

## PROCESSO DI GESTIONE DELLA SEGNALAZIONE

- ✓ Gli operatori segnalano gli eventi compilando la scheda di Incident Reporting.
- ✓ La segnalazione è raccolta dal referente del Rischio Clinico di riferimento che gestisce il caso e contatta l'operatore che ha segnalato per avere ulteriori informazioni circa il caso. Se la segnalazione è anonima si contatta il Coordinatore o il Direttore di UO.
- ✓ Tutto il processo viene condiviso con le unità operative interessate mediante il referente per il Rischio Clinico e il facilitatore di reparto.
- ✓ Periodicamente l'equipe del Rischio Clinico si riunisce per valutare la segnalazione utilizzando i criteri per la classificazione degli eventi avversi ed eventi sentinella definiti con Determina Regionale n. G09850 20/07/2021
- ✓ Registrazione sul data base regionale SIRES.
- ✓ Analisi delle cause (Audit -RCA) e proposte di miglioramento (Gruppo di Risk Management Aziendale).
- ✓ Feedback- Monitoraggio: il sistema delle segnalazioni è lo strumento per monitorare le azioni introdotte.
- ✓ Archiviazione: I dati vengono archiviati alla conclusione del caso, quando non presentano i criteri di Evento Avverso-Near miss-Evento Sentinella.
- ✓ Inserimento della scheda sulla piattaforma regionale SIRES. L'Evento Sentinella dovrà essere inserito entro 5 giorni dall'arrivo della segnalazione. Il Risk Manager o il referente del Rischio Clinico dovrà inserire la scheda B entro 60 giorni dalla segnalazione dell'ES.

L'errore può divenire una straordinaria occasione di apprendimento se viene comunicato e condiviso all'interno dell'organizzazione.

Quando avviene un errore, si è abituati a ricercare immediatamente un colpevole, piuttosto che le condizioni che lo hanno favorito.

Non dobbiamo focalizzare gli interventi su errori individuali e domandarci «chi è stato» ma è necessario, ripensando ai sistemi, domandarci «perché l'errore è accaduto» e come fare per evitare che possa succedere ancora.

Il contesto organizzativo e culturale in cui avviene l'errore è più importante di chi l'ha commesso.



UOC Qualità Sicurezza e Gestione del  
Rischio

te. 0656487348/7328

[rischio.clinico@aslroma3.it](mailto:rischio.clinico@aslroma3.it)

Risk Manager: Dott. Maurizio Musolino

Ufficio Qualità: Dott.ssa Monica Cappelletti

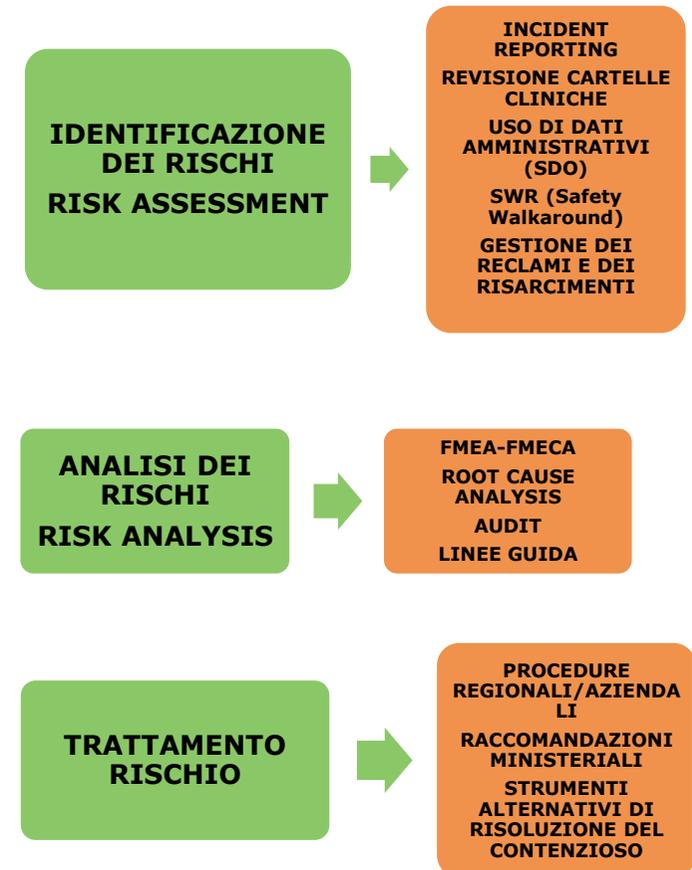
Dott.ssa Loredana Petrocchi

ASL3-INF 328 del 02/07/2025



UOC QUALITÀ SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO  
Con “rischio clinico” si definisce la possibilità che un paziente subisca un “danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”.

