

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 1 di 14
--	---	--

SOMMARIO

Sommario	pag.1
Premessa.....	pag.2
1. Introduzione	pag.2-3
2. Scopo/Obiettivi.....	pag.3
3. Campo di Applicazione.....	pag.3
4. Modifiche alle revisioni precedenti.....	pag.3
5. Definizioni	pag.4
6. Descrizione delle attività.....	pag.5 - 6
6.1 Lista eventi sentinella.....	pag.7
7. Matrice delle responsabilità (1-2).....	pag.8 - 9
8. Il diagramma di flusso (1-2).....	pag.10 - 11
9. Indicatori	pag.12
10. Riferimenti/Allegati.....	pag.12 - 13
11. Lista di Distribuzione.....	pag.13
Allegato 1 – Le Raccomandazioni Ministeriali.....	pag.14

Redazione

Gruppo di lavoro U.O.S. Qualità e Rischio Clinico:

Dott.ssa Maria Grazia Laura Marsala _____
Dott.ssa Maria R. Amato _____
Maria Antonietta Aspanò _____
Dott.ssa Filomena Randazzo _____

Verifica

Resp. UOS Qualità e Rischio Clinico: Dott.ssa Maria Grazia Laura Marsala _____

Approvazione

Direttore Sanitario Aziendale: Dr. Domenico Cipolla _____

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 2 di 14
---	---	---

Premessa

L'incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario, che consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare **eventi avversi** definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario e cosiddetti **near miss** definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).

Questo sistema di segnalazione volontaria, anche in forma anonima, si basa sulla cultura "no blame" e quindi della non colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore o una non conformità; inoltre l'esigenza di "imparare dall'esperienza" vissuta è fondamentale per accrescere la consapevolezza sul livello di sicurezza dell'organizzazione e diviene opportunità di miglioramento continuo per la sicurezza e qualità dei percorsi assistenziali.

Il sistema di segnalazione riguarda anche gli **eventi sentinella**; ovvero quegli eventi che per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta affinché da parte dell'organizzazione si renda necessario sia un immediato accertamento dei fattori che hanno causato l'evento o che hanno contribuito a causarlo, affinché possano essere ridotti o eliminati

1. Introduzione

Il Ministero della Salute nel **2005** ha attivato il monitoraggio degli eventi sentinella con l'obiettivo di condividere con le Regioni e Province Autonome (P.A.) e le Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). L'obiettivo è l'individuazione e implementazione di adeguate misure correttive.

Con il Decreto dell' 11 Dicembre 2009 (GURI 12/01/2010 – Serie Generale n.8), il Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella è stato aggiornato per allinearsi allo schema definito dall'applicativo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e con le modifiche che si sono rese necessarie a seguito della raccolta ed analisi dei dati pervenuti, mantenendo le caratteristiche di confidenzialità nei confronti di strutture sanitarie e professionisti, è stato istituito il SIMES (Sistema Informativo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella).

Nel mese di luglio 2024 è stato pubblicato un nuovo aggiornamento del protocollo di monitoraggio, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3462_allegato.pdf, che nasce da molteplici spinte normative, (v. Riferimenti pag. 12).

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 3 di 14
--	---	---

L'aggiornamento tiene conto, altresì, della moderna cornice di riferimento scientifico-istituzionale in materia di sistemi di reporting e learning, quali:

- Il **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030** che prevede (strategia 6.3) di stabilire, creare sinergie e potenziare i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza dei pazienti per accertare la magnitudo e le cause di danno in ambito sanitario e impegna i governi, tra l'altro, ad istituire una procedura di indagine indipendente nei casi di grave danno e di eventi sentinella che meritano un'analisi approfondita;
- Il **Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems**: technical report and guidance licenziato dalla World Health Organization nel 2020 che fornisce un framework di riferimento a livello centrale e locale per i moderni sistemi di segnalazione degli incidenti.

2. Scopo/Obiettivi

2.1 Scopo

Lo scopo della presente procedura è quello di promuovere la cultura della sicurezza attraverso l'apprendimento degli errori, favorire un ambiente di lavoro trasparente e implementare una gestione più responsabile e consapevole del rischio clinico.

2.2 Obiettivi

L'obiettivo è l'individuazione e implementazione di misure correttive mirate al contenimento dell'errore mettendo in atto le azioni ed i cambiamenti che ne riducano la probabilità di accadimento, sulla base di una corretta procedura di segnalazione.

3. Campo di applicazione

La presente procedura si applica presso l' ARNAS Civico Di Cristina in tutti quei casi in cui vengono erogate prestazioni assistenziali ai pazienti in ogni attività diagnostica e terapeutica.

4. Modifiche alle revisioni precedenti

La presente revisione si rende necessaria a seguito della pubblicazione della versione aggiornata e condivisa del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2024 del Ministero della Salute e l'attivazione a livello Aziendale dell'applicativo informatico **PF Health** per la segnalazione degli eventi avversi / sentinella / near miss, pertanto annulla e sostituisce la precedente versione "Segnalazione e Gestione degli eventi avversi e/o sentinella" N° 726 del 20/05/2022.

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 4 di 14
--	--	--

5. Definizioni

SIMES - Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità

TRIGGER: (o indizzi) finalizzati ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorarne l'andamento nel tempo, così da migliorare la sicurezza dei processi di cura.

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.

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, 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.

NEAR MISS (Quasi Errore): 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 per il paziente

IPSG - International Patient Safety Goals (Obiettivi Internazionali di Sicurezza del Paziente sono 6)

- IPSG.1 Identificare Correttamente il Paziente
- IPSG.2/2.1/2.2 Migliorare l'Efficacia della Comunicazione
- IPSG.3/3.1/3.2 Migliorare la Sicurezza dei Farmaci ad Alto Rischio
- IPSG.4/4.1 Chirurgia sicura
- IPSG.5/5.1 Ridurre il Rischio di ICA
- IPSG.6/6.1 Ridurre il Rischio di Danno Conseguente a Caduta

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI AGLI OPERATORI SANITARI PER LA PREVENZIONE DEGLI

ERRORI: documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema. (v. Allegato 1 - pag. 14).

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 5 di 14
--	---	---

6. Descrizione delle attività

6.1 INCIDENT REPORTING DI EVENTO AVVERSO O NEAR MISS

Il personale sanitario che viene a conoscenza di un evento che abbia o meno comportato un danno al paziente, dovrà **SEGNALARLO** entro 24 h tramite l'applicativo **PF Health**, (per facilitare l'utilizzo dell'applicativo è stato realizzato un tutorial che è possibile visualizzare al seguente **QR**



Dopo aver verificato che il proprio browser sia aggiornato all'ultima versione, cliccando sul pulsante "Risk Management" (sezione applicativi AREA SANITARIA homepage intranet) si avrà accesso all'applicativo e sarà possibile inserire la propria segnalazione.

L'obbligatorietà di compilazione di alcuni campi è dovuta alla necessità di acquisire un setting minimo di informazioni per orientare la presa in carico dell'evento da parte del **risk manager**.

Inoltre nella scheda è previsto anche uno spazio che consente all'operatore di poter contribuire in maniera soggettiva, ad evidenziare i fattori contribuenti all'evento avverso quali eventuali:

- fattori legati al paziente;
- fattori legati al sistema organizzativo;
- fattori legati al personale;
- altri fattori;

L'obiettivo della segnalazione è quello di ottenere dati di tipo qualitativo per l'individuazione delle aree di criticità e l'attivazione di percorsi di miglioramento.

Attenzione!

Si raccomanda di attenersi a questa forma di segnalazione, tuttavia, al fine di facilitare ed incentivare quanto più possibile la segnalazione spontanea, verranno prese comunque in considerazione altre forme di segnalazione (via e-mail, via telefonica, consegna brevi manu).

Si suggerisce di fotocopiare nel più breve tempo possibile la documentazione clinica e quella inerente l'accaduto, per poter consultare la stessa in caso di successive analisi dell'evento mediante tecniche reattive di Risk Management.

Nel caso di **EVENTO SENTINELLA** la segnalazione è a cura del Risk Manager Aziendale e viene inoltrata all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, incardinato nell'Ufficio 3 della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che utilizza la piattaforma informatica dedicata NSIS.

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 6 di 14
---	--	--

MODALITÀ DI GESTIONE DELL'EVENTO SENTINELLA

- La **PRIMA FASE** del protocollo di monitoraggio prevede la **segnalazione dell'evento sentinella da parte del personale che è venuto a conoscenza e/o direttamente coinvolto** tramite **compilazione del modulo di Incident Reporting (PF Health)**.

Il referente per la gestione del rischio clinico, provvede ad informare la Direzione Sanitaria Aziendale e procede con la compilazione della **Scheda A** su **NSIS** secondo il flusso informativo previsto, il prima possibile dopo l'accadimento o l'avvenuta conoscenza dello stesso.

- La **SECONDA FASE** del protocollo di monitoraggio prevede la gestione dell'evento tramite tecniche reattive di Risk Management (**RCA, SEA,**) e si attua tramite la compilazione sempre a cura del referente per la gestione del rischio, della **Scheda B** relativa all'analisi delle cause e dei fattori contribuenti emersi e successivo piano di miglioramento (terza fase), da inviare alla Regione di riferimento e al Ministero della Salute entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento.
- La **TERZA FASE**, il piano d'azione, comprende una serie di strategie per apportare cambiamenti e ridurre la probabilità di accadimento degli eventi sentinella.

I risultati che derivano dal monitoraggio degli eventi sentinella non hanno un significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza o prevalenza, ma questo sistema ha come principio fondamentale quello di **comprendere le dinamiche che portano al verificarsi degli eventi** e di imparare da essi. Periodicamente viene elaborato un rapporto che rende disponibili le informazioni sugli eventi sentinella, con lo scopo di condividere le informazioni raccolte e mantenere alta l'attenzione in modo costante sulla problematica.

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 7 di 14
--	---	---

6.1 Lista 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. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
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 (≥ 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 imprevisti 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 l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
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.

	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 8 di 14
---	---	--

7. Matrice delle responsabilità (1) "Segnalazione evento avverso o near miss"

Responsabile Attività	Infermieri OSS e altro personale Aziendale	Coord. Infermier.	UOS Qualità e Rischio Clinico	Direttore UO Dirigente Medico di UO
Avvertono con tempestività il Direttore dell'UO e/o il Dirigente Medico, il Facilitatore e il Coordinatore Infermieristico dell'evento avverso/near miss	R*			R*
Mettono in atto misure di contenimento dell'evento avverso/near miss	R*	R*		R*
Inoltra tramite applicativo informatico PF Health la segnalazione alla UOS Qualità e Rischio Clinico	R*	R*		R*
Gestisce evento avverso/near miss proponendo eventuali soluzioni in base alla gravità dell'evento			R	
Comunica al paziente e ai familiari quanto accaduto				R
Gestiscono attraverso la formulazione di azioni idonee ad evitare il ripetersi dell'evento		R*		R*
Valuta se le misure messe in atto vengono rispettate e che siano efficaci		R*		R*
Elabora statistica annuale degli eventi avversi / sentinella / near miss			R	

Legenda: R- Responsabile, C- Corresponsabile, R*- ognuno per le proprie competenze

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Soccorso Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 9 di 14
---	---	---

