



Il Triage intra-ospedaliero e la Gestione del Rischio Clinico

Prof.ssa Anna S Guzzo

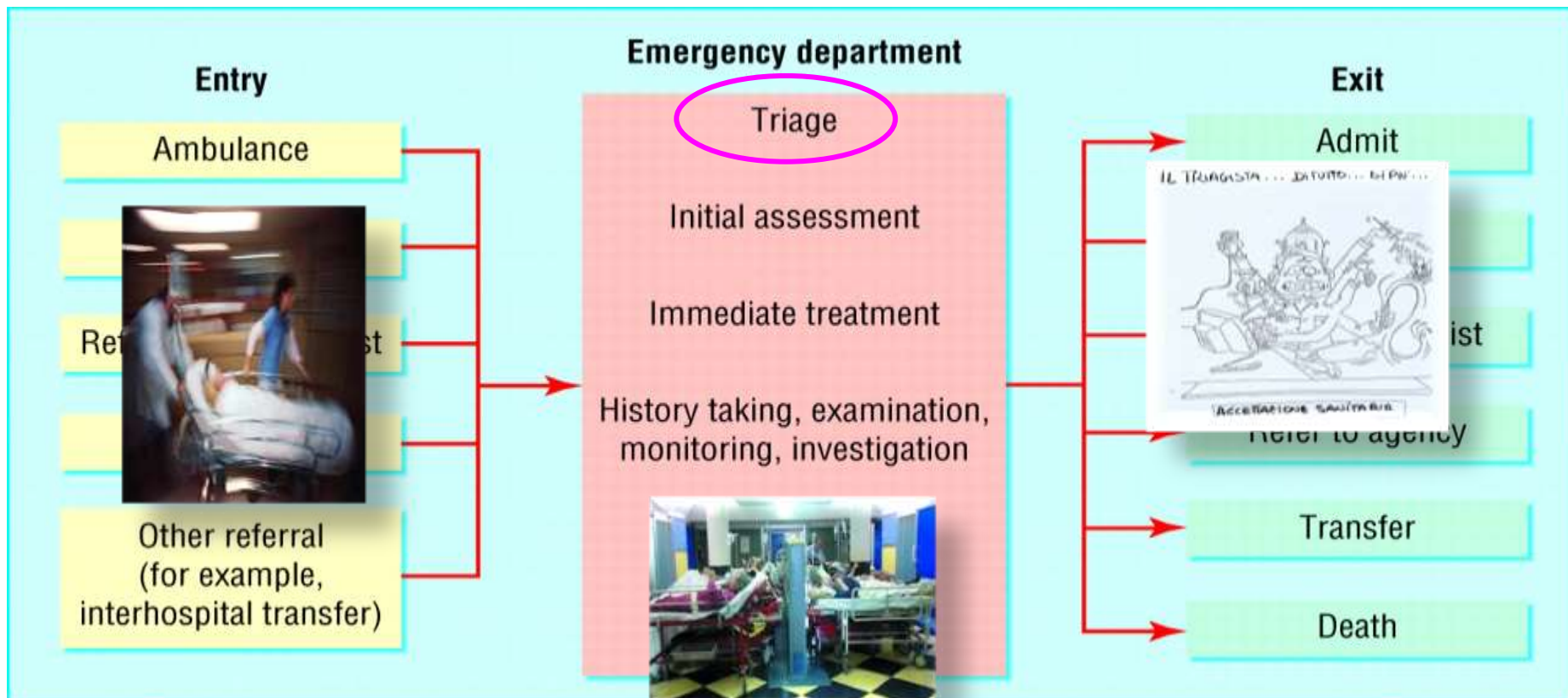
15-16 marzo 2023

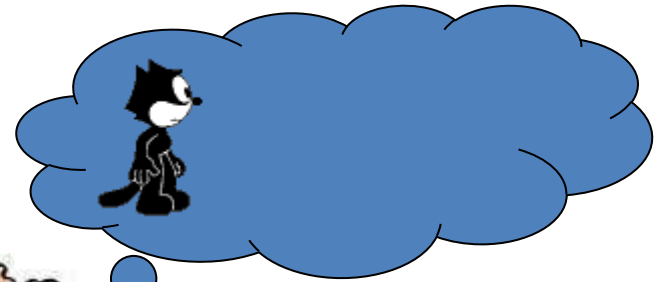
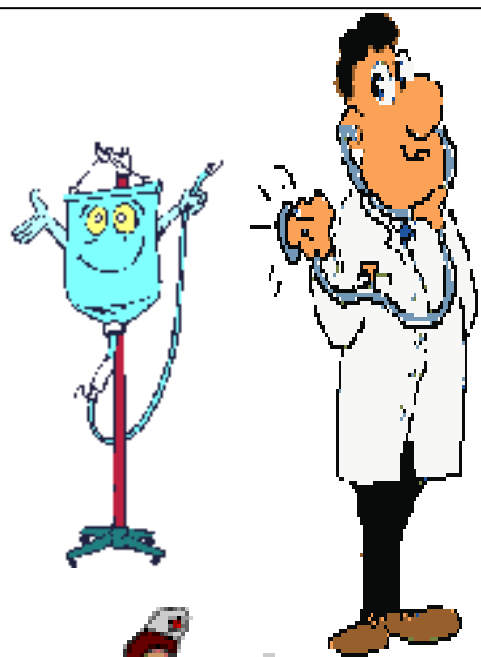


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**







Processo di triage

1. Fase della valutazione immediata
2. Fase della valutazione soggettiva 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



L'ARROCCETTONE
L'illustrazione per l'argomento di anestetico è arrivata di notte, dopo un colloquio a Taranto, il giorno prima del fatto del gas

La macchina che somministra ossigeno

I casi precedenti



BERGAMO
Nel marzo 2005 Anselmi, 65 anni, si sottopone ad un'operazione di chirurgia. Dopo due ore viene sottoposto al gas. Il medico che lo opera è il dottor...

MILANO — Un anestetico, il protossido di azoto, al posto dell'ossigeno nella respirazione «sbaglia di legge» in una sala operatoria dell'ospedale civile di Caserta (Caserta) (Taranto). I malati sono già morti a migliaia in altre parti del paese. L'ultima vittima ieri, a G., una donna di 75 anni. La prima da attribuire al errore, avvenne il 10 gennaio di Castelnuovo. Ma solo in una sala operatoria, in un ospedale di Taranto. Otto morti in 14 giorni. Spazi tutti al gas. Il tutto nella sala operatoria. La "M" è stato sostituito il gas, con il gas dell'ossigeno. In un ospedale di Taranto, il giorno di morte su cui si indaga è quello di martedì.



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 — Preoccupazione di ordine generale, dunque l'attenzione particolare che si sta dedicando dai ministeri e i comitati regionali per il rischio. Il ministro della Salute, Pierluigi Donato, è stato informato dal ministro della Sanità, Nicola Cosentino, che il rischio di errore è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto.

Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto.

IL GOVERNATORE

Vendola: puniremo duramente chi ha sbagliato



Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto.

Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto. Il ministro della Sanità, Nicola Cosentino, ha detto che il rischio è alto.



Eventi avversi in Italia



WWW.EPIPREV.IT

Rassegne e Articoli e:p 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

Riccardo Tartaglia,¹ Sara Albolino,¹ Tommaso Bellandi,¹ Elisa Bianchini,² Annibale Biggeri,² Giancarlo Fabbro,² Luciana Bevilacqua,³ Alessandro Dell'Erba,⁴ Gaetano Privitera,⁵ Lorenzo Sommella⁶

¹Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente, Regione Toscana

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

SLIPS

LAPSES

**azioni eseguite
in
modo diverso
da come
pianificato**

**fallimenti
della memoria**

AZIONI VOLONTARIE

MISTAKES

VIOLAZIONI

**tattiche e mezzi
utilizzati
inappropriati**

**Deliberate
inosservanze delle
procedure**



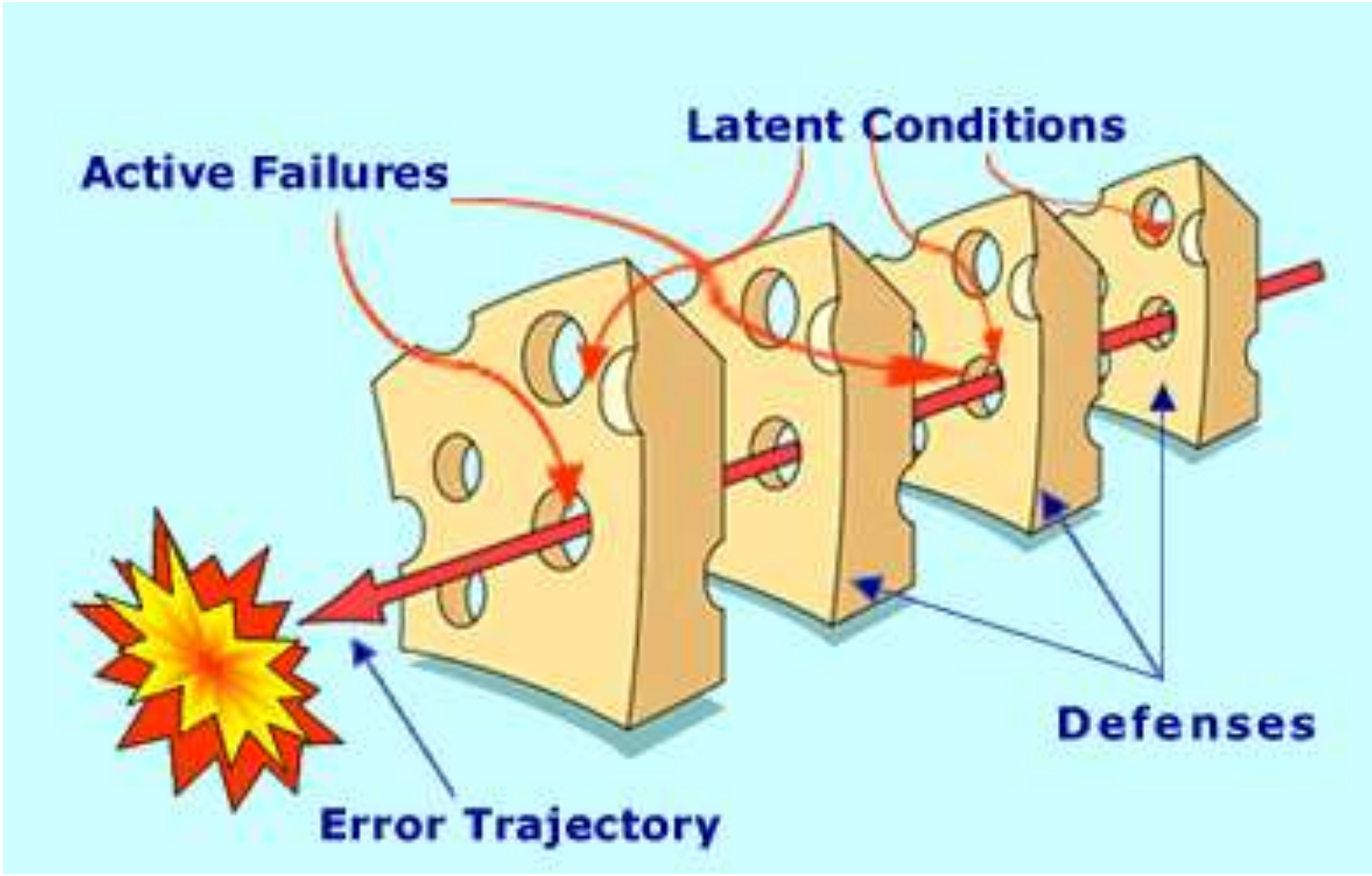
Fattori di sistema che influenzano l'insorgenza dell'errore

