



Risk Management in hSR

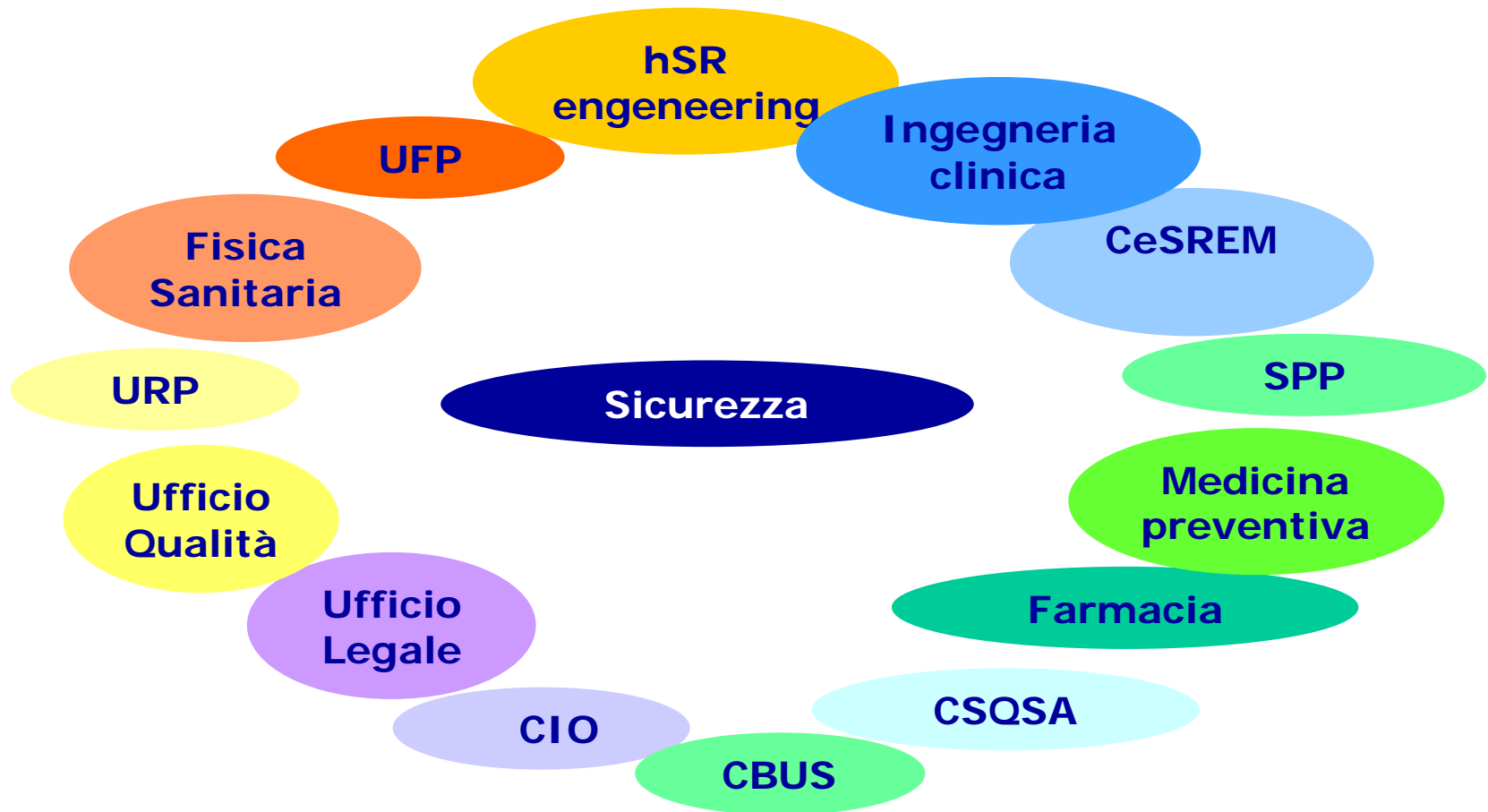
Alberto Sanna

Pierangelo Bonini

Gianna Zoppei

alberto.sanna@hsr.it

Visione integrata UGR



CeSREM

**Centro Studi San Raffaele Rischi Errori in
Medicina:**

Dott.ssa Gianna Zoppei (Presidente)