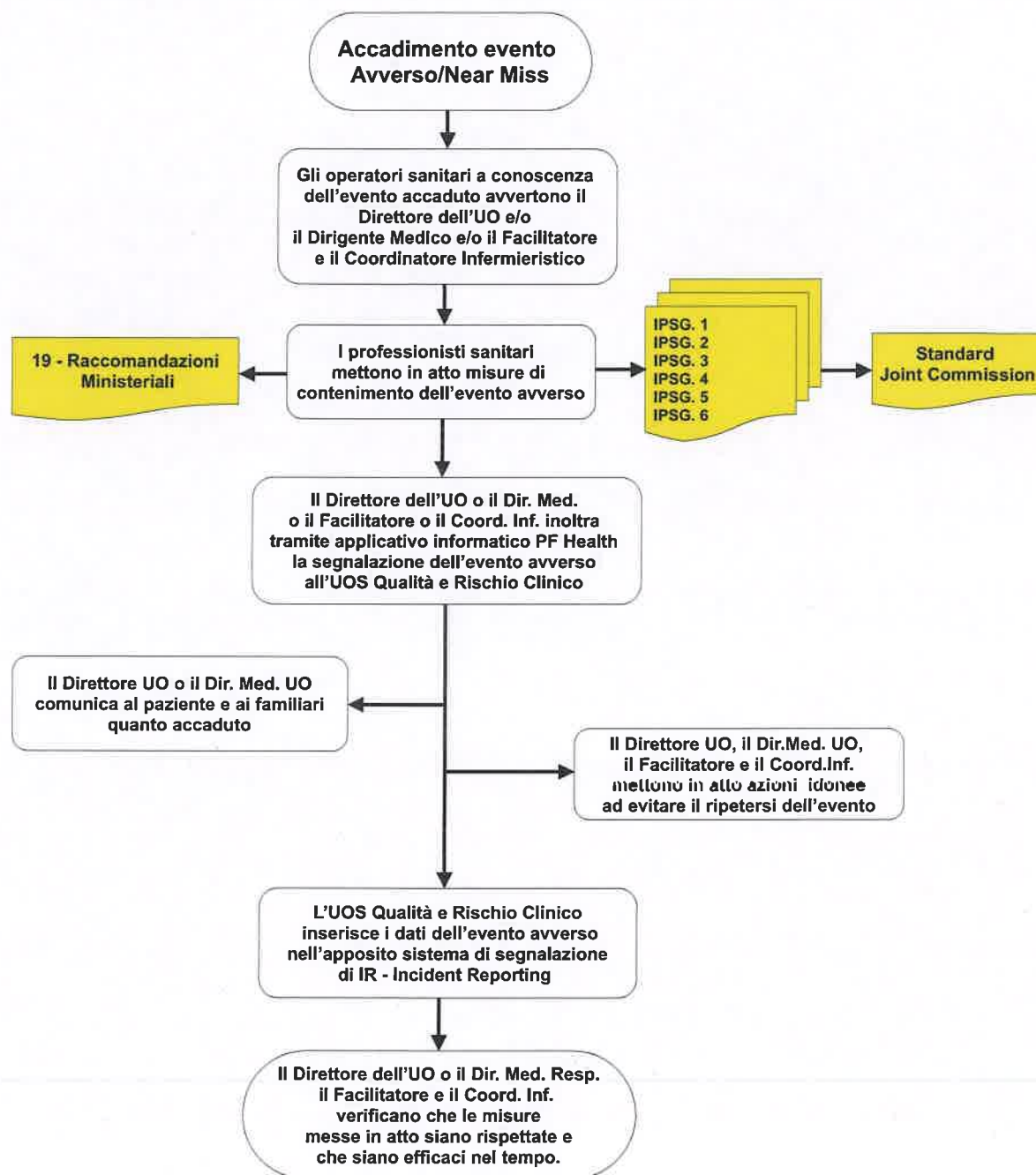
Matrice delle responsabilità (2)
"Segnalazione Evento Sentinella"