- 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)



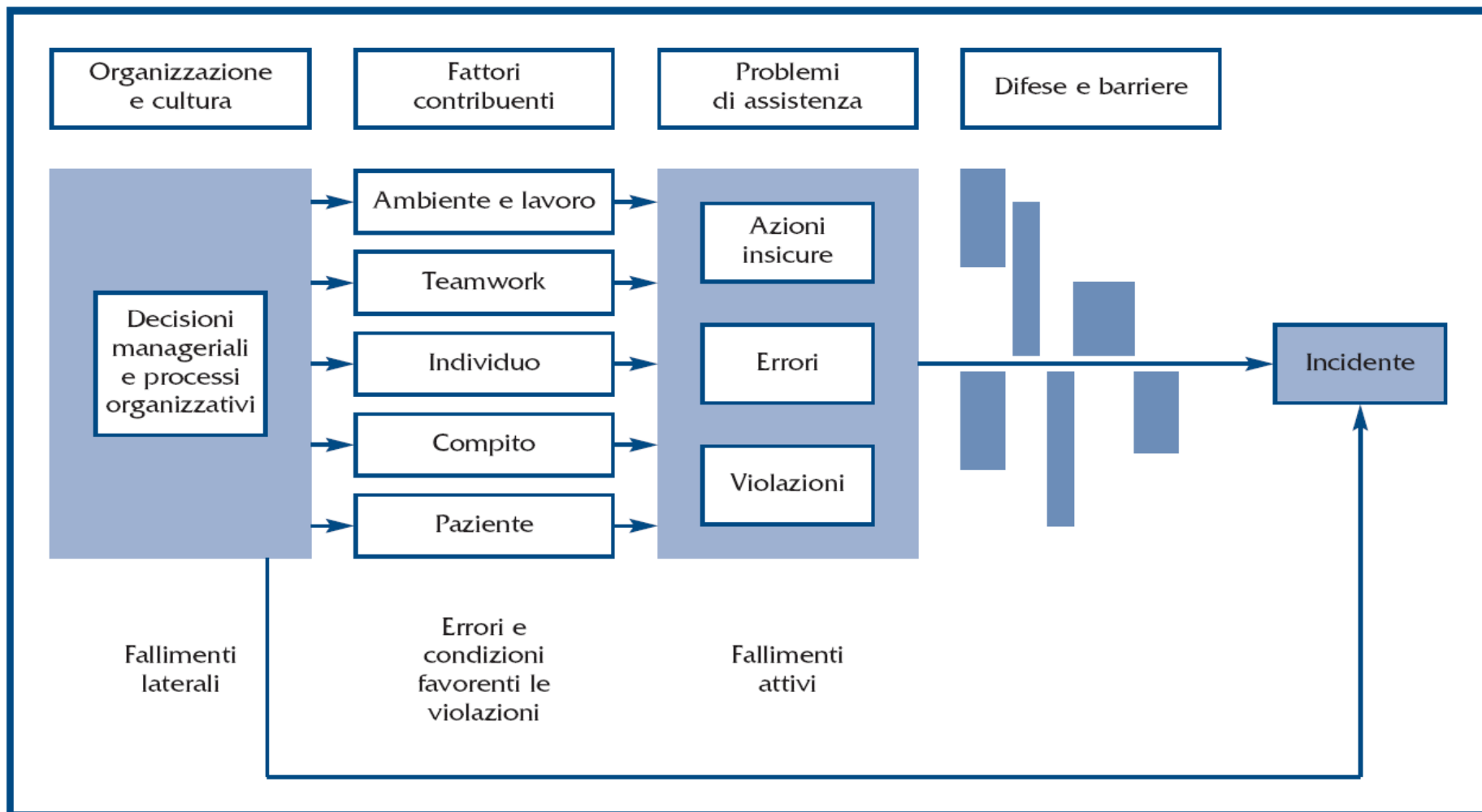


Fig. 1. Modello organizzativo degli incidenti.



“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”

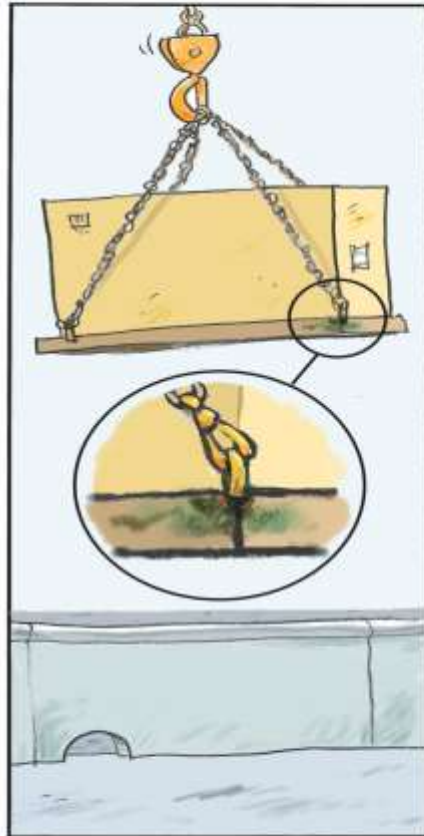
Cook R. et al. “Gaps in the continuity of care and progress on patient safety”
BMJ 2000;320;791-4



- Responsabilità



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



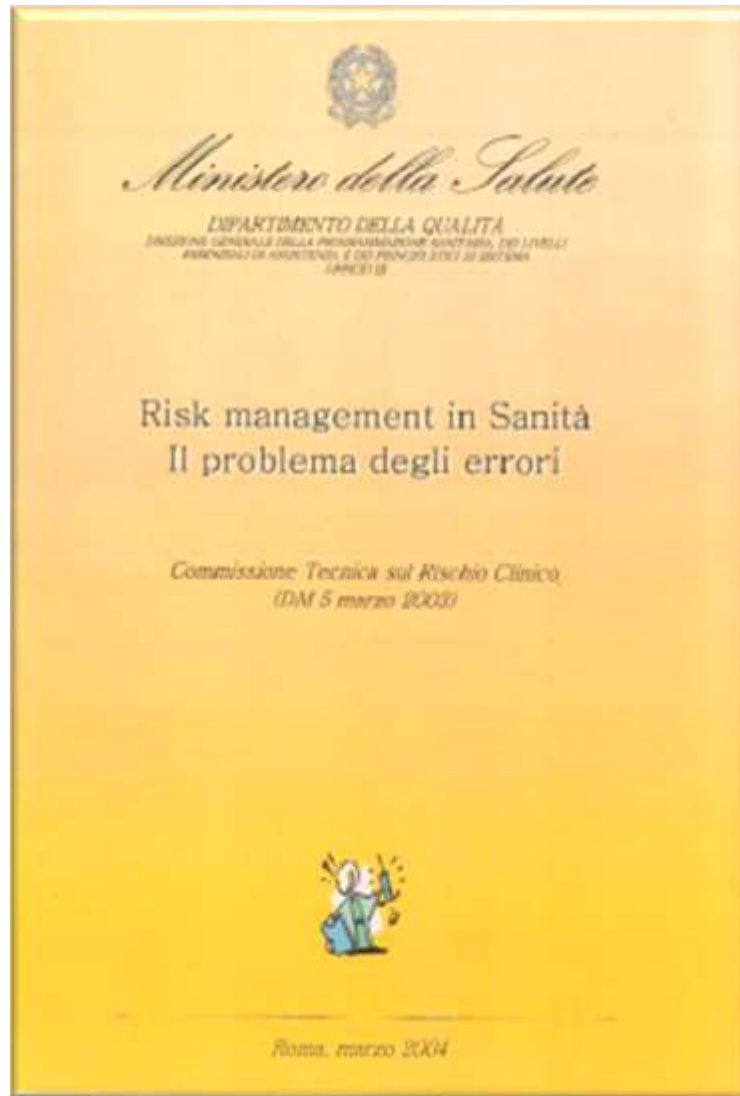


Misure preventive da considerare nel Risk Management per il D.E.A.

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



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

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III EN: DGPROGS

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



TIPO EVENTO

N°

%

MORTE O GRAVE DANNO
 SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO
 OGNI ALTRO EVENTO A CARATTERE
 ATTI DI VIOLENZA A DANNO
 STRUMENTO O ALTRO CHE RICHIEDA UN SOCCORSO
 MORTE O GRAVE DANNO
 MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE
 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 (INTRACORRANTE)
 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 sottomutato 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

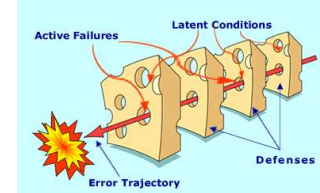
RGANO O

DEL SISTEMA

N°	%
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
1918	100

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.

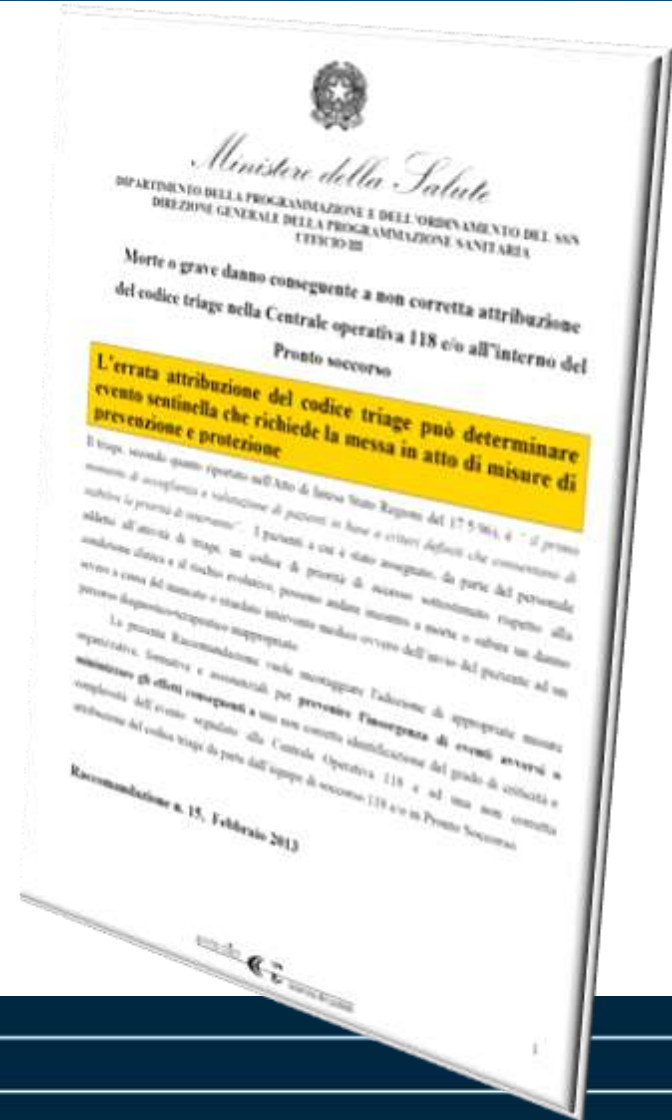
FATTORI ESTERNI

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

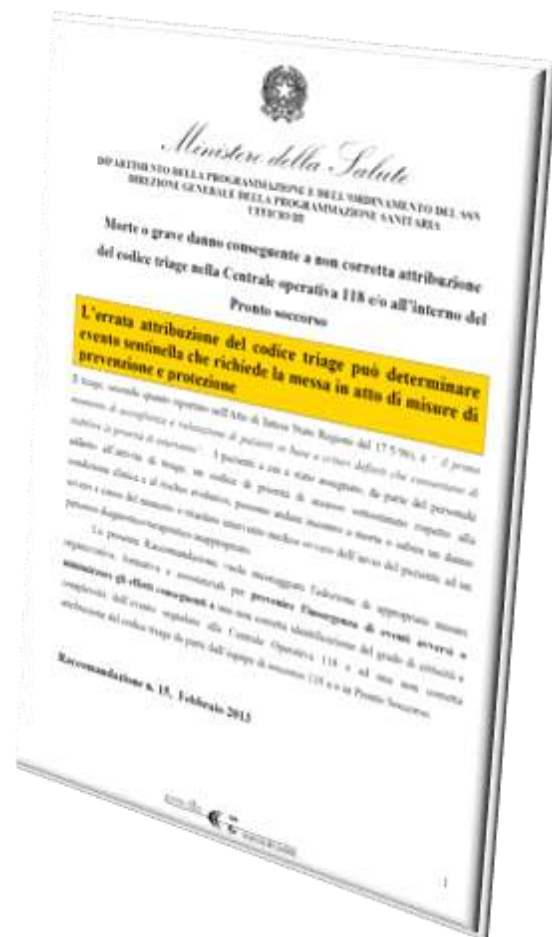




4. Azioni

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**





REVISIONE DEL 06/07/2021




DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

Autori del documento
Giuseppe Zabotni¹, Anna Santa Duzer², Maurizio Mussini³, Vincenzo Pini⁴, Antonio Silvestri⁵,
Giovanna Vetrugno⁶, Giuseppe Zingari⁷

Hanno collaborato alla stesura della revisione del documento
Innocenza Bernini⁸, Alessandro Bossi⁹, Maria Rita Caserta¹⁰, Stefania Cavatoni¹¹, Paolo D'Alagni¹²,
Annamaria De Paoletti¹³, Maria Serena Pini¹⁴, Valentina Olivero¹⁵, Francesca Iger Montesi¹⁶, Claudia
Lionardi¹⁷, Antonietta Lombardi¹⁸, Graziana Luciani¹⁹, Christian Napoli²⁰, Antonio Pagni²¹, Barbara
Pascini²², Francesca Rocco Pugliese²³, Marina Salvagni²⁴, Riccardo Sangalli²⁵, Maria Cristina Zappalà²⁶

Revisione del documento a cura di:
Giuseppe Zabotni¹, Giuseppe Vetrugno⁶

¹Centro Regionale Rischio Clinico Lazio, ²Aree Rete Operativa e Specialistica Regione Lazio, ³MSL
Roma 2, ⁴MSL Roma 1, ⁵MSL San Andrea, ⁶Policlino Tor Vergata

Revisione del 6 luglio 2021



Pagina 4 / 21



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

Pagina 6 / 20

REVISIONE DEL 06/07/2021

DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

INDICE

Elenco delle modifiche introdotte con la revisione _____ 2

3.0 Introduzione e rationale del documento _____ 3

2.0 Ambiti di applicazione _____ 4

3.0 Definizioni e abbreviazioni _____ 4

4.0 Modello teorico di riferimento _____ 5

PRINCIPI GENERALI

5.0 Documenti validi per la corretta identificazione della persona assistita _____ 6

5.1 Cittadini italiani e stranieri residenti _____ 6

5.2 Cittadini dell'Unione Europea dell'area Schengen e di Paesi
extracomunitari con accordi bilaterali egi l'OMC _____ 7

5.3 Cittadini dell'Unione Europea non aderenti agli accordi di Schengen
e di Paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia _____ 7

6.0 I due passaggi dell'identificazione della persona assistita _____ 7

7.0 Il braccialeto identificativo _____ 8

BOX 1 – PRONTO SOCCORSO	9
BOX 2 – REPARTO DI DEGENZA	11
BOX 3 – AMBULATORIO	13
BOX 4 – RADIOLOGICA	14
BOX 5 – TRAVAGLIO/PARTO	16
BOX 6 – TRASMISSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	17
BOX 7 – SOMMINISTRAZIONE FARMACI	17
BOX 8 – BLOCCO OPERATORIO	17
BOX 9 – TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO	17
BOX 10 – PERSONA CHE RICHIEDE L'ANONIMATO	18
BOX 11 – PERSONA CHE RICHIEDE L'ANONIMATO	18

8.0 Riferimenti bibliografici e normativi _____ 19

Allegato _____ 20

Pagina 1 / 20





Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I - SpA, SpA
 P.le S. Maria della Misericordia, 155 - Roma
 Direzione Amministrativa - Reparto di Direzione Generale di Direzione Generale

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO UMBERTO I

Direzione Sanitaria
 e per il loro ruolo
 e per il loro ruolo

Al Direttore IRI
 Al Direttore (Responsabile) della U.O.
 Al Direttore SANS
 Al Coord. Inf. Clin. / Tec.

Al Direttore Generale
 Al Direttore Amministrativo
 Al Risk Manager
 Al Responsabile EOC Prevalenza
 Al Dirigente Medico di Stato, Sanitario

Oggetto: trasmissione della Procedura attivata per la corretta identificazione del paziente

Il presente lo allego la Procedura attivata per la corretta identificazione del paziente - PRD/12006/SS con invito alla sua immediata applicazione ed alla relativa diffusione a tutto il personale interessato al fine della massima implementazione della procedura, venendo a trasmissione organizzativa inerenti di formazione/indicazione didattici.

Il Direttore Sanitario
 Carlo Alberto Paoletti

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I
 Direzione Amministrativa - Reparto di Direzione Generale di Direzione Generale
 Roma - P.le S. Maria della Misericordia, 155 - Roma
 Tel. +39 06 49991111
 www.policlinico-umberto1.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I - SpA, SpA
 P.le S. Maria della Misericordia, 155 - Roma
 Direzione Amministrativa - Reparto di Direzione Generale di Direzione Generale

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO UMBERTO I

PRD/12006/SS
 Pagina 1 di 25

Procedura per la corretta identificazione del paziente

PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
 Recepimento 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	Antonio De Amico	Anna
	Qualità e Risk Management	Deborah Spini	Anna
		Anna Maria Novelli	Anna
		Flaminio Pistorio	Anna
		Lucia Proietta	Anna
		Anna Saffredo Soria	Anna
Qualità e Risk Management	Esterina Lombi	Anna	Anna
		Tatiana Gerardi	Anna
Validazione	Qualità e Risk Management	Anna Santa Giusto	Anna
		Lucia Tisani	Anna
Approvazione	Direttore Sanitario	Alberto De Biasi	Anna
			Anna
Diffusione			Anna
			Anna
Verifica di applicazione	Responsabilità • Direttore U.O. • Coord. inf. Clin. / Tec.	Frequenza Quadrimestrale	
		Rev. N°	Data



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
1 rosso	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2 arancione	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3 azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4 verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5 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



CORSO di TRIAGE ON LINE
A cura del Coordinamento Regionale sul Triage
15 e 16 marzo 2023
1ª Giornata

8.00 – 8.15 Registrazione al corso
08.15 – 08.30 Saluti e Introduzione al corso (RIBALDI-MAGNANTI)
8.30 - 9.00 Normativa e aspetti medico legali (DE ANDREIS – MARCANGELO)
9.00 – 09.40 Metodologia Triage 5 Codici e attribuzione codice numerico/colore (GRILLI – TRANNE)
09.40 - 10.00 Requisiti strutturali organizzativi e formativi del triage (TRANNE – GRILLI)
10.00 – 10.20 La Gestione del Rischio Clinico e il Triage (GUZZO – TROMBA)
10.20 – 10.40 Privacy al triage (DE LUCA – MAGNANTI)
10.40 – 11.00 La comunicazione chiara, efficace ed empatica (TRANNE – MORETTI)

