati: le vittime collaterali di Covid



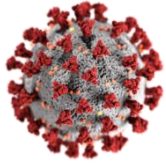
Effetti dell'epidemia a cui bisognerà porre rimedio: le nuove diagnosi di cancro si sono ridotte del 52%, morti per infarto aumentati di tre volte. Undicimila i decessi «extra»



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE LAZIO**



## Reducing the Risk of Diagnostic Error in the COVID-19 Era

Tejal K Gandhi, MD, MPH<sup>1</sup>, and Hardeep Singh, MD, MPH<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Press Ganey Associates LLC, Boston, Massachusetts; <sup>2</sup>Center for Innovations in Quality, Effectiveness and Safety, Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center and Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

Gandhi and Singh | Diagnostic Error in the COVID-19 Era

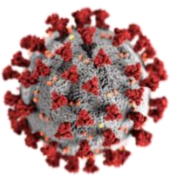
TABLE. User-Friendly Nomenclature of Diagnostic Errors Anticipated in the COVID-19 Pandemic

Nomenclature	Description	Additional Context
Classic	Missed or delayed COVID-19 diagnosis in a patient who presents with respiratory symptoms	Currently the most well-known and common error, mostly because of nonavailability of tests and/or false-negative tests.
Anomalous	Missed or delayed COVID-19 diagnosis in a patient who presents with nonrespiratory symptoms	Atypical symptoms including gastrointestinal symptoms (abdominal pain, diarrhea) and olfactory symptoms (anosmia) make it easier to miss the diagnosis, especially if respiratory symptoms are absent. New syndrome associations are emerging.
Anchor	Missed or delayed non-COVID-19 diagnosis because it was assumed to be COVID-19	Patients are being told they are "presumed COVID-19 positive," which may or may not be true. Several conditions, including bacterial pneumonia, bronchitis, and sinusitis could be missed in absence of full evaluation including reliable and accurate testing.
Secondary	Missed or delayed non-COVID-19 or secondary diagnosis in a patient being treated with known COVID-19 disease	COVID-19 patients have coagulopathy, and reports of concurrent pulmonary embolism have emerged. Worsening respiratory function may be attributed to the known COVID-19 diagnosis rather than a new pulmonary embolus. Concomitant infections (eg, influenza) can also be missed by attributing new symptoms to COVID-19.
Acute Collateral	Delayed diagnosis of acute non-COVID-19 diagnoses because patients are not coming in for evaluation because of infection risk	Recent concerns have been raised regarding reductions in admission for AMI and stroke because people may be staying home from fears of possible infection risk related to a trip to the hospital.
Chronic Collateral	Delayed diagnosis of ambulatory conditions when appointments or elective procedures are canceled	Examples include when a woman decides to cancel a screening mammogram that would have shown a worrisome finding or when the health system cancels a diagnostic colonoscopy that would have shown a malignancy.
Strain	Missed or delayed non-COVID-19 diagnosis in non-COVID-19 patient because of heightened state of attention to COVID-19 patients in an overwhelmed health system	While hospitals are surging with COVID-19 patients, patients without COVID-19 may not get the same quality or timeliness of evaluation. Overcrowding and "halfway evaluation" is a known risk factor for disrupting the patient-clinician interaction and is associated with delays in care and failure to diagnose. Non-COVID-19 patients may get care from clinicians who are filling in for others and are possibly less experienced in the relevant domain of care.
Unintended	Any missed or delayed diagnosis because of less direct interactions, including rapid increase of telemedicine and PPE	Increasing use of telemedicine has been very beneficial but could be accompanied by certain risks as well, particularly of misdiagnosis. For example, a rash or abdominal pain could be misdiagnosed when only observed on a computer or phone screen rather than in-person or when there are technical difficulties with the connection.

Note: Error types may not be mutually exclusive.

Abbreviations: AMI, acute myocardial infarction; COVID-19, coronavirus disease of 2019; PPE, personal protective equipment.



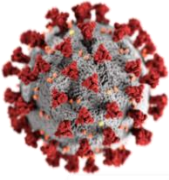


# Classificazione errori diagnostici nella pandemia Covid19

- **Classic:** mancata o ritardata diagnosi di Covid19;
- **Anomalous:** mancata o ritardata diagnosi di Covid19 in pz. senza disturbi respiratori (sintomi atipici);
- **Anchor:** mancata o ritardata diagnosi di patologia NON- Covid19 perché pz ritenuto Covid19;
- **Secondary:** mancata o ritardata diagnosi di patologia NON- Covid19 o diagnosi secondaria in pz con Covid19;
- **Acute Collateral:** ritardata diagnosi di patologia acuta NON-Covid19 perché il pz si rivolge in ritardo al medico per paura di infettarsi;
- **Chronic Collateral:** ritardata diagnosi di patologia ambulatoriale per annullamento di visita o procedura elettiva a causa dell'emergenza covid19;
- **Strain:** mancata o ritardata diagnosi di patologia NON- Covid19 in pz NON-Covid19 per l'elevata e prevalente attenzione a pz Covid19 in caso di sovraccarico dell'organizzazione sanitaria;
- **Unintended:** tutte le mancate o ritardate diagnosi a causa di visite effettuate tramite la telemedicina.







Rahmani

ran int appear to tran room. reports therapy as diab

Case 3 A 67-y and co respir opium fluid it the re perfor tomog brain confus COVII center with as

Case 4 A 60-y abdom referre to nori murph The pa investj confus

Case 5 A midl pulmo and rec staff as With i physici urinary respira oxygen

Discus The cu challen patient Findin in som in Iran approa other p to put i are asy their p



Medical errors during COVID-19 pandemic: the role of emergency medicine

Shaghayegh Rahmani\*, Kosar Deldar\*, Sara Hemati Ali\*

\*Innovated Medical Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

Received: 28 May 2020 Accepted: 29 August 2020 Published online: 10 September 2020

\*Corresponding author: Shaghayegh Rahmani, Email: rahmani@jemums.ac.ir

Competing interests: None. Funding information: None.

Citation: Rahmani S, Deldar K, Hemati Ali S. Medical errors during COVID-19 pandemic: the role of emergency medicine. Journal of Emergency Practice and Trauma 2020; 5(4): x-x. doi: 10.34172/jept.2020.28.

Introduction

It is about three months from the first reported case of COVID-19 in China and after a while, the World Health Organization (WHO) declared it as a global health concern and it became a pandemic (1). Nowadays, many countries all over the world are involved and the number of new cases and deaths are increasing (2). This pandemic cannot be compared with previous ones because of the social media and promoting public knowledge. This awareness has its Pros and Cons. People with any signs and symptoms rush into emergency departments (EDs) to be evaluated as suspicious cases of COVID-19. In this situation, triage staffs have a difficult time to separate different cases and identify the main patients' complaints (3).

As we mentioned before in our previous paper, although the number of cases other than COVID-19 has decreased significantly these days, some EDs might be at the risk of miss management (4). Shortage of personal protective equipment (PPE) and overcrowding of EDs are two important influential factors in miss-triage of patients in this pandemic (5).

One of the main differences between this pandemic and the previous ones is the presence of an emergency medicine specialist in EDs. Emergency medicine science is added to

medicine to reduce medical errors. These physicians are trained to perform an extensive and detailed assessment of patients as soon as possible. The role of emergency medicine and physician-led triage is important in this period. We believe that the recruitment of an emergency medicine specialist in corona centers helps to reduce the number of medical errors and missed ED diagnoses. We report some cases of near missed cases in our academic center.

Case 1

A middle-aged male patient referred to our hospital with dyspnea. The emergency medical services (EMS) called the emergency medicine physician to refer him to the corona center. After tacking a brief history, it was found that he had chest pain, dyspnea and history of diabetes mellitus. Electrocardiogram confirmed ST elevation myocardial infarction and patient was transferred to the cardiology unit immediately.

Case 2

A young female with respiratory distress and fever referred to the ED. The triage nurse asked EMS to transfer her to a corona center. It was at the end of the shift of the emergency medicine specialist, when she inadvertently

http://jept.ijpt.azn.ir 10.34172/jept.2020.28 Case Series



© 2020 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

- **Caso 1:** paziente maschio mezza età con dispnea inviato su percorso covid dopo triage: diagnosi STEMI - Covid negativo;
- **Caso 2:** giovane ragazza con distress respiratorio e febbre inviata su percorso covid dopo triage: diagnosi Chetoacidosi diabetica - Covid negativa;
- **Caso 3:** donna di 67 anni Tossico-dipendente, pupille puntiformi e progressi episodi di overdose di oppiacei viene inviata sul percorso covid per febbre dispnea e confusione diagnosi Overdose, polmonite ab-ingestis Covid negativa;
- **Caso 4:** donna di 60 anni con febbre dolore addominale di tipo colico e tosse secca inviata su percorso covid diagnosi colecistite acuta - Covid negativa;
- **Caso 5:** maschio mezza età con BPCO e disturbi urinari invato su percorso covid per SatO2 bassa, diagnosi ritenzione acuta di urine in BPCO con ossigenoterapia a permanenza - Covid negativo.



# Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

## Legge 24/2017



### ART. 1.

(Sicurezza delle cure in sanità).

- 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
- 2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla **prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.**
- 3. **Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale,** compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.





**Safe:** Avoiding harm to patients from the care that is intended to help them.

**Effective:** Providing services based on scientific knowledge to all who could benefit and refraining from providing services to those not likely to benefit (avoiding underuse and misuse, respectively).

**Patient-centered:** Providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions.

**Timely:** Reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.

**Efficient:** Avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas, and energy.

**Equitable:** Providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socioeconomic status.





Contatti: +393665831538 0649979568  
annasanta.guzzo@uniroma1.it



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE  
LAZIO**