



PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN TIROCINIO

Questa procedura definisce le modalità e la gestione di un evento avverso o sentinella che ha visto coinvolto uno studente iscritto al **Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica** dell'Università degli Studi di Torino.

Gli studenti, pur essendo **necessariamente** sottoposti a supervisione da parte dell'infermiere guida di tirocinio/tutor clinico, hanno una responsabilità negli eventi avversi o sentinella di cui si sono resi coprotagonisti.

Tutti gli studenti iscritti ad un corso di laurea delle Classi Sanitarie godono di una polizza assicurativa relativa anche alla Responsabilità civile verso terzi (attualmente polizza n. 65/62542097 della "Unipol S.P.A., con vigenza fino alle ore 24 del 31.12.2016).

Di seguito vengono esposte le attività da intraprendere al fine di segnalare l'evento avverso, **in aggiunta** alle indicazioni riportate nella procedura aziendale del 29 ottobre 2014 (*Sistema di Gestione Aziendale di Incident Reporting ed Eventi Sentinella*), reperibili all'indirizzo intranet

http://intranet.oirmsantanna.piemonte.it/site/download/Documentazione/Qualita_Risk_Management_Accreditamento/Documenti%20del%20sistema%20qualita/documenti%20comuni%20presidio%20oirm%20sant%20anna/gestione%20aziendale%20eventi/prsp%20gestione%20ir%20ed%20eventi%20sentinella.pdf¹



GLOSSARIO e ACRONIMI ¹

Evento: Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un 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 evitato (*Near Miss o Close Call*): situazione in cui "stava per" succedere qualcosa, che per fortuna o abilità non è successo, in cui quindi non si è verificato alcun evento, ma che determina la consapevolezza di un pericolo imminente e costituisce un segnale utile alla sua individuazione e alla messa a regime di interventi di prevenzione.

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

Incident Reporting raccolta volontaria di schede anonime per la segnalazione di eventi avversi

Rischio clinico: probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

ST: Studente

IGT: Infermiere Guida di Tirocinio

TC: Tutor Clinico

TA: Tutor d'Aula

CCLIP: Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica

CD: Coordinatore di Dipartimento

CI: Coordinatore Infermieristico di U.O.

RSPS: Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie del Presidio Ospedaliero sede di tirocinio

IR: Scheda di segnalazione spontanea degli eventi (*Incident Reporting*)



BACKGROUND

Il processo della terapia farmacologica è riconosciuto come un processo a grande rischio, con importanti ricadute sulla salute e sui costi del Servizio Sanitario ²⁻³.

La gestione della terapia farmacologica occupa un ruolo rilevante nell'ambito del rischio clinico, amplificandosi in Pediatria. Infatti, in letteratura viene descritto un rischio di errore 3 volte maggiore che negli adulti ³⁻⁴, arrivando a percentuali del 5-10% ⁵. Nei nati pretermine e nei neonati, viene addirittura documentato il *ten-fold error*, letteralmente "errore dieci volte", che consiste nella decuplicazione della dose somministrata dovuta, il più delle volte, all'utilizzo nella prescrizione di numeri decimali ⁵⁻⁷.

L'attenzione a questo problema deve essere quindi molto alta, anche per evitare gravi danni da terapie errate ⁷⁻⁸, da eventi avversi o sentinella. La gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure, sono quindi necessari per approntare programmi ed interventi ⁹⁻¹⁰ per prevenire gli errori, ridurre il rischio e migliorare la qualità del servizio sanitario stesso, cercando di garantire la sicurezza.

I soggetti in formazione, quali ad esempio gli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica Pediatrica, sono coinvolti nel processo della terapia farmacologica, soprattutto per ciò che riguarda le fasi di preparazione e somministrazione con la conseguente e successiva valutazione degli effetti.

Numerose Agenzie internazionali, come la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), l'*Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) e il Ministero della Salute italiano hanno pubblicato delle raccomandazioni circa le strategie preventive da mettere in atto ¹¹⁻¹³.

La fase della preparazione del farmaco prescritto è responsabilità pressoché esclusiva dell'infermiere/infermiere pediatrico, il quale può avere uno studente in affiancamento. Questa fase è particolarmente critica per le operazioni svolte, tutte a rischio di errore e perciò sono essenziali, oltre che conoscenze e competenze farmacologiche, anche la decodifica della prescrizione medica e capacità/abilità di calcolo matematico ¹⁴⁻¹⁹, per



garantire la giusta ricostituzione, diluizione e frazionamento del farmaco prescritto, nonché la scelta del giusto dispositivo per la somministrazione.

In ambito pediatrico e neonatale si pone, in genere, molta attenzione a queste fasi e lo dimostra il numero di pubblicazioni in questa direzione ¹⁵⁻¹⁷. Il rischio di errore può giungere fino al 60% ⁶, individuando tra gli errori più frequenti, l'utilizzo di un farmaco diverso da quello prescritto e la preparazione di dosi o diluizioni errate.

Gli errori, nella fase della somministrazione consistono nella erronea identificazione o nello scambio di identità, negli errori di orario (anticipi, ritardi, omissioni, ripetizioni di somministrazioni), negli errori legati alla via di somministrazione o nell'utilizzo erraneo di presidi, dispositivi o apparecchiature per la somministrazione.

L'incident reporting ²⁰

L'incident reporting è la raccolta volontaria di schede per la segnalazione di eventi avversi (DM 5 marzo 2003 – Ministero della Salute). Il sistema di *incident reporting* è basato sulla segnalazione confidenziale, volontaria, non punitiva e anonima da parte degli operatori sanitari degli eventi indesiderati che hanno provocato un incidente, con o senza danno per il paziente o un potenziale incidente, ossia le situazioni in cui fortuitamente l'errore non si è verificato.

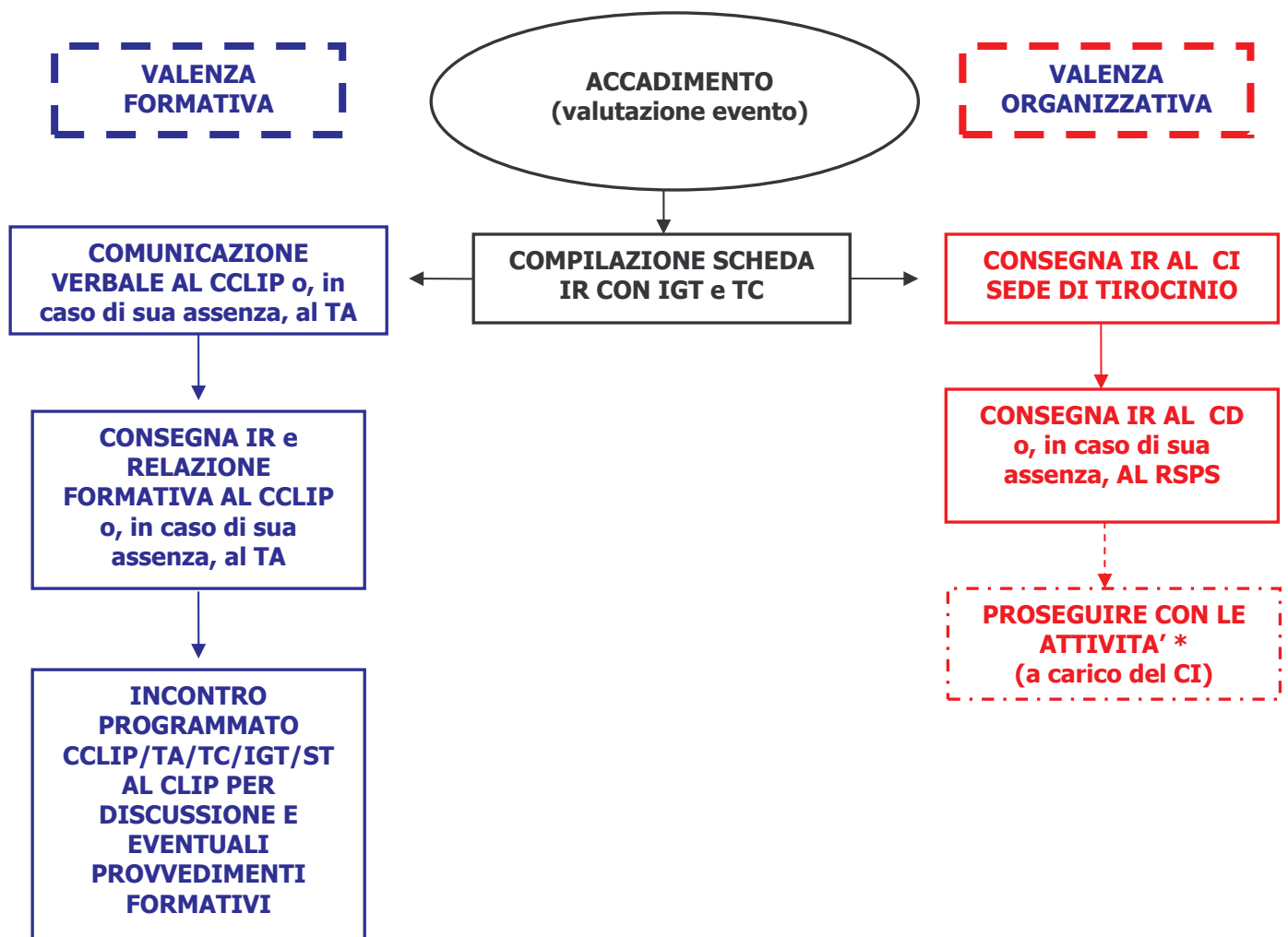
Gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, in apprendimento in ambito clinico (tirocinio) devono partecipare attivamente alla gestione del rischio clinico e in particolare sono tenuti a conoscere e a mettere in atto le attività descritte nella Procedura Aziendale *Sistema di Gestione Aziendale di Incident Reporting ed Eventi Sentinella* del 29 ottobre 2014 (PRSP. A909.0009 – Rev. 0)¹ ed a utilizzare il modulo *Incident Reporting – Segnalazione Spontanea di Eventi/quasi Eventi* (MODU. A909.0140) ²⁰, emanate dalla SC *Qualità Risk Management e Accreditamento* dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino in data 29 ottobre 2014 .