STRUMENTI UTILIZZATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO



## DEFINIZIONI

**ERRORE:** Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

**NEAR MISS:** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

**EVENTO AVVERSO:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

**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 sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si rende opportuna un'indagine immediata.

L'INCIDENT REPORTING è una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi, near miss, eventi sentinella. È una segnalazione volontaria degli eventi ed è uno degli strumenti più frequentemente indicato come fondamentale per una corretta gestione dei rischi, consente di segnalare, anche in forma anonima, l'errore e le circostanze entro cui si è verificato.

**SIRES** Si tratta di una piattaforma tecnologica di supporto alle attività di Risk Management che consente di raccogliere le informazioni relative agli eventi avversi (errori clinici, malpractice ed eventi evitati near miss), attraverso un unico sistema. Il SIRES affluisce al SIMES che a sua volta comunica con il Ministero della Salute Sulla base delle segnalazioni di eventi avversi, near miss ed eventi sentinella il Ministero della Salute provvederà ad elaborare le raccomandazioni, linee guida e/o altri provvedimenti di indirizzo.

**CHI SEGNALE:** La scheda di Incident Reporting deve essere compilata a cura dell'operatore sanitario che è direttamente coinvolto nell'evento o che ha potuto osservare l'accaduto.

A CHI: La segnalazione deve pervenire alla UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico tramite email aziendale.

**COSA:** Ogni avvenimento che ha determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo desiderato.

**COME:** Il sistema di segnalazione prevede una scheda definita, facilmente accessibile a tutti gli operatori, disponibile sul sito aziendale Asl Roma 3 nella pagina del Risk Management. La segnalazione deve essere tempestiva.

La scheda si compone di più sezioni: Dati della struttura; Classificazione e descrizione dell'evento; Data, ora e luogo in cui si è verificato l'evento; Possibili fattori (condizioni del paziente, problemi del personale e del sistema) che hanno contribuito al suo accadimento; Considerazioni e suggerimenti per eventuali azioni preventive; Dati del paziente; Dati dell'operatore che segnala (non obbligatorio).

La scheda di Incident Reporting è disponibile nella pagina del Risk Management sul sito intranet aziendale (scaricando il file in pdf è possibile compilarlo digitalmente con la funzione compila e firma o aggiungi testo).

The image shows a screenshot of the ASL ROMA 3 website. At the top, there is a navigation bar with the ASL ROMA 3 logo and the text 'REGIONE LAZIO'. Below this, there is a main menu with several items: 'Risk Management e Qualità Organizzativa', 'Rischio clinico e Qualità', 'Audit - materiale informativo', 'Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza', 'Attività di formazione e aggiornamento', 'Link Utili', 'Scheda Incident Reporting' (highlighted with a red oval and a red arrow), 'Piano Aziendale Annuale di Risk Management 2018 (PARM)', 'Piano Aziendale Annuale di Risk Management 2017 (PARM)', and 'Contatti'. On the left side, there is a sidebar with a list of links: 'Home', 'Formazione Documenti', 'Privacy', 'Anticorruzione e Trasparenza Medica', 'Regolamenti e Procedure Reportistica', 'Risk Management', 'Sicurezza sul lavoro', 'Medico Competente e Radioprotezione Medica', 'SIRESI', 'Software Aziendali', and 'Area riservata'.

## ELENCO EVENTI SENTINELLA

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico/terapeutica 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 ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine ( $\geq 37$  settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti 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 imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa la possibilità di processazione.
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti.
20. Morte o grave danno correlate a pratiche anestesiolgiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente