



Why clinical risk is relevant to patient safety?

**Workshop on Clinical Risk Management and Management of Adverse
Event**

Belgrade 16-17 December 2013

Dott.ssa Lucia Guidotti

Ministry of Health, Department of Quality

General Directorate for Health Planning and Policy

l.guidotti@sanita.it



Topics to be presented

Introduction

1-Clinical Governance issues

2-Sentinel Events Monitoring System

3-Recommendations for healthcare workers

4-Training and educational programs

5- Safety in the Operating Room

6-Guidelines to communicate adverse events

Conclusions



Introduction:

■ **International referring documents**

■ Luxembourg declaration on patient safety of 5 April 2005,

■ Communication of 15 December 2008 from the Commission to the European Parliament and the Council on patient safety

■ Resolution of 23 April 2009 on the proposal for a Council recommendation on patient safety,

■ Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety,

■ Eurobarometer survey (No 327) on 'Patient Safety and Quality of Healthcare', published in April 2010,

■ Report of the World Health Organisation (WHO) entitled 'Core components for infection prevention and control programmes',

■ Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare,

■ Report of 13 November 2012 from the Commission to the Council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety



Introduction:

2013/2022(INI) - 22/10/2013 The European Parliament adopted a resolution on the report from the Commission to the Council regarding the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections.

In its resolution, Parliament recommended that issue of patient safety, and in particular the prevention and control of HAIs, should be given a place near the top of the political agenda in the EU, both at national level in the Member States and at regional and local level.



1- Clinical Governance issues

- **Patient safety and Risk management**
- **Protocols and Clinical Guidelines**
- **Stakeholder involvement**
- **Professional integration also across different disciplines**
- **Complaints**
- **Communication**
- **Audit and Feedback**
- **Evidence based medicine**
- **Evidence based health care**
- **Continuing Education and training**
- **Medical, legal and insurance aspects**



1- Clinical Governance issues

Several activities to improve quality and patient safety



Use of clinical guidelines

Clinical Leadership

Clinical Audit

Clinical Risk Management

Evidence based practice

Continuing Professional Development

Patient Safety

Performance Management

Patient and staff involvement

Reflective Practice

Research and Development

Complaints Management

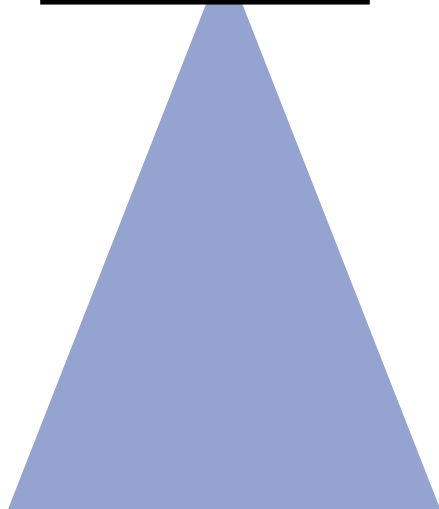
Service improvement



2- Sentinel Events Monitoring System

- Sentinel Event
Adverse Event
Near misses

Sentinel Event





2- Sentinel Events Monitoring System

Sentinel Event definition

■ unexpected adverse event, potentially avoidable that leads or may lead to death or serious physical/psychological injury and needs immediate investigation to analyse all contributing and causing factors and identification of the strategies that the organization intends to implement in order to reduce the risk of similar events



2- Sentinel Events Monitoring System

The Ministry of Health developed an alert system for clinical and care conditions at a higher risk of error, with the objective to warn healthcare workers of certain potentially dangerous procedures,

to provide effective tools to reduce the risks and promote healthcare worker responsibility in order to favour the system changes.



2- Sentinel Events Monitoring System

How it works

- The adverse events, processed in anonymous and confidential way, are forwarded to the National Health Information System through a specific flow called Information System Monitoring Errors (SIMES) web based.
- The Ministry of Health has a National Observatory about sentinel events at Department of Quality
- Public hospital



2- Sentinel Events Monitoring System

Analize a Sentinel Event happened in Italy in 2011

Due to a 10 fold anticancer drug therapy a young woman died



2- Sentinel Events Monitoring System

SIMES - Organizations involved in the process



Organizations involved in this process are:

Ministry of Health

•Regions and Autonomous Provinces

•Hospitals and Health facilities

Validation is an evaluation process about data by Local Level, Regions and Ministry of Health



2- Sentinel Events Monitoring System

Sentinel Events Monitoring Protocol is used until september 2005 in an experimental way, while from December 2009 it is defined by a Ministerial Decree.

Two forms:

FORM A:

- **Health facility**
- **Referent**
- **Type of Sentinel Event**
- **Patient Data**
- **Outcome**

FORM B

- **Description**
- **Analizing Method**
- **Reasons and causes List**
- **Risk Reductin Actions**



2- Monitoring Sentinel Events System

Ministerial Decree 11 Dec 2009 – Information System Monitoring Errors (SIMES) Establishment

Clinical risk manager, where available, or a person identified by hospital management, fills out Form A, sends it to region, at the time of the event or to the knowledge of it;

Clinical risk manager, fills out Form B, sends it to the Ministry within 45 calendar days from the validation (these are the same times adopted in other Countries)



2- Monitoring Sentinel Events System

Sentinel Events List

- 1. Procedure performed on wrong patient
- 2. Procedure performed on wrong body part (side, organ or part)
- 3. Wrong procedure performed on correct patient
- 4. Retention of instruments or other foreign object during surgery requiring another or successive surgery or procedure performed to rectify error
- 5. Transfusion reaction consequent to ABO incompatibility
- 6. Death, coma or severe functional alterations derived from error in pharmacological therapy
- 7. Maternal death or illness correlated to labour and/or childbirth
- 8. Death or permanent disability in healthy newborn weighing > 2500 grams not correlated to a congenital illness



2- Monitoring Sentinel Events System

Sentinel Events List

- 9. Death or severe injury due to patient fall
- 10. Patient suicide or attempted suicide in a hospital
- 11. Violence to hospitalized patient
- 12. Violence against healthcare professionals
- 13. Death or severe harm due to a malfunction of the transport system (intra-hospital, extra-hospital)
- 14. Death or severe injury due to an incorrect attribution of a triage code by the Central Operative unit 118 and/or in the Emergency Ward/ First Aid
- 15. Unexpected Death and/or Severe Harm Consequent to a Surgical Procedure
- 16. Every other adverse event that causes death or severe injury



2- Monitoring Sentinel Events System

- 1918 reports collected and valid.
- The most frequently signalled Death or severe injury due to patient falls: 24,56%.
- Mortality rate: 35,6%.
- In a percentage of 39,26%, Sentinel Events happened inside patient rooms
- 18,72% in the operating room.

Death or severe injury due to patient fall	471	24.6%
Patient suicide or attempt suicide in Hospital	295	15.38%
Any other AD that causes Death or severe injury	275	14.34%
Acts of violence on health care workers	165	8.6%
Retention of instruments requiring another procedure	159	8.29%
Unexpected death or severe harm consequent to a surgical procedure	135	7.04%
Death or disability in healthy newborn weighing >2500gr	82	4.28%
Death or harm due to pharmacological therapy error	79	4.12%
Transfusion reaction due to ABO incompatibility	72	3.75%
Maternal death or illness due to labour	55	2.87%
Wrong procedure performed on right patient	32	1.67%
Death or severe injury due to wrong attribution of Triage Code	27	1.41%
Procedure performed on wrong body part (side, organ)	26	1.36%
Procedure performed on wrong patient	16	0.83%
Death or severe injury due to transport system (intra/extra hospital)	15	0.78%
Violent act to hospitalized patient	14	0.73%
total	1918	100%



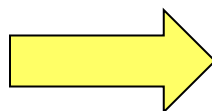
Previous Report

<u>Sentinel Event</u>	n.	%
Patient suicide or attempted suicide in a hospital	166	19,0%
Death or severe injury due to patient fall	147	16,8%
Every other adverse event that causes death or severe injury	134	15,4%
Retention of instruments or other foreign object during surgery requiring another or successive surgery or procedure performed to rectify error	76	8,7%
Unexpected Death and/or Severe Harm Consequent to a Surgical Procedure	76	8,7%
Death or permanent disability in healthy newborn weighing > 2500 grams not correlated to a congenital illness	52	6,0%
Acts of violence sustained by healthcare workers	48	5,5%
Transfusion reaction consequent to ABO incompatibility	44	5,0%
Death, coma or severe functional alterations derived from error in pharmacological therapy	35	4,0%
Maternal death or illness correlated to labour and/or childbirth	31	3,6%
Wrong procedure performed on correct patient	17	2,0%
Death or severe harm consequent to a malfunction of the transport system (<u>intrahospital</u> , <u>extrahospital</u>)	16	1,8%
Procedure performed on wrong patient	11	1,3%
Death or severe injury due to an incorrect attribution of a triage code by the Central Operative unit 118 and/or in the Emergency Ward/ First Aid	9	1,0%
Procedure performed on wrong body part (side, organ or part)	8	0,9%
Violent acts to hospitalized patient	3	0,3%
Total	873	100%



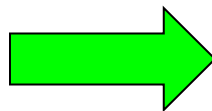
2- Monitoring Sentinel Events System

Monitoring



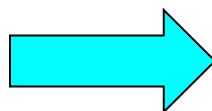
Learning from error
Identification, evaluation of current and possible risks and management

Recommendations

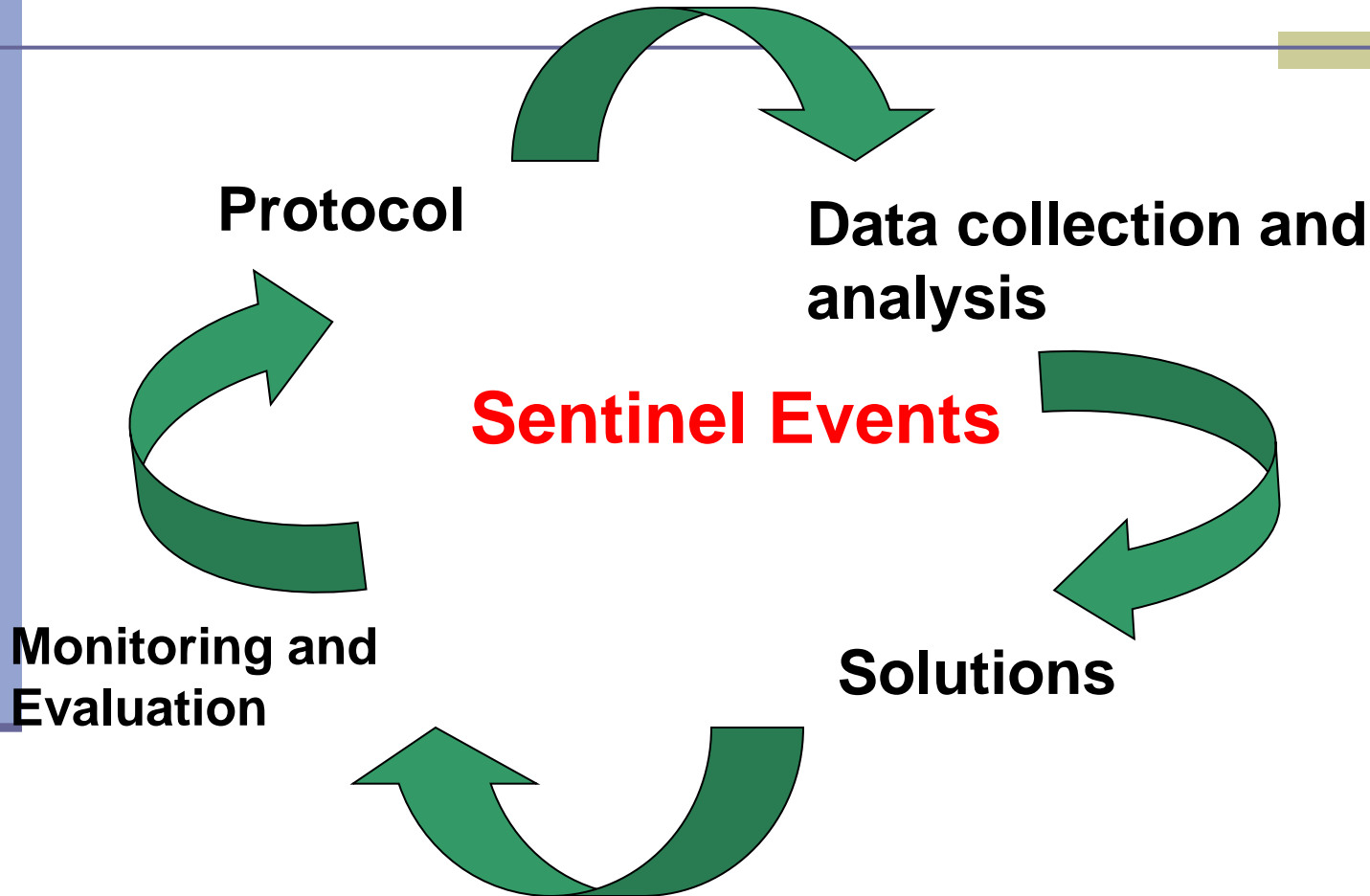


Put into practice safety solutions

**Continuous
Professional
Development**



Enhancing patient safety
Improving knowledge on safety culture among health professionals



3-Recommendations for healthcare workers

Ministry of Health in collaboration with experts from Regions drafted and diffused the “Recommendations” in order to offer healthcare workers information about dangerous conditions causing severe or fatal consequences to patients.