A tal proposito, se uno studente si rende coprotagonista di un evento, deve necessariamente compilare, insieme all'IGT e al TC la **Scheda di Segnalazione spontanea degli eventi/quasi eventi**, attualmente reperibile all'indirizzo intranet http://intranet.oirmsantanna.piemonte.it/site/download/Documentazione/Qualita_Risk_Management_Accreditamento/Documenti%20del%20sistema%20qualita/documenti%20comuni%20presidio%20oirm%20sant%20anna/gestione%20aziendale%20eventi/modu%20segnalazione%20eventi.pdf²⁰.

Tale scheda dovrà essere consegnata al Coordinatore Infermieristico della sede di tirocinio in cui si è verificato l'evento, il quale dovrà portare a conoscenza dell'accaduto il CD o, in sua assenza, al RSPS (Fig. 1).

Fig. 1: diagramma di flusso per gli eventi avversi*



* Le attività presenti sono da ritenersi **IN AGGIUNTA** alle attività previste dalla Procedura Aziendale del 29 ottobre 2014 (pagg. 6 - 7 di 12), a responsabilità del CI della sede di tirocinio.



BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. http://intranet.oirmsantanna.piemonte.it/site/download/Documentazione/Qualita_Risk_Management_Accreditamento/Documenti%20del%20sistema%20qualita/documenti%20comuni%20presidio%20oirm%20sant%20anna/gestione%20aziendale%20eventi/prsp%20gestione%20ir%20ed%20eventi%20sentinella.pdf (ultima consultazione 30 settembre 2015, ultimo aggiornamento 16 marzo 2015)
2. Takata GS, Mason W, Taketomo C, Logsdon T, Sharek PJ. *Development, Testing, and Findings of a Pediatric-Focused Trigger Tool to Identify Medication-Related Harm in US Children's Hospitals*. Pediatrics 2008; 121(4): e927-e35
3. Conroy S. *Association between license status and medication errors*. Arch Dis Child 2011; 96: 305 - 6
4. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. *Prioritizing Strategies for Preventing Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients*. Pediatrics 2003; 111: 722 - 9
5. Doherty C, Mc Donnell C. *Tenfold Medication Errors: 5 Years' Experience at a University-Affiliated Pediatric Hospital*. Pediatrics 2012; 129 (5): 916-24
6. Festini F, Sperotto S, Neri S. *The safety of drug therapies: strategies and methods for nurses*. Assist Inferm Ric 2007; 26 (3): 165 - 80
7. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk> (ultima consultazione 24.4.2015)
8. Chua SS, Chua HM, Omar A. *Drug administration errors in paediatric wards: a direct observation approach*. Eur J Pediatr 2010; 169: 603 - 11
9. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_675_allegato.pdf (ultima consultazione 24.4.2015)
10. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. *Double checking the administration of medicines: what is the evidence? A systematic review*. Archives of Disease Childhood 2012; 97(9): 833-7
11. <http://www.ismp.org/> (ultima consultazione 24.4.2015)
12. http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx (ultima consultazione 24.4.2015)
13. Ministero della Salute. *Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica*. Raccomandazione n. 7, Marzo 2008
14. Wright K. *Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review*. Nurse Education Today 2010; 30: 85-97



15. Conroy S, Carroll WD. *Prescribing in paediatrics*. Archives of Disease Childhood Pract Ed 2009; 94:55-9
16. Steward M, Purdy J, Kennedy N, Burns A. *An interprofessional approach to improving paediatric medication safety*. BMC Medical Education 2010; 10:19
17. Jukes L, Gilchrist M. *Concerns about numeracy skills of nursing students*. Nurse Education in Practice 2006; 6: 192 – 8
18. McMullan M, Jones R, Lea S. *Patient safety: numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and Registered Nurses*. J Adv Nurs 2010; 66(4): 891 - 9
19. Eastwood KJ, Boyle MJ, Williams B, Fairhall R. *Numeracy skills of nursing students*. Nurse Education Today 2011; 31: 815 – 8
20. http://intranet.oirmsantanna.piemonte.it/site/download/Documentazione/Qualita_Risk_Management_Accreditamento/Documenti%20del%20sistema%20qualita/documenti%20comuni%20presidio%20oirm%20sant%20anna/gestione%20aziendale%20eventi/modu%20segnalazione%20eventi.pdf