11.00 – 11.15 Pausa

PRESENTAZIONE SCHEDE SINTOMO/PROBLEMA ADULTO

11.15 – 11.35 Scheda Sintomo/Problema: **Dolore Toracico non traumatico**. Discussione Casi Clinici (TIMPONE-MARCANGELO)
11.35 – 11.55 Scheda Sintomo/Problema: **Le Sindromi Neurologiche Acute**. Discussione Casi Clinici (GRILLI – TRANNE)
11.55 -12.15 Scheda Sintomo/Problema: **Il Trauma**. Discussione Casi Clinici (DASCOLI – COCCIA)
12.15 – 12.35 Scheda Sintomo/Problema: **Dispnea** Discussione Casi Clinici (MARCANGELO – TIMPONE)
12.35 – 12.55 Scheda Sintomo/Problema: **Emorragia gastrointestinale** Discussione Casi Clinici (IACHETTINI -MAGNANTI)
12.55 – 13.15 Scheda Sintomo/Problema: **Sincope** Discussione Casi Clinici (COCCIA – TIMPONE)

13.15 -14.00 Pausa Pranzo

14.00-14.20 Scheda Sintomo/Problema: scheda Sintomo/Problema: **Cefalea** Discussione Casi Clinici (TRANNE – DASCOLI)
14.20-14.40 Scheda Sintomo/Problema: **Agitazione psicomotoria**. Discussione Casi Clinici (MORETTI – IACHETTINI)
14.40-15.10 Scheda Sintomo/Problema: **Le alterazioni della temperatura corporea e il paziente potenzialmente settico**. Discussione Casi Clinici (GRILLI – COCCIA)
15.10-15.40 **Dolore Addominale**. Discussione Casi Clinici (IACHETTINI – MAGNANTI)
15.40 – 16.00 Scheda Sintomo/Problema: **Paziente potenzialmente infettivo**. Il triage in corso di pandemie. (DE LUCA – MOSCETTINI)
16.00 – 16.30 Utilizzo della scheda GIPSE, la nuova scheda GIPSE WEB (MORETTI – IACHETTINI)
16.30 – 16.50 Fast-track – attività al triage (MARCANGELO – COCCIA)
16.50 – 17.00 Conclusioni e chiusura lavori prima giornata

2ª Giornata

PRESENTAZIONE SCHEDE SINTOMO/PROBLEMA PEDIATRICHE

8.00 – 8.10 Saluti e Presentazione II giornata – Sezione Pediatrica (LO RUSSO)
8.10 – 08.40 Attribuzione del codice numerico/colore in pediatria (LUCANI)
08.40 - 9.00 Scheda sintomo/Problema: **La Temperatura**. Discussione caso clinico (LUCANI)
9.00 – 09.20 Scheda sintomo/Problema: **Le Convulsioni**. Discussione caso clinico (ZITELLI)
09.20 - 10.00 Scheda sintomo/Problema: **Trauma cranico - Trauma del Bambino**. Discussione Casi Clinici (DI CASTRO - SPADA)
10.00 – 10.30 Scheda sintomo/Problema: **Abuso pediatrico**. Discussione Casi Clinici (DI CASTRO - SPADA)
10.30 – 10.50 Scheda sintomo/Problema: **Ingestione di corpo estraneo**. Discussione Casi Clinici (SPADA – DI CASTRO)
10.50 – 11.10 Pausa
11.10 – 11.30 Scheda sintomo/Problema: **Sincope**. Discussione Casi Clinici (SPADA - DI CASTRO)
11.30 - 11.50 Scheda sintomo/Problema: **La Dispnea**. Discussione caso clinico. (DI MARZI - MINOTTI)
11.50 – 12.10 Scheda sintomo/Problema: **Il Vomito. La Diarrea** Discussione caso clinico. (SILVI)
12.10 – 12.30 Scheda sintomo/Problema: **Dolore toracico non traumatico**. Discussione caso clinico. (FRASSANITO)
12.50 - 13.10 Scheda sintomo/Problema: **Eruzione cutanea**. Discussione caso clinico (MINOTTI)
13.10 – 13.30 Scheda sintomo/Problema: **La Glicemia**. (LO RUSSO – TROMBA)

13.30 – 14.00 Pausa Pranzo

PRESENTAZIONE SCHEDE SINTOMO/PROBLEMA IN AMBITO OSTETRICO E GINECOLOGICO

14.00 – 14.20 Metodologia del triage applicato alla donna in gravidanza (MOSCETTINI – RIZZI)
14.20 – 14.40 Scheda sintomo/Problema: **Contrazioni/sospetto travaglio/ travaglio di parto** (RIZZI – STRANO)
14.40 – 15.00 Scheda sintomo/Problema: **Rottura delle membrane e perdite vaginali non ematiche in gravidanza** (RIZZI – STRANO)
15.00 – 15.20 Scheda sintomo/Problema: **Problematiche del puerperio (entro 6 settimane dal parto)** (STRANO – RIZZI)
15.20 – 15.40 Schede sintomo/Problema: **Sanguinamento in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto e Dolore addominale e pelvico in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto** (PALAZZETTI – SPINA)
15.40 – 16.00 Schede sintomo/Problema: **Eclampsia/preeclampsia/ipertensione in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto e Infezione e potenziale sepsi in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto** (SPINA - PECORINI)
16.00 - 16.20 Schede sintomo/Problema: **Sintomi cardiovascolari, respiratori, gastrointestinali in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto e Sintomi ginecologici** (PECORINI – PALAZZETTI)
16.20 – 16.50 Il percorso delle vittime di violenza, abuso e maltrattamento. La violenza sessuale nell'adulto. (STRANO – PROIETTI)
16.50 – 17.00 Conclusioni e chiusura lavori seconda giornata

Attiva Wi



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: Cerca

Trovati 52 risultati

Evento	Professioni e crediti
1 NEUROPSICANALISI EVOLUZIONISMO, AFFECTIVE NEUROSCIENCE E PSICOTERAPIA	Vedi dettaglio professionisti
2 LA SICUREZZA DELLE CURE IN OSPEDALE. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE	Vedi dettaglio professionisti
3 LA SICUREZZA DELLE CURE IN OSPEDALE. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE	Vedi dettaglio professionisti
4 DALLA CIVP ALLA NIV NEL TRATTAMENTO DELLA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA	Vedi dettaglio professionisti
5 L'ABC DELLE INTOSSICAZIONI CORSO DI LIVELLO DI TOSSICOLOGIA CLINICA	Vedi dettaglio professionisti
6 LA QUALITÀ DEL RAPPORTO OPERATORE PAZIENTE. TECNICHE DI COMUNICAZIONE	Vedi dettaglio professionisti
7 DIABETE. EDUCAZIONE SANITARIA E STILI DI VITA	Vedi dettaglio professionisti
8 RACCOLGERE, STRUTTURARE E PRESENTARE DATI CON MICROSOFT EXCEL. CORSO PER OPERATORI SANITARI	Vedi dettaglio professionisti
9 LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SALA OPERATORIA	Vedi dettaglio professionisti

Accesso non effettuato

Pagamento

Archivio 2019 | Archivio 2018

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. Guzzi)

9.30 - 10.15: “La basi della Tecnica End: Empatia, Normalizzazione, Descalation” (M. Biondi)

10.15 - 10.45: “Esempi di comunicazione: Empatica, Normalizzante, Descalante” (L. Tarantini)

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. Tarantini)

15.00 - 16.00: “La Comunicazione di Cattive Notizie in ambito medico: proiezione video e discussione” (L. Tarantini)

16.00 - 16.30: chiusura corso e post-test

Tipologia

Progetto aziendale (obbligatorio)



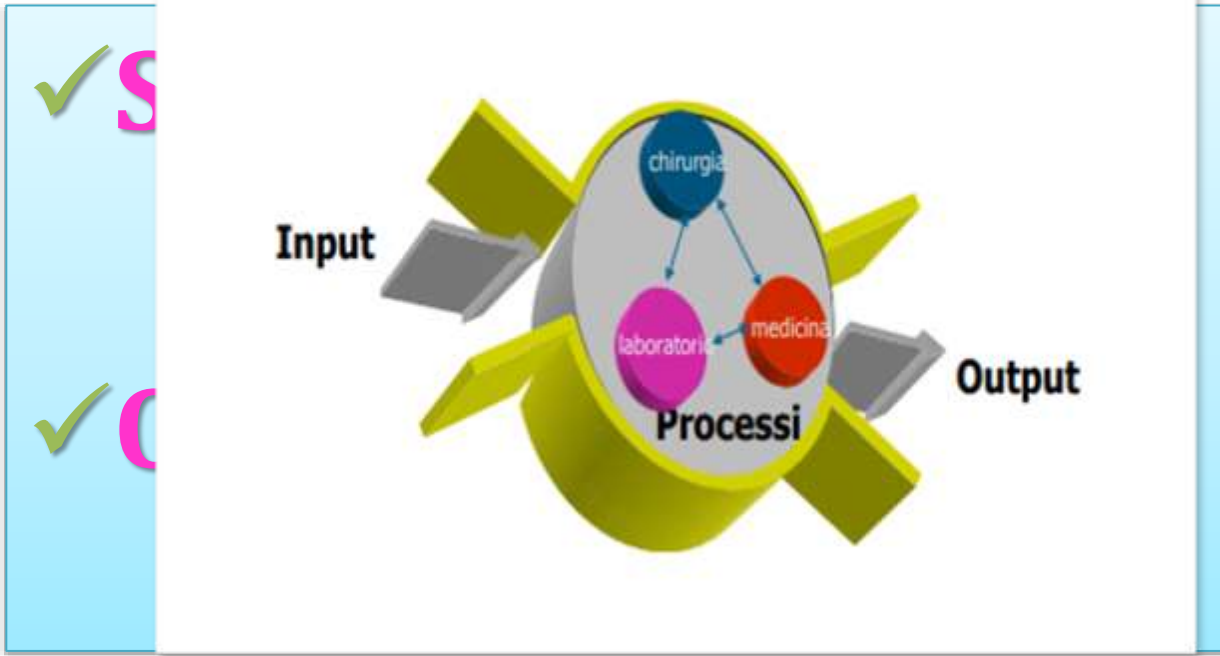
3. l'adozione di protocolli organizzativi diversificati