These recommendations increase knowledge about dangerous events and show actions to prevent sentinel events.

MoH recommendations in many cases, follow sentinel events.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO - KCL - ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO

Il Cloruro di Potassio - KCl - per via endovenosa può causare effetti letali se somministrato in modo inappropriato

La somministrazione endovenosa di Cloruro di Potassio - KCl - è oggetto di questa raccomandazione.

La somministrazione di KCl è stata implicata in alcuni episodi di decessi nel nostro paese, come in molti altri paesi. Numerosi ospedali hanno già attivato procedure per rimuovere questa sostanza dai reparti non impegnati



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 LA PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO

La reazione trasfusionale da incompatibilità ABO rappresenta un evento avverso drammatico che può e deve essere prevenuto

La reazione trasfusionale ABO rappresenta un importante evento sentinella (1) ed è dovuta al verificarsi di un errore che può avvenire nel processo trasfusionale.

La presente raccomandazione intende fornire uno strumento a supporto degli operatori da implementare in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese per contrastare l'occorrenza di tale evento.

Raccomandazione n. 5, marzo 2007



Ministero della Salute

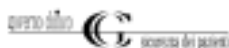
DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE LA RETENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

La ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni

La ritenzione all'interno del sito chirurgico di garze, strumenti e altro materiale rappresenta un importante evento sentinella (1) che può e deve essere prevenuto. Attualmente, nel nostro paese, alcuni ospedali hanno già attivato alcune procedure per contrastare l'occorrenza di tale evento: con la presente raccomandazione si intende fornire un modello operativo da implementare in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese.

Raccomandazione n. 2, Luglio 2006



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 LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

La morte materna rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati

La mortalità e la morbilità materna correlate al travaglio e/o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi economicamente avanzati. Tuttavia, le indagini internazionali e i censiti sulla mortalità materna, effettuati in diversi paesi europei, rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notizie volontarie riportino e stimano che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali (1-3).

Raccomandazione n. 6, aprile 2007



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 LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA

Le procedure chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliato e le procedure errate possono causare gravi danni ai pazienti

Gli interventi in paziente sbagliato, la parte del corpo sbagliato e la procedura errata rappresentano eventi sentinella (1) particolarmente gravi, che possono e devono essere prevenuti. In alcuni paesi l'applicazione di misure preventive ha consentito la riduzione dell'incidenza di tali eventi. Attualmente in Italia solo alcuni ospedali hanno attivato analoghe misure preventive e, pertanto, con la presente raccomandazione si intende fornire un modello operativo da implementare in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese.

Raccomandazione n. 3, Luglio 2006



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 LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti

La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Gli errori in terapia farmacologica si possono verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.

La presente Raccomandazione rappresenta uno strumento completo a supporto degli operatori da implementare in tutte le strutture sanitarie per evitare o minimizzare il rischio dell'insorgenza dell'evento sentinella dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. I contenuti proposti dalla Raccomandazione sono di grande utilità anche nella prevenzione di eventi avversi che per loro natura non ricadono nella definizione di evento sentinella adottata ai fini della stesura di questo documento. La Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, fatta parte del lavoro svolto dal Consiglio Superiore della Sanità, Sezione V.

Raccomandazione n. 7, settembre 2007



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, come dimostrato anche dai internazionali e, pertanto, è necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee al prevenzione.

Nel nostro Paese alcuni ospedali hanno già intrapreso iniziative per contrastare l'occorrenza di tale evento che costituiscono un utile riferimento per la presente raccomandazione.

Raccomandazione n. 4, Ottobre 2006



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 prevenzione e protezione

Eventi sentinella che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali ed extra ospedaliere subiscono possono ridurre in modo rilevante la loro salute e la loro efficienza ed attività lavorativa. In Italia, questi eventi sono ancora poco prevenuti per mancanza di strumenti.

Con la presente Raccomandazione si intende fornire un modello di legge di lavoro e di diritti morali e l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza che minacciano la integrità e l'efficienza.

Raccomandazione n. 8, settembre 2007



3-Recommendations for healthcare workers

Ministry of Health published 15 Recommendations:

- Death or severe injury due to wrong attribution of code in the Emergency Unit
- Preventing errors in anticancer drug therapy
- Preventing patient fall in health facilities
- Preventing therapy errors using drugs “Look-alike/sound-alike”

- Death or severe injury due to a malfunction about transport system inside or outside hospital
- Recommendation for the prevention of bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaw/ mandibular bone

- Recommendation for the prevention of adverse events consequent to the malfunction of medical devices and electromedical instruments
- Recommendation to prevent acts of violence to healthcare workers

- Recommendation for the prevention of death, coma or severe bodily harm²⁵ originating from an error in pharmacological therapy

3-Recommendations for healthcare workers

- Recommendation for the prevention of maternal death correlated to childbirth and/or labour
- Recommendation for the prevention of a transfusional reaction due to ABO incompatibility
- Recommendation for suicide prevention of hospital patients
- Recommendation for the correct identification of patients, surgical site and procedure
- Recommendation to prevent the retention of gauze, instruments or other material in a surgical site
- Recommendation for the correct use of concentrated solution containing Potassium Chloride –KCL- and other concentrated solutions containing Potassium



4-Training and educational programs

The number of action plans sent by health facilities compared with all sentinel events signalled is 55,1% .

→previous report 40,5%

To improve this data, Ministry of Health has published the Root Cause Analysis Handbook and the Clinical Audit Handbook, available on Ministry of Health Web site

FAD courses (on line courses)





4- Training and educational programs

Safety in surgery

Ministry of Health has developed a specific handbook about Safety in Operating Room with Italian version of Checklist for Safe Surgery, based on WHO proposal.

Ministry of Health made two videos illustrating the methods to avoid risk. These videos show how to use or not to use checklist, it is available on web site

5-Safety in the Operating Room

- surgical procedures are complex for number of professional people involved, acute conditions of patients, amount of information required, the urgency, the high technological level
- communication processes within the team operating: the surgeon, the anesthetist and the nurse are not working in isolation
- ensure a climate of collaboration between different professionals.

5-Safety in the Operating Room

- Ministry adapted WHO checklist for safety in the operating room, adding another item to the 19 concerning prophylaxis of venous thromboembolism.
- The checklist includes 3 phases (Sign In, Time Out, Sign Out), 20 items to be performed and to mark after successful control

Checklist per la sicurezza in sala operatoria

Sign In →

→ Time Out

→ Sign Out

I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia

I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute

I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria

- 1) Il paziente ha confermato:
 - identità
 - sede di intervento
 - procedura
 - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)
- 2) Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile
- 3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati
- 4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento
- Identificazione dei rischi del paziente:
- 5) Allergie:
 - sì
 - no
- 6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?
 - no
 - sì, e la strumentazione/assistenza disponibile
- 7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)?
 - no
 - sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili

- 1) tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione
- 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento
Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:
- 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?
- 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?
- 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?
- 6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?
 - sì
 - non applicabile
- 7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?
 - sì
 - non applicabile

- L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:
- 1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?)
 - 2) che il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, sia risultato corretto
 - 3) come il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta sia stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)
 - 4) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
 - 5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria
 - 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio

Dati del paziente

Nome e Cognome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Procedura eseguita _____

SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)

Before induction of anaesthesia ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Before skin incision ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Before patient leaves operating room

SIGN IN

- PATIENT HAS CONFIRMED**
 - IDENTITY
 - SITE
 - PROCEDURE
 - CONSENT

- SITE MARKED/NOT APPLICABLE**

- ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED**

- PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING**

- DOES PATIENT HAVE A:**
- KNOWN ALLERGY?**
- NO
- YES
- DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?**
- NO
- YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE
- RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?**
- NO
- YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED

TIME OUT

- CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE**

- SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM**
 - PATIENT
 - SITE
 - PROCEDURE

- ANTICIPATED CRITICAL EVENTS**
- SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?**
- ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?**
- NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?**

- HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?**
- YES
- NOT APPLICABLE
- IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?**
- YES
- NOT APPLICABLE

SIGN OUT

- NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:**
- THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED**
- THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)**
- HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)**
- WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED**

- SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT**



6-Guidelines to communicate adverse events

A guideline to manage and communicate adverse events has been produced, to define an operative and effective process about what happened, also with the aim of ensure a clear and open communication.



6-Guidelines to communicate adverse events

This guideline contains the following recommendations:

- Adverse event analysis
- Adverse event patient communication
- Actions to healthcare professionals involved in an adverse event
- External Communication in Adverse Events conditions happened in Health Facilities

Concluding remarks

Why clinical risk is relevant to patient safety?

- Due to the high complexity of health systems, it is important to implement activities on different topics, and implement a continuous and constant updating of health professionals involved.
- SEs represent a lack in health care process: ensure quality and safety of care for patients and health professionals producing useful documents.

Concluding remarks

Why clinical risk is relevant to patient safety?

AE Reporting system is essential

- to increase awareness of the causes and factors
- to collect information on severe and potentially avoidable adverse events



Thank you
for your attention

l.guidotti@sanita.it