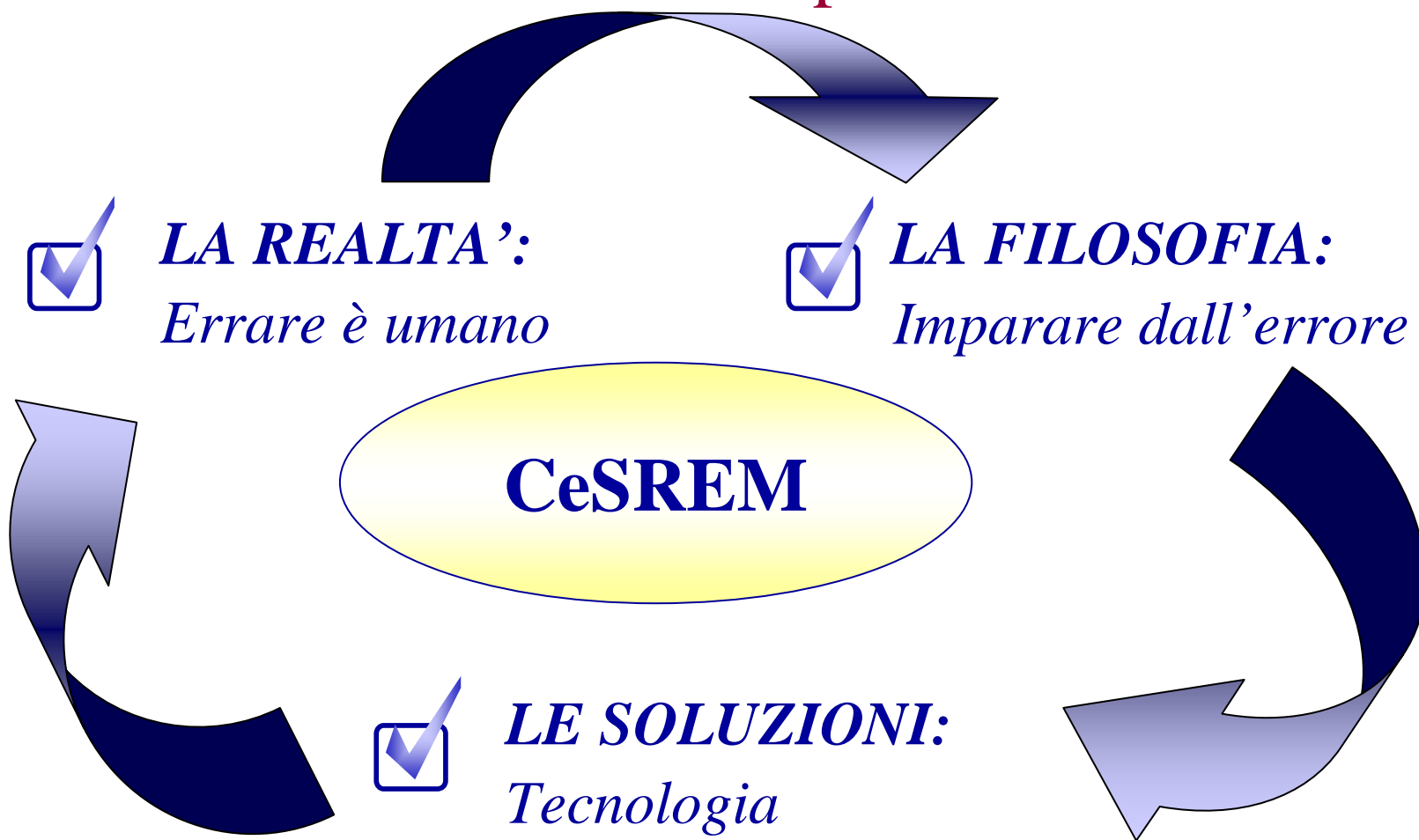
Prof. Pierangelo Bonini (Direttore Scientifico)

Ing. Alberto Sanna (Direttore Tecnico)

Ing. Fabio Merlotti

Dott.ssa Gaia Mirandola

La sicurezza del paziente



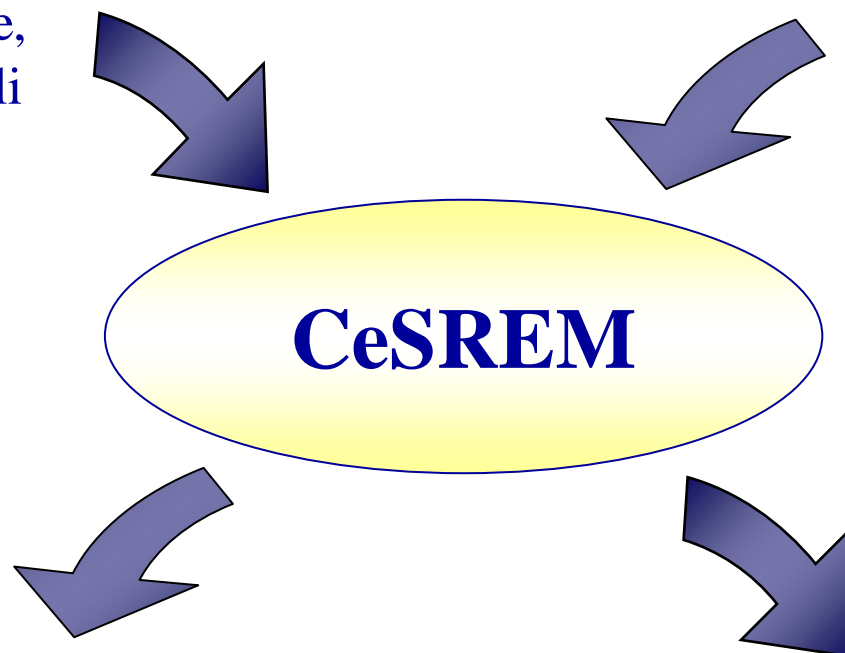
Attività

Imparare dall'errore

Dati di letteratura,
indagini statistiche,
UGR, aspetti legali

Analisi del rischio

Ingegneria della
sicurezza



CeSREM

Formazione

Attività istituzionali

(Collaborazioni istituzioni
scientifiche)



L'approccio alla Persona vs Sistema

Persona

Si focalizza su azioni non sicure, errori e violazioni procedurali degli operatori

CeSREM

Sistema

Gli errori sono visti come conseguenze, più che cause, aventi origine nei fattori sistemici

L'approccio al sistema

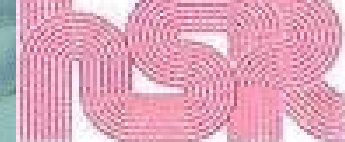
Error reporting

NSR		SCHEDA SEGNALAZIONE "POTENZIALI" ERRORI *	N°U.O.		
Descrizione evento					
(*) Si fa riferimento alle seguenti categorie di potenziali errori o errori (vedi PSQ 004): <input type="checkbox"/> farmaco <input type="checkbox"/> documentazione clinica <input type="checkbox"/> apparecchiature <input type="checkbox"/> procedura clinica <input type="checkbox"/> identificazione paziente Per garantire la riservatezza delle informazioni e l'efficacia di questo sistema, EVITARE di rendere riconoscibile l'evento ed identificabili gli attori coinvolti, omettendo la compilazione dei dati ritenuti critici.					
SEGNALATE LE CASELLE CHE INTERESSANO L'EVENTO CHE STATE RIPORTANDO		Come è stato identificato l'evento. A partire da:			
Importanza del potenziale danno <input type="checkbox"/> grave: rischio di morte o di invalidità permanente <input type="checkbox"/> medio: rischio di allungamento della degenza <input type="checkbox"/> lieve: disagio per il paziente		<input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> operatori coinvolti <input type="checkbox"/> cartella clinica/documentazione <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> strumentazione			
Luogo evento		Fase del processo clinico coinvolta dall'evento			
<input type="checkbox"/> Camera paziente <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Pronto soccorso <input type="checkbox"/> Locale infermieri <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Ambulatorio		<input type="checkbox"/> accoglienza <input type="checkbox"/> diagnosi <input type="checkbox"/> dimissione <input type="checkbox"/> procedura chirurgica <input type="checkbox"/> diagnosi <input type="checkbox"/> prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> terapia			
CRITICITA' NELLE ATTIVITA'					
Per ciascuno dei fattori proposti valutare il grado di influenza su una scala da 1 a 5					
	Non contribuisce	Potrebbe aver contribuito	Ha contribuito	Ha contribuito molto	Fattore determinante
NON RISPETTO DELLE NORME E PROCEDURE PROTOCOLLI, PROCEDURE E REGOLAMENTI INADDEBITI O MANCANTI	1	2	3	4	5
DOCUMENTAZIONE SANITARIA MANCANTE O LACINIOSA	1	2	3	4	5
TECNOLOGIE (strumento non funzionante, rotto, obsoleto...)	1	2	3	4	5
SPAZI DI LAVORO MAL GESTITI O NON IDONEI	1	2	3	4	5
CONDIZIONI AMBIENTALI (rumore, caldo...)	1	2	3	4	5
TRASPORTO	1	2	3	4	5
PERSONALE (personale non informato, straniero, inadeguato...)	1	2	3	4	5
FATICA, DISTRIBUZIONE DEL LAVORO	1	2	3	4	5
DISTRIBUZIONE RUOLI E RESPONSABILITA' NON CHIARA	1	2	3	4	5
CANALI COMUNICATIVI INEFFICIENTI	1	2	3	4	5
RAPPORTI INTERPERSONALI	1	2	3	4	5
FALLIMENTI NELLE DIFESE					
GLI STRUMENTI SANITARI CONTRIBUISCONO AD IDENTIFICARE L'ERRORE (allarmi, blocchi automatici...)?	1	2	3	4	5
GLI STRUMENTI SANITARI CONTRIBUISCONO A LIMITARE LE POSSIBILI CONSEGUENZE DELL'ERRORE?	1	2	3	4	5

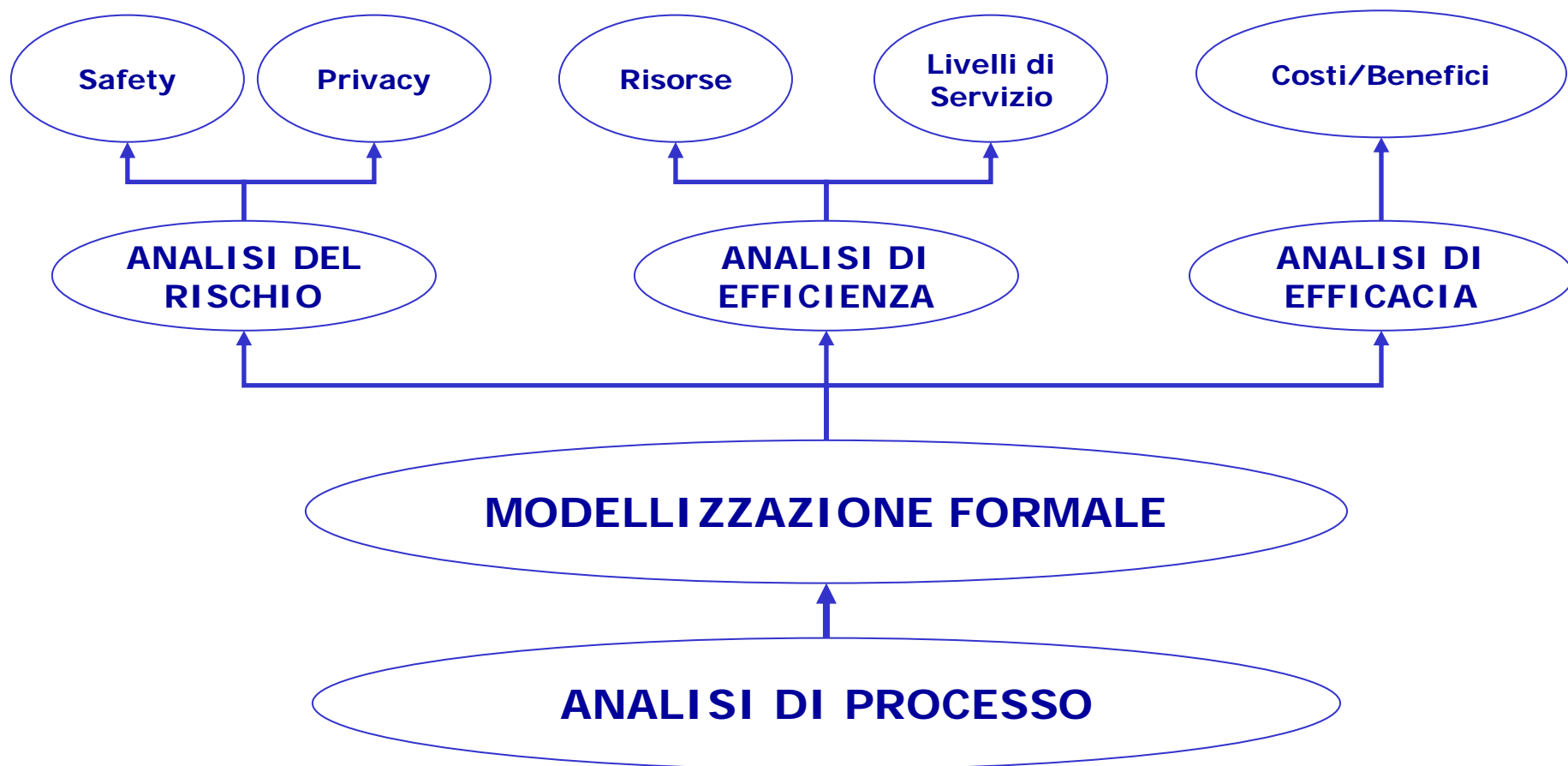


Analisi di processo, rischio,...





Strumenti di supporto alle decisioni complesse





Risk Management in hSR

Alberto Sanna

Pierangelo Bonini

Gianna Zoppei

alberto.sanna@hsr.it