Responsabile Attività	Infermieri OSS e altro personale Aziendale	Coord. Inferm.	Risk Manager	Direttore UO Dirigente Medico di UO	Direttore Medico di P.O	Direttore Sanitario	Direttore Generale
Avvertono con tempestività il Direttore dell'UO e/o il Dirigente Medico, il Facilitatore, il Coord. Inferm. dell' evento avverso	R						
Mettono in atto misure di contenimento dell'evento avverso e/o sentinella	R*	R*		R*			
Inoltra tramite applicativo informatico PF Health la segnalazione alla UOS Qualità e Rischio Clinico				R			
Comunica l'evento per conoscenza alla Direzione Sanitaria Aziendale			R				
Compila e invia al Ministero della Salute su piattaforma NSIS la Scheda A relativa all'evento sentinella il prima possibile dopo l'accadimento o l'avvenuta conoscenza dello stesso.			R				
Esegue analisi profonda dell'evento compilando la Scheda B relativa all'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e successivo piano di azione, che invierà alla Regione e al Ministero della salute entro 60 giorni dall'evento			R				
Stabilisce un piano d'azione condiviso con l'UO coinvolta e con la Direzione Strategica implementando strategie e cambiamenti volti a ridurre la probabilità di accadimento			R*	C*			
Verifica e monitora le misure preventive messe in atto			R				

Legenda: R- Responsabile, C- Corresponsabile, R* , C* - ognuno per le proprie competenze

8. Diagramma di flusso (1)

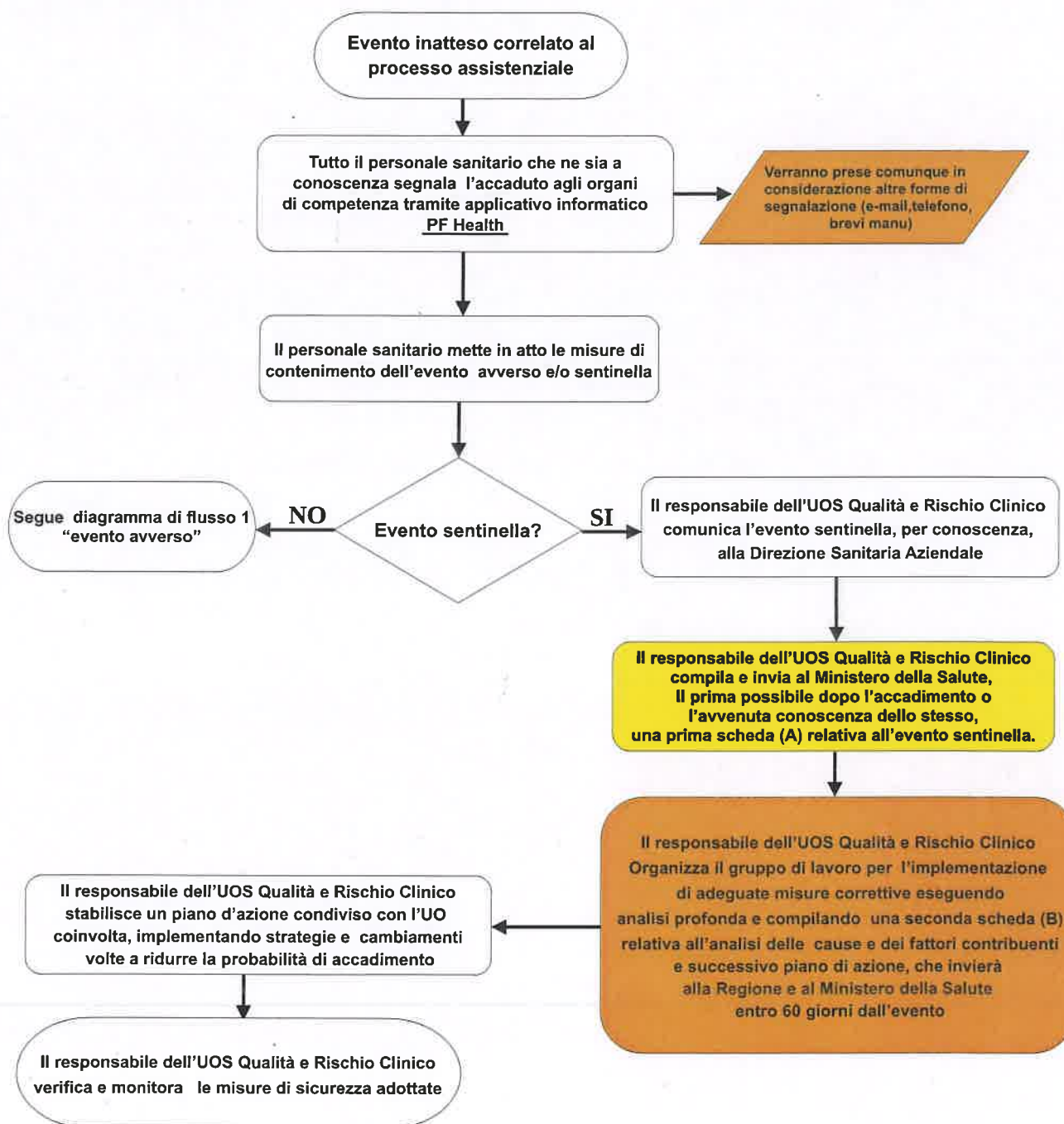
"Evento avverso"