✓ Stop





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. I 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 ALLO STATO DEL PAZIENTE PRONIZIABILE	40
6. REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, TECNOLOGICI PER IL TRIAGE GLOBALE	40
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	42
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

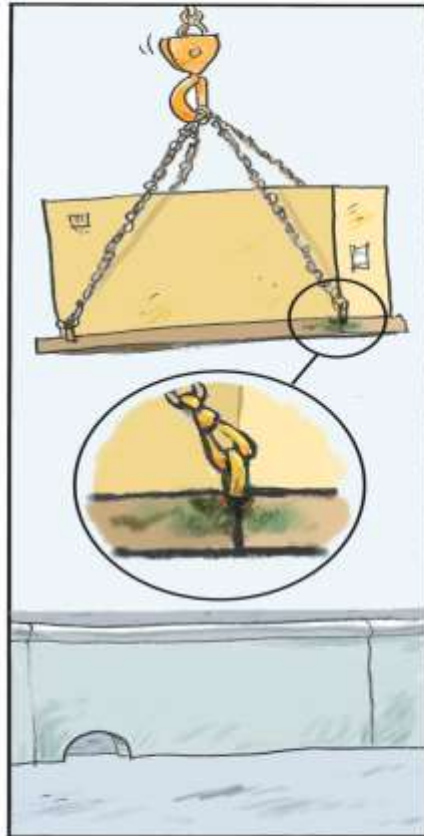
Evento Avverso

• Segnalazione

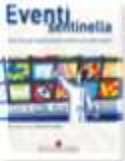
Near Miss

• Segnalazione

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 Policlinica Umberto I – Roma
Protocollo Generale
Parenza
no. a. 004636 del 10/08/2016

Ai Direttori DSD
Ai Coordinatori/Responsabili di Dipartimento
Ai Facilitatori rete aziendale gestione rischio clinico

per:

- A) Direttore Generale
- A) Direzione Amministrativa
- A) Dd. Farmacia ospedaliera
- A) Resp. Servizio Prevenzione e Protezione
- A) Medico Competente ospedaliero
- A) Dirigente ad interim, Area Sicurezza
- A) Dirigenti Medici di DSD, Sanitario
- A) Coordinatori del DSD, Sanitario

Oggetto: **Introdurre 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 ad alla totale diffusione a tutte il personale interessato.

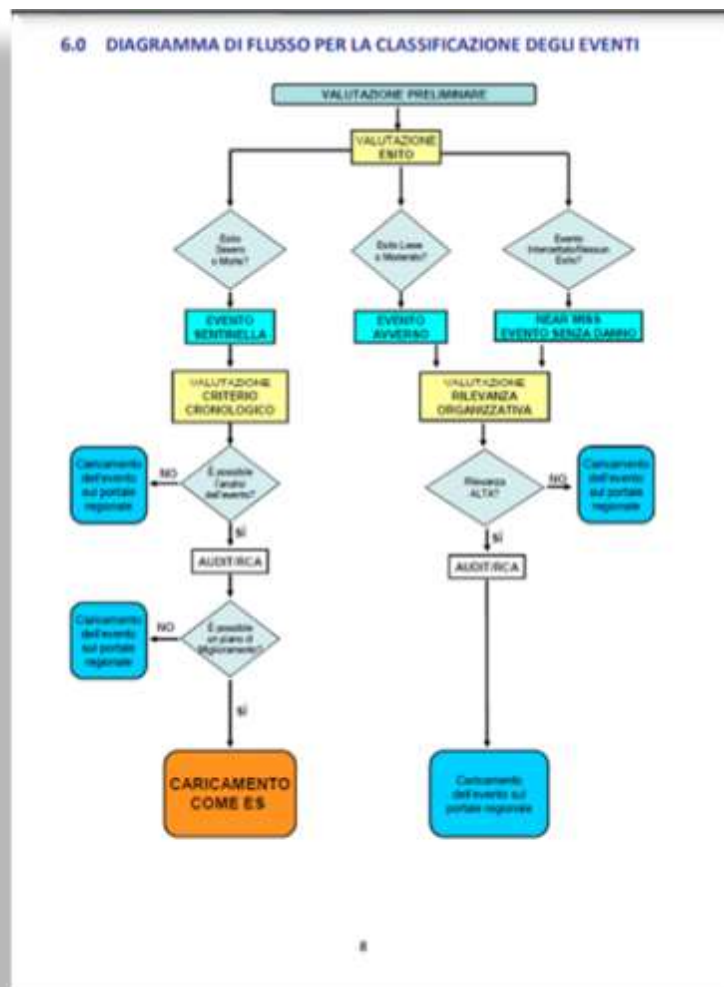
Il Direttore Sanitario
Dot. Paolo Parenza

Data elaborazione	Giugno 2016	Azienda Policlinica 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°			

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

Elaborazione	Qualità e Risk Management	Esteriole Corti Giuseppe Portogallo Tiziana Damiani	Firma: Firma: Firma:	Giugno 2016
Approvazione	Direzione Sanitaria Responsabile Qualità e Risk Management (Dr. Dd. ex Ord. Interno)	Alice Santa Suse Santella Valente	Firma: Firma:	Agosto 2016
Diffusione	Totale			Agosto 2016
Verifica di applicazione	Responsabilità • Direttore U.O. • Coordinatore U.O./Settore U.O.	Frequenza Quadrimestrale		
Revisione	Rev. N°	Data	Descrizione modifiche	A cura di

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



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



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti in ospedale

Valutazione paziente

Valutazione ambiente

Form titled "MODULO PER LA VALUTAZIONE DEL Rischio di CADUTE" (Module for the evaluation of the risk of falls). It includes a header with "Sistema Sanitario Regionale Lazio" and "PFR" (Piano di Formazione Regionale) information. The main section is a table for patient assessment with columns for "Sì" (Yes) and "No" (No) for various risk factors.

Paziente ad alto rischio	
Il paziente ha un'età superiore ai 65 anni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una storia di cadute precedenti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione dell'equilibrio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della vista	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione dell'udito	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della coordinazione motoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della cognizione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della comunicazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della mobilità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della nutrizione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della idratazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della temperatura corporea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della pressione arteriosa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della frequenza cardiaca	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della saturazione di ossigeno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della glicemia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità renale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità epatica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità cardiaca	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità polmonare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità endocrina	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità immunitaria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità nervosa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità muscolare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità scheletrica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità cutanea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità sensoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità motoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità di altro tipo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Form titled "Check list valutazione rischi ambientali" (Check list for environmental risk evaluation). It includes a header with "Sistema Sanitario Regionale Lazio" and "PFR" information. The form is a checklist for environmental risks, with columns for "Sì" (Yes) and "No" (No) for various items.

Check list valutazione rischi ambientali	
Il paziente ha una diagnosi di alterazione dell'equilibrio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della vista	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione dell'udito	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della coordinazione motoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della cognizione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della comunicazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della mobilità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della nutrizione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della idratazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della temperatura corporea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della pressione arteriosa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della frequenza cardiaca	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della saturazione di ossigeno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della glicemia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità renale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità epatica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità cardiaca	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità polmonare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità endocrina	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità immunitaria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità nervosa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità muscolare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità scheletrica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità cutanea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità sensoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità motoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha una diagnosi di alterazione della funzionalità di altro tipo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti in ospedale



*Informativa al
paziente/familiare*

Scheda segnalazione caduta

Non identificato		Autorella Policlinica Umberto I		M/120906_35	
Data ricovero		POT gestione Cadute dei pazienti (POT 120906_35)		Pagina 1 di 3	
NoC/		valutazione per la prevenzione della caduta (Liquida 1)			

Consigli utili da seguire durante la degenza per la prevenzione della caduta per il paziente/familiare:

- Quando il vostro assistente/assistente sociale venga a trovarvi, dalla giornata scorsa, con parole di gentilezza che non creino fastidio, chiedete se il vostro letto o la sedia su cui vi trovate è sicura e se sia necessario l'assistenza. Entrate liberi, allungamento sempre largo e pantaloni sempre larghi.
- Controllare se il materasso ha mantenuto il suo livello di elevazione e se non si è sformato durante la notte.
- La stimolazione in da sedile di movimento con assistenza (ambiente attrezzato) e tutti gli esercizi consigliati possono aiutarvi a mantenervi attivi, agili e in equilibrio. È molto importante movimenti e esercizi che si svolgono in piedi su un pavimento sicuro e per mantenere i piedi sempre a terra. In caso di difficoltà, visiti i fisioterapisti sempre gli assistenti.
- Le maniglie di sostegno e i supporti a muro di aiuto e di sostegno sono a vostra disposizione in caso di necessità. I supporti di aiuto sono disponibili anche nel bagno, è importante imparare a utilizzarli.
- Assicuratevi che gli oggetti di uso frequente siano a portata di mano per evitare movimenti serratati nel letto e nell'ambiente. Ad esempio: occhiali, acqua, telefono cellulare, televisore, pappagalie, ecc.
- Per agevolare le salite e le discese dal letto tenete la posizione più favorevole.
- L'addestramento del proprio corpo deve essere fatto in modo importante ed attento da non compromettere la propria mobilità anche nelle attività più comuni. Valutate il vostro stato, dalle forze, dai muscoli e dal vostro equilibrio. Ricordate che durante il ricovero possono essere prescritti farmaci che alterano la capacità motoria, quindi sempre in presenza.
- Quando vi alate dal letto bisogna prendere la posizione seduti (invece di pendere) lentamente e appoggiando il tronco. Ci si può alitare solo dopo aver percepito bene il equilibrio sul pavimento. Ricordate di usare sempre il supporto alla degenza di equilibrio.
- Quando si si viene e si si sposta è importante farlo da seduti.
- La distorsione di un piede (scalfiatura) produce nell'andare del bagno. È importante essere sempre gli assistenti e il vostro assistente e se siete in un ambiente sicuro e in un ambiente di lavoro per raggiungere. Consultare sempre il vostro assistente prima di andare in bagno per evitare di cadere vicino al letto.
- Se vi alitate sul letto di notte per andare in bagno, fate lo stesso che la mattina e durante la giornata di notte e facile usare un orinatoio o vasino (se presenti).
- In caso di "passo di caduta" la responsabilità è sempre degli operatori e la situazione è tenuta il più alto livello per operatori in sicurezza.

Non identificato		Autorella Policlinica Umberto I		M/120906_39	
Data ricovero		POT gestione Cadute dei pazienti (POT 120906_35)		Pagina 1 di 3	
NoC/		Scheda di descrizione della caduta del paziente (Liquida 1)			

SCHEDA DI DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Data di nascita: _____ Sesso: _____ Stato di salute: _____
ID: _____
NoC: _____
Tabella 10:

Sezione di compilazione infermieristica

Data dell'evento: _____ Tipo: _____ Modalità caduta: al suolo fuori letto altri rischi

Circa la gravità: solo altri pazienti familiari personale sanitario altri

Modalità caduta: dalla poltrona letto dal letto dalla toilette durante l'assistenza altro

Motivo: perdita di forze perdita di equilibrio perdita di coscienza intossicazione interazione tra farmaci
 altri farmaci particolari farmaci altri

Lungo: stesso contrario legge a terra soffitto intorno altro

Cosa stava facendo il paziente quando è caduto?
Tipo caduta: diretta indiretta altro

Motivi di prevenzione in uso: Sì No in quantità

Altre note dell'assistente:

Sezione di compilazione medica

Diagnosi all'ingresso: _____
Il paziente era sottile/obeso/obeso? Sì No

Fatti caduta? anemia diabete diabete diabete diabete diabete diabete diabete diabete diabete diabete diabete

P.A. in riferimento: normale aumentata non presente

Infermiere (delegato) (firma): _____ ES _____
Altre: _____

Temperatura: normale alta bassa normale alta bassa normale alta bassa

Pulsazioni: normale alta bassa normale alta bassa normale alta bassa normale alta bassa normale alta bassa

Altre: _____

Prevenzione morte materna e neonatale

Racc. 6 e 16



Area/Contratto	Spazio libero		POC/120906_40
Area/Regione	Spazio libero		Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto e prevenzione morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi
Rec. SPA			

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)





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

12:00 - 12:00

Aggressione - Soriano - Ospedale di Soriano - Soriano

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

VIDEO | Francesca Bossio è l'anzietista vittima della vita aggressiva: insieme a due infermieri da parte di alcuni familiari di un paziente disabile. L'Ordine dei Medici ha organizzato un sit-in martedì mattina per esprimere vicinanza e solidarietà ai colleghi

12:00 - 12:00

«Ho molto meglio rispetto ad avanti sera, credo che il primario di Chirurgia oggi metterebbe a nudo...» Foto in alto a destra: il dottor Francesco Bossio, anestesista

ANSA: Ultima Ora

Cronaca - Politica - Economia - Regioni + - Mondo - Cultura - Tecnologia - Sport

ULTIMA ORA - Ambiente - ANSA ViaggiArt - Eccellenze - Industry 4.0 - Legalità - Lifestyle - Mare - Moto

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
34 dicembre 2018
14:29
NEWS

Suggestivo
Facebook
Twitter
Altri

SE SEZIONE - NAPOLI 141 - SINGOLO

IL MATTINO.it

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 - Evvenza

NAPOLI

DELIBERE APPROVATE
Rifiuti a Napoli e provincia, si è progettata stabilizzazione per furore

L'ARDENTE
Napoli: la Città metropolitana approva la delibera Ossigeno Bene Comune

IL RAO
Fuorigiata, i taxi scatenati: rubate le batterie delle auto

IL MATTINO TV

Napoli, infermiere aggredito: i sindacati invocano il Prefetto

Il braccio gine 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 esistono evidenze sulla diffusione del fenomeno, tuttavia appare necessario attivare misure di prevenzione per scongiurare l'incidente.

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



Procedura aziendale



30/10/2018 - BULLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 68 - Supplemento n. 1 - Pag. 334 di 335

Allegato 4 – Modello di Scheda di Segnalazione

SCHEDA DI SEGNALE	
COGNOME E NOME	
UO/SERVIZIO	
DATA EVENTO	.../.../...
GIORNO EVENTO <small>(Indicare la casella d'interesse)</small>	LUN
TURNI DI SERVIZIO <small>(Indicare la casella d'interesse)</small>	
L'AGGRESSIONE HA INTERESSATO PIÙ OPERATORI?	<input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO	
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
AGGRESSIONE VERBALE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
AGGRESSIONE FISICA <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
ESITI DELL'EVENTO ⁽¹⁾ <small>(il possibile numero più caselle per ogni casella)</small>	<input type="checkbox"/>
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
PROCEDURE FORMALI ATTIVATE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/>
DATA DI COMPILAZIONE	.../.../...

30/10/2018 - BULLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 68 - Supplemento n. 1 - Pag. 335 di 335

NEI SEGRETI DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI

OPERATORE 2	QUALIFICA	ESITO ⁽¹⁾
SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Danno certificato
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> non certificato
TIPO DI AGGRESSIONE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/> VERBALE	<input type="checkbox"/> nessuno
	<input type="checkbox"/> FISICA	<input type="checkbox"/> lieve
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	<input type="checkbox"/> moderato
		<input type="checkbox"/> severo
		<input type="checkbox"/> morte

OPERATORE 3	QUALIFICA	ESITO ⁽¹⁾
SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Danno certificato
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> non certificato
TIPO DI AGGRESSIONE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/> VERBALE	<input type="checkbox"/> nessuno
	<input type="checkbox"/> FISICA	<input type="checkbox"/> lieve
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	<input type="checkbox"/> moderato
		<input type="checkbox"/> severo
		<input type="checkbox"/> morte

OPERATORE 4	QUALIFICA	ESITO ⁽¹⁾
SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Danno psicologico
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> non certificato
TIPO DI AGGRESSIONE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/> VERBALE	<input type="checkbox"/> nessuno
	<input type="checkbox"/> FISICA	<input type="checkbox"/> lieve
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	<input type="checkbox"/> moderato
		<input type="checkbox"/> severo
		<input type="checkbox"/> morte

OPERATORE 5	QUALIFICA	ESITO ⁽¹⁾
SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Danno psicologico
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> non certificato
TIPO DI AGGRESSIONE <small>(il possibile numero più caselle)</small>	<input type="checkbox"/> VERBALE	<input type="checkbox"/> nessuno
	<input type="checkbox"/> FISICA	<input type="checkbox"/> lieve
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	<input type="checkbox"/> moderato
		<input type="checkbox"/> severo
		<input type="checkbox"/> morte

(1) Per ogni dell'evento è indicato l'insieme dei danni riportati e le parti attribuite all'evento. L'evento è classificato in cinque classi: **Danno lieve**: il soggetto è addormentato, vegnno non sono stati rilevati traumi e non c'è reso necessario alcun trattamento; **Danno moderato**: il soggetto presenta sintomi lievi, in perdita di funzione o il danno è minimo, oppure moderato ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. aspirazione delle secrezioni o tamponamento nasale); **Danno grave**: il soggetto presenta sintomi che richiedono un intervento del tipo, intervento chirurgico, trattamento ospedaliero prolungato, o il verificarsi di un danno in una perdita di funzione permanente o di lunga durata; **Danno molto grave**: il soggetto presenta sintomi che richiedono trattamento ospedaliero o un intervento chirurgico/traumatico maggiore, o la sua situazione dell'aggravarsi al punto, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante; **Danno fatale**: personale e ampiezza dell'evento.





Sei in: Home \ sala stampa \ dettaglio notizia

Cerca tra tutte le news

Da gg ▼ mm ▼ yyyy ▼

a gg ▼ mm ▼ yyyy ▼

avvia ricerca

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 definire e comprendere il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario che negli ultimi mesi ha visto aumentare a livello nazionale il numero dei casi denunciati.

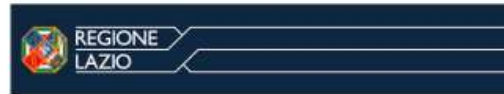
Fanno parte dell'Osservatorio:

- 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.





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

Autori del documento:
Giuseppe Sabatelli¹; Anna Santa Guzzo²; Maurizio Musolino³; Antonio Silvestri⁴; Luca Casertano⁵; Alessandro Feola⁶; Luigi Tonino Marsella⁷; Giovanna Parmigiani⁸; Angelo Sacco⁹; Michele Treglia⁹.

Revisione del documento a cura di:
Giuseppe Sabatelli¹; Michele Treglia⁹; Giuseppe Vetrugno¹.

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

Revisione del 6 settembre 2021





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

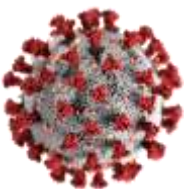
Riconoscimento e gestione dei comportamenti aggressivi



FASE 3

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







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. x 

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
29/05/2020

 WHO - Press Conference
17:00-18:00
27/05/2020

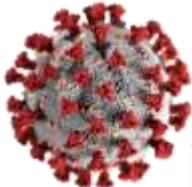
 WHO - Press Conference
17:30-19:00
25/05/2020

Travel advice

Situation reports

Media resources

Attiva Windows
Passa a Impostazioni PC per attivare Windows.



OPEN ACCESS

Fighting a common enemy: a catalyst to close intractable safety gaps

Hardeep Singh¹,^{*} Dean F Sittig,² Tejal K Gandhi¹

¹Center for Innovation in Quality Improvement and Safety, Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center and Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA
²School of Biomedical Informatics, University of Texas Health Science Center Houston, Texas, USA
^{*}Wesley Gray Associates LLC, Boston, Massachusetts, USA

Correspondence to: Dr Hardeep Singh, Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center (MID/OPMC), Center for Innovation in Quality Improvement and Safety (152), 2007 Holcombe Boulevard Houston, TX 77030, USA; hsingh@bcm.edu

Received 23 April 2020
Revised 16 June 2020
Accepted 18 June 2020

Check for updates

© Author(s) for this article (reprints) 2020. All rights reserved. No reuse permitted under CC BY-NC. No commercial reuse. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite Singh H, Sittig DF, Gandhi TK. BMJ Qual Saf 2020;29:e002130. Please include DOI Month Year.
doi:10.1136/bmjqs-2020-021300

Since March 2020, the world has faced a singular threat: COVID-19. The shared commitment and responsibility among everyone within and outside of healthcare to bend the COVID-19 curve has been unparalleled. Prior to the pandemic, this type of shared commitment has been discouragingly lacking for other major healthcare concerns such as patient safety.¹ Reasons for this include organisational leaders who are incentivised to focus on activities essential for reimbursement and quality measurement rather than those involving the promotion of safety culture and implementation of system-based approaches to improve safety, compounded by lack of clear ownership and accountability to solve long-standing safety challenges.²

The COVID-19 pandemic is leading to several ongoing impacts on the healthcare delivery system,³ many of which have patient safety implications and will be quantified in future work. We are witnessing negative effects from delays in care from patients not seeking (or unable to seek) healthcare, patients with complex chronic conditions not having ongoing ambulatory care and new types of diagnostic errors.⁴ However, we are also witnessing some early short-term positive effects in selected safety areas where the COVID-19 pandemic has provided a new glimmer of hope. As of now, several changes have occurred in at least three safety-related domains: (1) adoption of key attributes of safety culture (transparency, communication and collaboration); (2) rapid implementation of safety practices to care for the previously often neglected healthcare workforce; and (3) use of state-of-the-art health information technology (IT) to improve the safety of patients and clinicians within the healthcare delivery

system. Even though currently only temporary and not universal, the rapid adoption of these strategies demonstrates the potential of diverse stakeholders with competing interests to rally together against a common enemy, in this case a deadly virus.

Bringing about long-term changes and improvement of patient safety outcomes requires dedicated commitment efforts and conscious evaluation to minimise unintended consequences. Safety professionals are now uniquely positioned to contribute to the know-how of how to address organisational change to improve care, reduce variation and overcome long-term inertia.^{5,6} In this Viewpoint, we present some examples for optimism resulting from rallying against a common enemy and discuss why early transformation in three safety domains should be harvested to create permanent mechanisms to target another common enemy—preventable harm—in the near decade. In an effort to address long-standing safety challenges, we posit that harvesting lessons learned from early COVID-19 related transformations could sustainably ‘accelerate the curve’ of Diffusion of Innovations⁷ such that some organisations (so-called ‘laggards’ and ‘late majority’ that are delayed in adoption of best practices) will more rapidly adopt useful safety practices and innovations going forward (figure 1).

OVERCOMING INERTIA FOR SAFETY CULTURE

Despite being a major focus of safety efforts, a safety culture where everyone feels comfortable speaking up about errors and near misses without fear of unjust punishment has remained frequently unachievable.¹² Healthcare organisations have not prioritised transparency and

BMJ Qual Saf first published as 10.1136/bmjqs-2020-021300 on 18 July 2020. Downloaded from <http://bmjqs.bmj.com/> on August 24, 2020 by guest. Protected by copyright.

Viewpoint

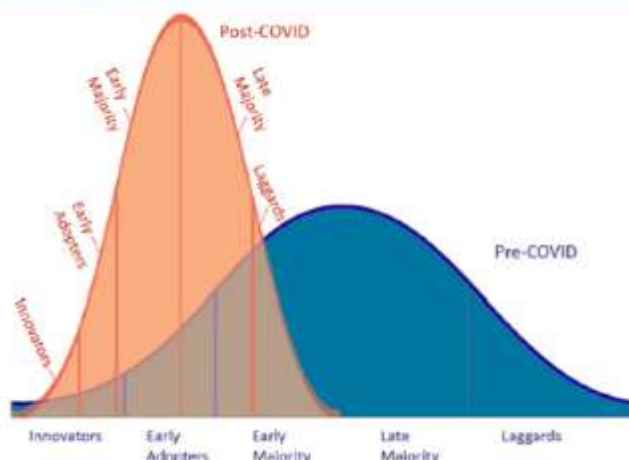


Figure 1 Potential use of COVID-19 as a catalyst to accelerate the Diffusion of Innovations curve for patient safety.

BMJ

Singh H, et al. BMJ Qual Saf 2020;29:e002130. doi:10.1136/bmjqs-2020-021300

1



Swiss Cheese Model (J. Reason)

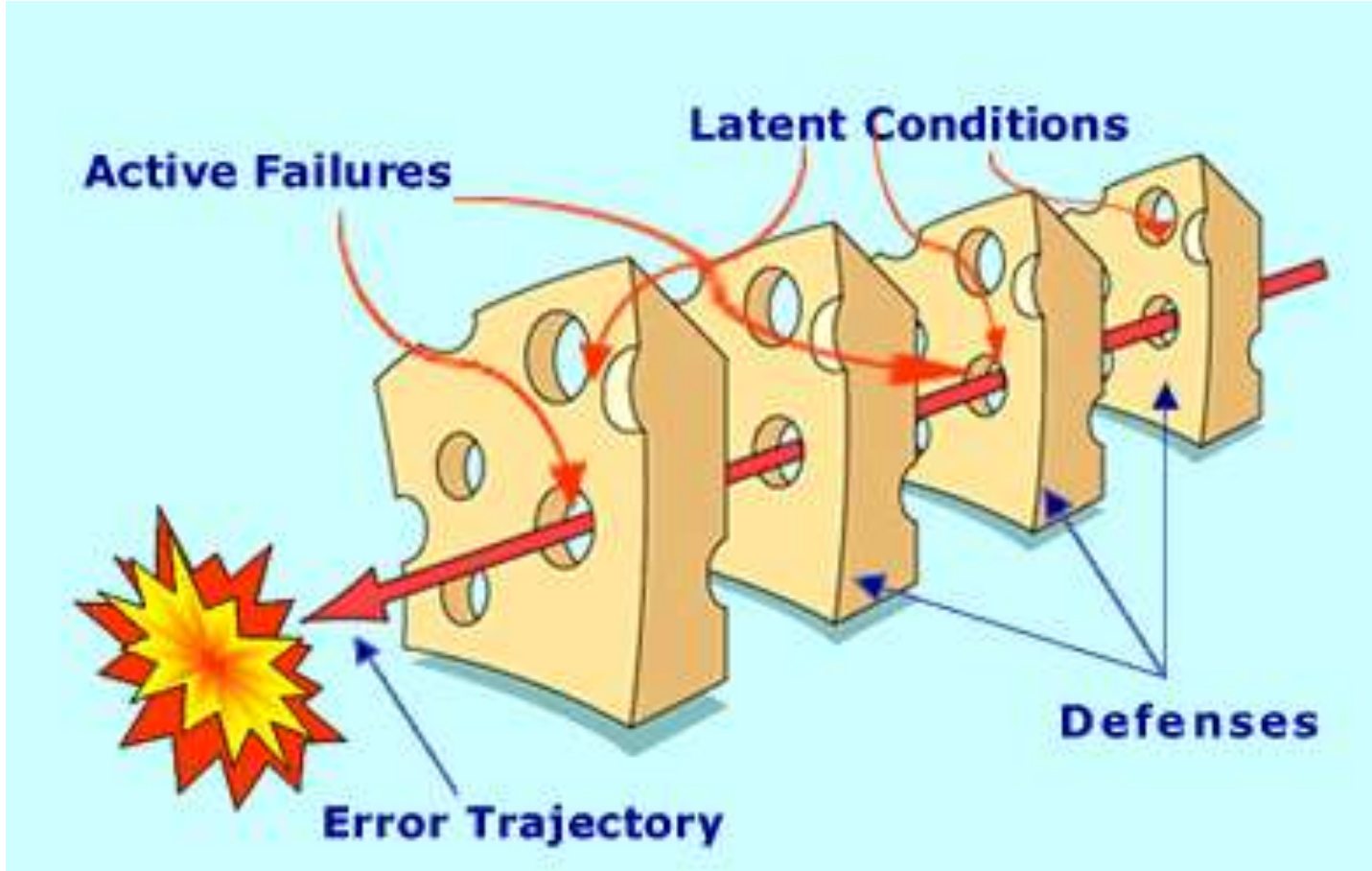
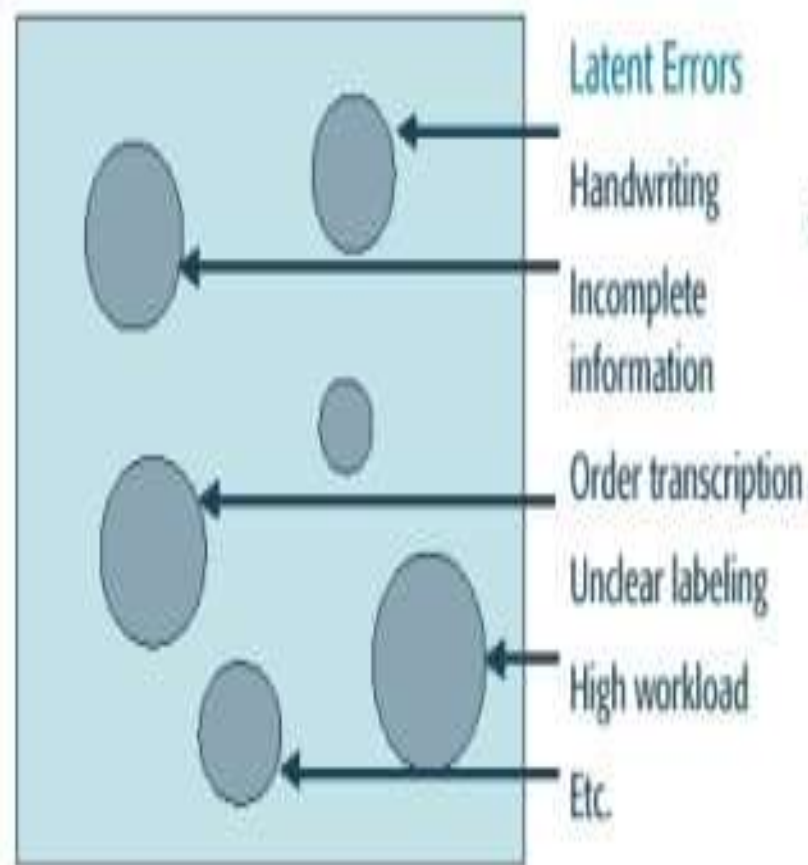
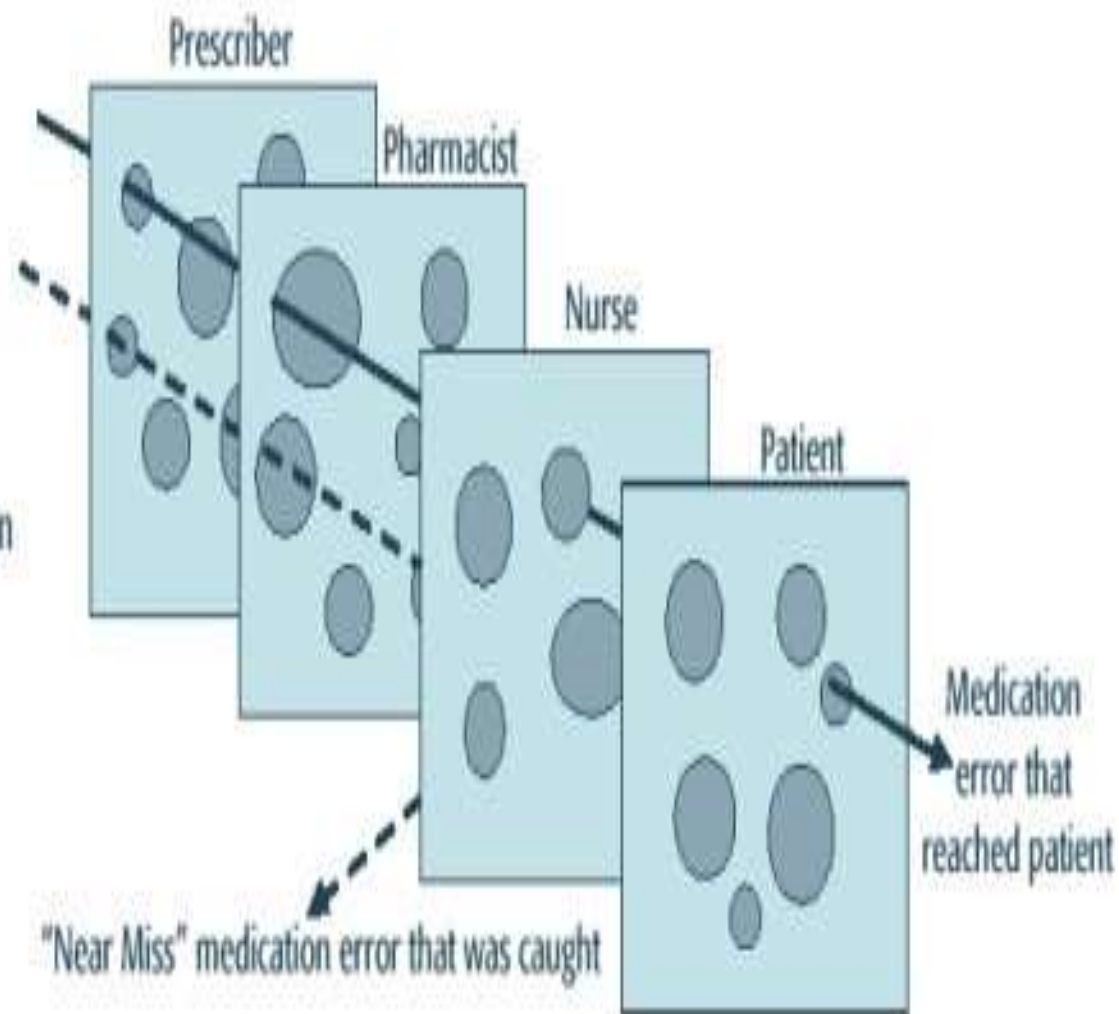


Figure 1. "Swiss Cheese Model"

Panel A. Latent Medication System Errors



Panel B. Defensive Layers in the Medication System

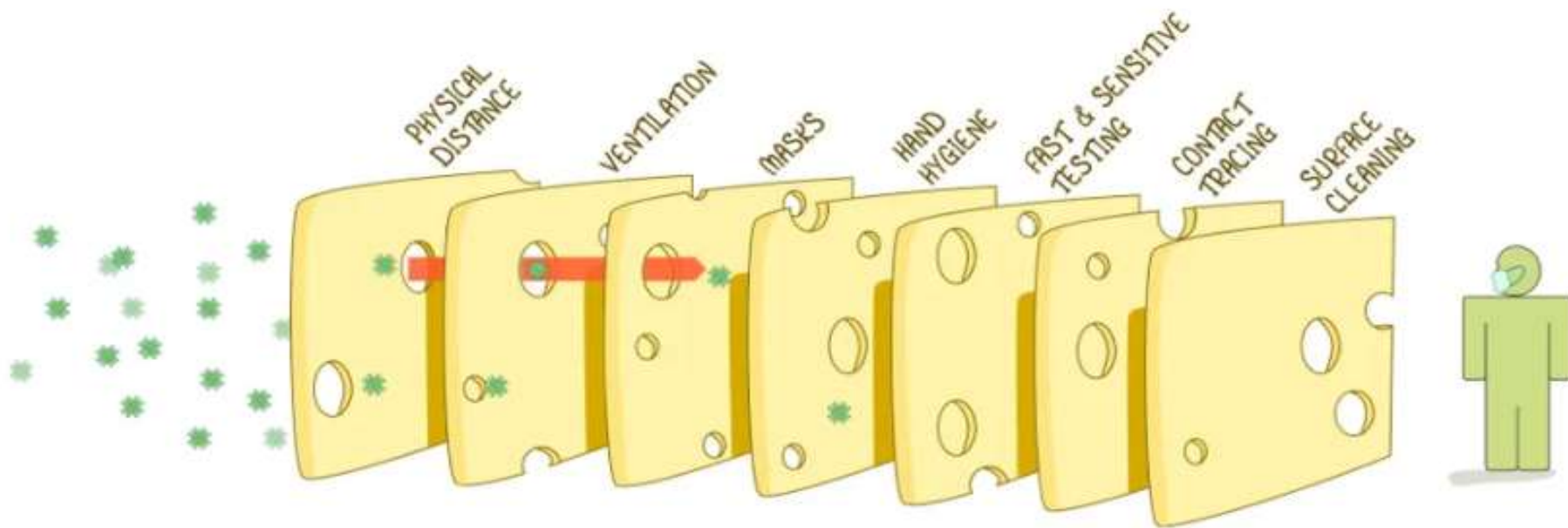


Latent medication system errors (Panel A) and defensive layers against error (Panel B) in the medication system.



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.

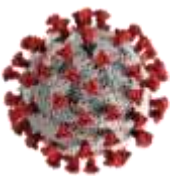
Illustration by
VIOLOGY/DOWNUNDER.COM
DERIVED FROM @SKETCHPLANNOR
© 2020



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



Vittime collaterali pandemia Covid19

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

Roberta Caluso

VIDEO

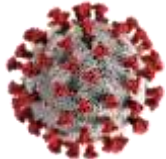
Spagna: i malati cronici, vittime collaterali del Covid-19

1488 | ARTICOLO

CORRIERE DELLA SERA / CARDIOLOGIA

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

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



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

Tejal K Gandhi, MD, MPH¹, and Hardeep Singh, MD, MPH^{2*}

¹Press Ganey Associates LLC, Boston, Massachusetts; ²Center 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

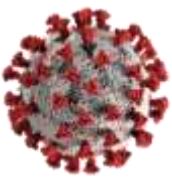
TABLE. User-Friendly Nomenclature of Diagnostic Errors Anticipated in the COVID-19 Pandemic

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.

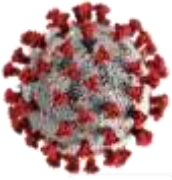




Classificazione errori diagnostici nella pandemia Covid19

- **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.





Journal of Emergency Practice and Trauma
Volume 4, Issue 4, 2020, p. 4-9

Case Series

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

Shahyayegh Rahmani¹, Kesar Deldar², Sara Hemati³

¹Sezvan Medical Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran
²Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bafqand, Iran
³Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 20 May 2020
Accepted: 20 August 2020
Published online: 19 September 2020

Corresponding author:
Shahyayegh Rahmani
Email: shahyayeghrahmani@iut.ac.ir

Copyright interests: none
Funding information: none

Keywords: COVID-19, Medical error, Emergency medicine

Abstract
Objective: Nowadays, every countries all over the world are involved with COVID-19 and the increase of new cases and deaths are on a rise. The role of emergency medicine and physician-led triage is important in this period. We report some near missed cases in our academic center related to this pandemic.
Case Presentation: We report 5 cases that missed triage or received delayed diagnosis because of COVID-19 suspicion. Some cases are the strengthening.
Conclusion: Although COVID-19 is the main health concern these days, other critical conditions should be considered. Stabilizing patients before transferring them between hospitals should be the essential goal of emergency department whenever the patient is Corona virus infected or not. And before any intervention, the safety of healthcare workers must be ensured.

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 increasing 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 mismanagement (4). Shortage of personal protective equipment (PPE) and overcrowding of EDs are two important influential factors in mis-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 services 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 trauma 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 physicians to refer him to the trauma center. After taking 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 trauma center. It was at the end of the shift of the emergency medicine specialist, when she inadvertently

© 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 Tossicodipendente, pupille puntiformi e pregressi 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 Sat02 bassa, diagnosi ritenzione acuta di urine in BPCO con ossigenoterapia a permanenza - Covid negativo.



Perché non si sono ridotti gli errori durante l'emergenza Covid19

- Riduzione del personale sanitario dovuta per es. a diffusione del virus tra operatori, quarantena e riluttanza a lavorare nel picco della pandemia;
- Carezza di dispositivi di protezione individuale (DPI);
- Valutazione del paziente limitata dalla condizione di isolamento del paziente;
- Esposizione di pazienti a basso rischio covid con pazienti ad alto rischio;
- Difficoltà degli operatori a collaborare in team con operatori nuovi assunti carenti di expertise;
- Ritardo nelle cure perché i pazienti attendevano troppo prima di essere visitati oppure giungevano in ritardo in ospedale per paura di contagiarsi.





Errori più frequenti:

- a. Errori nella farmaco-terapia;
- b. Errori di triage (per es. invio del paziente al percorso sbagliato);
- c. Errori diagnostici;
- d. Errori di comunicazione;
- e. Errori al cambio turno;
- f. Errori nella documentazione sanitaria;
- g. Errori alla dimissione.



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.





INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES



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**