 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 11 di 14
--	---	---

Diagramma di flusso (2)

“Evento Sentinella”



 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 12 di 14
--	--	---

9. Indicatori di monitoraggio

N. segnalazioni eventi sentinella caricati sul sistema SIMES

= 100 %

N. segnalazioni eventi sentinella totali pervenuti all'U.O. Qualità e Rischio Clinico

10. Riferimenti /Allegati

Riferimenti

- Raccomandazioni del Ministero della Salute.
- Linee Guida del Ministero della Salute per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità (2011).
- 6°Rapporto di "monitoraggio degli eventi sentinella", Ministero della Salute (Gennaio 2005 - Dicembre 2020).
- Decreto 11 dicembre 2009 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario NSIS, e finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Decreto Ministeriale del 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" il quale, tra i requisiti sottoposti a verifica prevede la presenza di "un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017 n. 24".
- Convenzione tra Regione Siciliana e Joint Commission International - Safety Patient Standards Agosto 2011. GURS 16 Settembre 2011.
- QUALITA' SICILIA S.S.R.- GLOBAL TRIGGER TOOL.
- Decreto 29 settembre 2017 - Istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità'.
- Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 302 del 30 dicembre 2015) .
- Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.
- Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance licenziato dalla World Health Organization nel 2020.
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2024.
- Presa d'Atto del "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" con Delib. n. 248 del 14/09/ 2024.
- "Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico 2024 – 2025" adottato con Delibera N.692 del 24/05/2024.
- "Safety Walk Round" Documento Aziendale adottato con Delibera N.707 del 30/05/2024.
- "FMEA – Failure Mode Effect Analysis" Documento Aziendale adottato con Delibera N.147 del 19/07/2024.

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 13 di 14
---	--	---

Allegati:

- Le Raccomandazioni ministeriali agli operatori sanitari per la prevenzione degli errori.

11. Lista di distribuzione

La procedura è distribuita in tutte le Unità Operative dell'Arnas Civico e G. Di Cristina tramite mail istituzionale ai Direttori, Coordinatori Infermieristici e alla rete dei Facilitatori per la prevenzione del Rischio Clinico per l'applicazione della stessa.

Misurare per migliorare

“ogni ospedale dovrebbe seguire ciascun paziente abbastanza a lungo per verificare il successo del trattamento e, in caso contrario, ricercarne le cause per evitare fallimenti simili in futuro”

E. A. Codman (1869-1940)

 Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione	Procedura Aziendale Incident Reporting e Gestione degli Eventi Avversi, Near Miss ed Eventi Sentinella	Rev. 4/1 Del 13/11/2024 Pagina 14 di 14
---	--	---

Allegato 1

LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

N.1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

N.2 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

N.3 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

N.4 - Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

N.5 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

N.6 - Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto

N.7 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

N.8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

N.9 - Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

N.10 - Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati

N.11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

N.12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"

N.13 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie

N.14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici

N.15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso

N.16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita

N.17 - Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica

N.18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

N.19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide