

DGR 31 MARZO 2008 n° 14-8500

Oggetto: Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali per la gestione del rischio clinico e l'attivazione dell' "Unità di gestione del rischio clinico" e prime linee di indirizzo su tematiche di particolare interesse.

Facendo proprie le indicazioni contenute nella proposta di Piano socio sanitario ex DD.G.R. n. 59-2531 del 03.04.06 e n. 61-5049 del 28.12.06, ora approvato con la DCR 24.10.07 n. 137-40212, l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con Determinazione dirigenziale n. 23/28 del 25.01.07 istituì un Gruppo di lavoro con il compito di elaborare indicazioni e proposte per sviluppare nelle aziende della Regione un sistema di gestione del rischio clinico organizzato in rete a partire dalle esperienze locali.

L'attività del Gruppo è stata costante e può essere suddivisa in due parti: la prima è consistita nella rilevazione puntuale (tramite approfondito questionario e incontri singoli con tutte le Aziende sanitarie) dello stato dell'arte nella gestione del rischio in Piemonte, che ha permesso di predisporre un programma operativo dei lavori partendo da conoscenze certe, e quindi in grado di incidere concretamente sullo sviluppo del sistema.

La seconda ha visto il coinvolgimento degli operatori che maggiormente seguono le problematiche relative al rischio clinico di tutte le Aziende sanitarie che, sotto il coordinamento del Gruppo, hanno partecipato alla stesura di proposte di indicazioni sui principali argomenti di comune interesse, quali le infezioni ospedaliere, la ritenzione di materiale nel sito chirurgico, l'identificazione del paziente, la conservazione e distribuzione delle soluzioni contenenti cloruro di potassio, la vigilanza sui dispositivi medici, le procedure per la gestione dei reclami che, Allegato 2 alla presente deliberazione per farne parte integrante, saranno trasmesse alle Aziende sanitarie come linee di indirizzo.

E' stato inoltre predisposto, in accordo con il Settore regionale competente, un programma di formazione, che, suddiviso in diversi livelli, vedrà coinvolta, entro il 2008, una considerevole quota di operatori, sia sanitari che tecnici e amministrativi.

Considerato inoltre che la funzione di gestione del rischio è attualmente espletata con modalità differenti nelle diverse realtà aziendali e che in attuazione della DCR 24.10.07 n. 137-40212 di Piano socio sanitario e della DCR 22.10.07 n. 136-39452 di accorpamento delle Aziende sanitarie preesistenti le nuove Aziende sanitarie dovranno necessariamente rivedere il proprio modello organizzativo, si ritiene quanto mai opportuno fornire indicazioni per la gestione del rischio clinico che deve essere obbligatoriamente intesa come funzione trasversale che coinvolga tutte le strutture aziendali.

In primis si chiede pertanto alle Aziende sanitarie, prima di prevedere ex novo qualsivoglia struttura appositamente dedicata, di costituire un gruppo aziendale di gestione del rischio clinico, denominato Unità di gestione del rischio clinico, quale momento unificante delle competenze e delle problematiche aziendali e in grado di interagire con i diversi soggetti che, a vario titolo, ne sono coinvolti.

La composizione dell'Unità, le principali competenze, le modalità di funzionamento sono esplicitate nel documento, Allegato 1 alla presente deliberazione per farne parte integrante.

Tutto ciò premesso e condividendo le argomentazioni del relatore,

vista la DCR 22.10.07 n. 136-39452;

vista la DCR 24.10.07 n. 137-40212;  
vista la D.G.R. n. 59-6349 del 05.07.07;

la Giunta regionale, a voti unanimi espressi nei modi di legge,

d e l i b e r a

- di approvare le indicazioni da fornire alle Aziende sanitarie per la gestione del rischio clinico e l'attivazione dell' "Unità di gestione del rischio clinico", Allegato 1 alla presente deliberazione per farne parte integrante;
- di impegnare le ASR ad istituire tali Unità secondo le indicazioni sopra riportate e a trasmettere il relativo atto alla Direzione Sanità della Regione entro 60gg. dalla notifica del presente provvedimento;
- di prendere atto delle linee di indirizzo predisposte dal Gruppo di lavoro assessorile ex Determinazione n. 23/28 del 25.01.07 concernenti le infezioni ospedaliere, la ritenzione di materiale nel sito chirurgico, l'identificazione del paziente, la conservazione e distribuzione delle soluzioni contenenti cloruro di potassio, la vigilanza sui dispositivi medici, le procedure per la gestione dei reclami, Allegato 2 alla presente deliberazione per farne parte integrante.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

## **GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

### **Criteri per la gestione, a livello aziendale, del rischio clinico e l'attivazione della relativa Unità di Gestione del rischio clinico.**

Come anticipato con la nota della Direzione Programmazione Sanitaria prot. 5288/28.2 del 11.06.07 e conformemente ai contenuti del disegno di legge nazionale inerente gli interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale ogni Azienda sanitaria deve organizzare una funzione permanentemente dedicata al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure anche mediante l'analisi e la gestione del rischio clinico.

Ciò richiede la creazione di un ambito di governo dei rischi costituito da un sistema di valori e risorse, norme, procedure, comportamenti codificati e informazioni volto a limitare i pericoli comunque presenti, in primis quelli legati all'erogazione delle cure.

Si tratta di un approccio gestionale globale alla sicurezza che comprende e tende a integrare sia gli aspetti statici (strutturali) e dinamici (organizzativi), sia le modalità di controllo degli eventi avversi (connessi a farmaci, dispositivi medici, complicazioni post chirurgiche, infezioni nosocomiali, ecc.).

Infatti gli eventi avversi e gli incidenti sono un grave problema per l'effettivo governo clinico e quindi devono rappresentare un ambito di studio e di azione per modificare i sistemi di gestione. Oltre ai temi tradizionali dei rischi connessi alla pratica clinica è importante analizzare in profondità anche le condizioni che favoriscono l'accadere degli eventi per fornire occasione di apprendimento.

Occorre inoltre tenere presente che l'attività amministrativa e quella legale nelle Aziende sanitarie sono direttamente correlate con l'attività clinica, cui devono fornire le migliori condizioni per esprimersi e supportare nella gestione delle criticità.

Poiché la conoscenza dei fenomeni è alla base per la gestione degli stessi, è importante che le basi informative devono essere tali da creare legami, sinergie, integrazioni fra le diverse aree per aumentare la capacità interpretativa e di risposta, senza moltiplicare la raccolta delle informazioni oltre allo stretto necessario.

All'interno dell'Azienda sanitaria la funzione di gestione del rischio è da ricondurre alla direzione sanitaria aziendale, è tipicamente multidisciplinare e deve essere punto di riferimento per tutti gli operatori per quanto concerne la materia e sintetizzabile in:

- diffusione delle informazioni nazionali, regionali, locali utili agli operatori (normative, protocolli, linee guida, ecc.);
- elaborazione di documenti aziendali (protocolli, linee guida) utili alla prevenzione del rischio e gestione degli eventi avversi;
- raccolta e analisi della casistica aziendale relativa agli eventi avversi;
- supporto alle diverse strutture aziendali nella gestione dei reclami e del contenzioso;
- coordinamento generale delle azioni di competenza delle diverse strutture aziendali riguardanti la gestione del rischio clinico.

Per l'espletamento delle funzioni sopra elencate l'organizzazione aziendale deve prevedere la costituzione di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, denominato "Unità di gestione del rischio clinico".

Tale Unità è composta dalla direzione sanitaria e da operatori provenienti dalle strutture comunque coinvolte nei processi di gestione del rischio gestendo funzioni quali la medicina legale, il servizio legale, il servizio patrimoniale, l'URP, la qualità e la gestione del rischio.

Altri esperti (clinici, farmacisti, ingegneri clinici, infermieri dirigenti, ecc.) saranno coinvolti secondo le loro competenze.

Anche in considerazione di quanto indicato nel citato disegno di legge nazionale, art. 18 c.3, "...si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali complessivamente disponibili a legislazione vigente presso le aziende ...", non si ritiene, allo stato attuale, opportuno istituire nuove strutture, complesse o semplici, a ciò appositamente dedicate.

Nondimeno è evidente che per svolgere la propria attività l'Unità di gestione del rischio clinico richiede una struttura organizzativa di supporto e un coordinamento autorevole per poter realmente svolgere il ruolo centrale che gli compete.

Al fine di una dovuta uniformità di azione e comportamento si ritiene che l'Unità di gestione del rischio sia unica a livello aziendale.

Per le Aziende particolarmente estese e/o dotate di più presidi ospedalieri, si raccomanda l'attivazione di sottogruppi a livello decentrato facenti riferimento, di norma, alla direzione sanitaria di presidio o di distretto.

**GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

Linea di indirizzo 1/2008.

**Linee di indirizzo riguardo le informazioni da fornire all'utente sulla possibilità di contrarre un'infezione a seguito di ricovero e/o procedura diagnostica o terapeutica.**

Il problema “infezioni ospedaliere” (I.O.) assume un rilievo particolare nell'ambito degli eventi avversi in quanto, a differenza di altri eventi per i quali l'obiettivo può oggettivamente consistere nel “quasi” azzeramento, occorre considerare che circa 1/3 dei pazienti che vengono ricoverati contraggono una I.O., di varia entità e di diversa localizzazione anche per cause difficilmente aggredibili e non dipendenti dai comportamenti degli operatori e/o da deficienze strutturali.

Inoltre, di norma, le I.O. vengono percepite dal paziente come eventi di minor entità e, nei casi gravi, come complicazioni della malattia; per questo motivo le rivalse in questo campo sono limitate.

Dovendo dunque partire dal concetto che l'I.O. non può essere azzerata, la strategia di Risk Management deve pertanto costruire una robusta cornice di sostegno non solo mirata alla prevenzione dell'evento avverso ma alla certificazione che gli eventi in questione avvengono con frequenze non superiori a quelle riportate in letteratura e che è stato fatto di tutto per contenerne la comparsa.

Tale strategia va dunque basata su tre punti:

- sorveglianza: dati sugli esiti;
- controllo: dati sui processi;
- informazione agli utenti.

**Sorveglianza.**

Occorre dimostrare che la frequenza di I.O. è sovrapponibile a quella citata dalla letteratura (in particolare dai diversi sistemi di sorveglianza nazionali).

I sistemi a cui si fa più frequente riferimento sono quello americano (NISS), ma esistono anche sistemi europei (NINSS, INCISO, ISO, PREZIES, HELIX, ecc.), i dati delle sorveglianze condotte in Regione Piemonte, la rete nazionale in via di realizzazione.

L'onerosità di questi studi suggerisce spesso di svolgerli come studi di prevalenza, con possibile sottostima dell'evento per patologie con durata del ricovero limitato.

Per questo è utile che ogni ospedale partecipi ad una rete più ampia di sorveglianza, eseguendo studi di incidenza che, se non continuativi, siano almeno ripetuti periodicamente ogni due, tre mesi; in questo modo si ottengono, su grandi numeri, dati significativi e, salvo casi particolari, il risultato globale può essere attribuito ai singoli ospedali che hanno partecipato alla sorveglianza.

In Piemonte il Gruppo Regionale sulle Infezioni ha promosso studi di sorveglianza sulle infezioni chirurgiche e sulle più frequenti infezioni nosocomiali.

È auspicabile che questi sistemi si strutturino e si integrino con la rete nazionale in progetto, in modo che il sistema di sorveglianza periodicamente elabori e certifichi i dati regionali.

### **Controllo.**

Occorre dimostrare che l'ospedale attui tutte le misure che la scienza medica mette a disposizione per ridurre al minimo la comparsa delle I.O. con l'elaborazione di protocolli, linee guida, procedure.

La quasi totalità degli Ospedali piemontesi dispone di tali documenti, anche come risultato del lavoro del Gruppo Regionale sulle Infezioni Ospedaliere negli ultimi 10 anni; più critico è rilevare l'effettiva applicazione dei documenti elaborati: studi per verificarne l'applicazione non sono svolti in modo sistematico e spesso solo se legati a specifici progetti (es., uso degli antibiotici nella profilassi chirurgica).

### **Informazione**

Il paziente deve essere adeguatamente informato sui rischi di comparsa di una I.O. connessi sia al ricovero che alla specifica patologia di cui risulta essere affetto.

Per quanto riguarda la sorveglianza ed il controllo delle I.O., si rimanda all'attività del Gruppo Regionale sulle Infezioni.

Per quanto riguarda l'informazione da fornire all'utente, si propongono le seguenti indicazioni di minima:

**A. Informazione generica sulle Infezioni Ospedaliere, da fornire ad ogni utente al momento del ricovero e che può essere inserita nell'opuscolo informativo dell'Ospedale:**

il testo informativo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- a. nell'ospedale esiste una struttura (il C.I.O.) che controlla, gestisce e indirizza tutti i processi e le attività tese al controllo delle infezioni ospedaliere, e del personale specificamente addestrato per questi compiti;
- b. nell'ospedale sono applicate le misure suggerite dagli standard, dalle Linee Guida nazionali e internazionali e dalle disposizioni di legge, per il controllo delle I.O.; tali misure a volte possono comportare precauzioni e limitazioni che hanno il solo scopo di proteggere l'utente dalle I.O.;
- c. esiste un sistema di sorveglianza che conferma l'efficacia di queste misure;
- d. la comparsa di un'infezione durante il ricovero è comunque possibile poiché le misure citate ne riducono il rischio ma non lo annullano, che è fortemente condizionato dalle procedure diagnostiche e terapeutiche cui viene sottoposto e dalle condizioni generali del paziente;
- e. nel caso che un paziente contragga un'infezione nosocomiale, il medico curante di reparto è tenuto alla massima informazione riguardo l'infezione stessa;
- f. il personale sanitario del reparto è a disposizione per fornire ulteriori delucidazioni.

**B. Informazione specifica sulle Infezioni Ospedaliere, da fornire in occasione di una procedura**

I medici devono fornire al paziente non solo informazioni sulla procedura, ma anche sui rischi e sulle complicazioni, comprese quelle di natura infettiva.

Ogni singolo ospedale può valutare opzioni più strutturate (ad es.: stesura di fogli può essere inserita nell'opuscolo informativo dell'Ospedale informativi per ogni procedura, comprendenti anche il rischio infettivo, da allegare al consenso; inserimento nel modulo di consenso di specifico riferimento alle infezioni; ecc.).

**GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

Linea di indirizzo 2/2008

**Linee di indirizzo per l'applicazione della Raccomandazione n. 2, luglio 2006, del Ministero della Salute sulla prevenzione delle ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.**

Al fine di una corretta opera di prevenzione del rischio, si ritiene che l'Azienda sanitaria debba almeno:

1. verificare la diffusione della raccomandazione ministeriale o di altro/i documenti interni a tutti gli operatori della/e sale operatorie esistenti nella struttura o impegnati in attività chirurgiche o in procedure invasive;
2. prevedere e attivare un percorso di formazione e addestramento specifico per tutto il personale coinvolto in camera operatoria per il conteggio sistematico delle garze, strumentario o altro materiale chirurgico;
3. dare indicazioni relative alle modalità con le quali devono essere svolte le attività di conteggio in accordo con la raccomandazione o con altro documento interno;
4. verificare se esiste una scheda, o altro documento, da cui emerga che il conteggio viene effettuato nelle 5 fasi previste dalla raccomandazione o in tutte quelle previste dal documento interno, quali e quanti sono gli operatori coinvolti nell'attività di conteggio e la presenza delle relative firme;
5. verificare se il controllo dell'integrità dello strumentario viene attuato con le modalità previste dalla raccomandazione o con quelle previste da altro documento interno;
6. verificare se sono state date disposizioni relative al comportamento da tenere nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio o si sia rilevata una mancanza di integrità di strumenti o materiale;
7. fornire materiale (garze o altro materiale) contrassegnato in modo tale da agevolarne l'eventuale successiva identificazione (es. filo di bario);
8. indicare le modalità per la rilevazione e segnalazione degli eventi sentinella.



Check list di autovalutazione Raccomandazione n.2						
		Percentuale di adesione				
		100	75	50	25	0
	Evidenza della diffusione della raccomandazione, o di altro documento interno a tutti gli operatori delle sale operatorie					
1	Percorso di formazione/addestramento previsto e attivato					
2	Evidenza della presenza e diffusione delle modalità con le quale deve essere eseguito il conteggio					
3	Presenza della registrazione dell'avvenuto conteggio in tutte le fasi previste dalla raccomandazione o dal documento interno					
	Presenza della registrazione del numero, qualifica degli operatori coinvolti nel conteggio e delle relative firme					
4	Evidenza dell'avvenuto controllo dell'integrità dello strumentario in tutte le fasi previste					
5	Presenza di disposizioni specifiche sulle modalità di comportamento in caso di discordanza nel conteggio o di mancanza di integrità di strumenti o materiale					
6	Evidenza documentale che il materiale fornito alla sala operatoria è contrassegnato in modo da agevolarne l'eventuale successiva identificazione					
7	Evidenza di informazione e presenza dei documenti necessari per la segnalazione di eventi sentinella					

[illegible]

**Allegato 2 - segue**

**GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

Linea di indirizzo 3/2008.

**Linee di indirizzo per l'applicazione della Raccomandazione n. 3, luglio 2006, del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.**

Al fine di una corretta opera di prevenzione del rischio, si ritiene che l'Azienda sanitaria debba almeno:

- A. verificare la diffusione della raccomandazione ministeriale o di altro/i documenti interni a tutti gli operatori della/e sale operatorie esistenti nella struttura o impegnati in attività chirurgiche o in procedure invasive;
- B. prevedere e attivare un percorso di formazione e addestramento specifico per tutto il personale coinvolto nelle attività chirurgiche o procedure invasive;
- C. verificare se esiste una check list o altro documento, contrassegnato con i dati del paziente, da cui emerga che sono state eseguite tutte le attività previste per tutte le fasi;
- D. Periodo di preparazione all'intervento (giorni/ore precedenti):
  - 1. corretta somministrazione del consenso informato (fornire, a titolo di esempio il modulo di consenso informato utilizzato);
  - 2. modalità utilizzate per contrassegnare il sito operatorio e identificazione di chi appone il simbolo per la marcatura del sito chirurgico.
- E. Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria:
  - 1. raccolta informazioni direttamente dal paziente (parente in caso di impossibilità);
  - 2. verifica della loro corrispondenza con i dati riportati nella documentazione clinica.
- F. Periodo immediatamente precedente l'intervento (Time Out):
  - 1. Verifica finale con il coinvolgimento attivo di tutti i componenti dell'equipe operatoria
  - 2. Condivisione tra gli operatori e chiarimenti relativi alle eventuali discrepanze emerse
  - 3. Controllo in doppio (double check) dell'operatore che esegue l'intervento e di un altro componente dell'equipe

Presenza della check list nel registro operatorio

## Check list di autovalutazione Raccomandazione n.3

		Percentuale di adesione				
		100	75	50	25	0
	Evidenza della diffusione della raccomandazione, o di altro documento interno a tutti gli operatori coinvolti nelle procedure chirurgiche e invasive					
A	Percorso di formazione/addestramento previsto e attivato					
B	Presenza di una check list, o altro documento, correttamente compilata					
C	1 Evidenza che il consenso informato contenga tutte le informazioni necessarie comprese sede dell'intervento, lateralità procedura e motivazione					
	2 Indicazione delle modalità utilizzate per la marcatura del sito(es. pennarello indelebile) e identificazione di chi esegue la marcatura (firma)					
D	Evidenza della raccolta di informazioni direttamente dal paziente (parente se necessario) e confronto con documentazione clinica (firma operatore e ora)					
E	1,2 Evidenza di una verifica finale di congruenza tra paziente, procedura da eseguire, posizionamento sede e lato [firma di 1 operatore (diverso da chi ha firmato in D) e ora]					
	3 Evidenza di controllo "double check" della corrispondenza delle immagini radiografiche con paziente e sito (firme di chi esegue l'intervento e di un altro componente dell'equipe e ora)					
F	Evidenza presenza della check list nel registro operatorio/documentazione atto operatorio					

Note esplicative relative alla compilazione dei vari punti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Allegato 2 - segue****GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

Linea di indirizzo 4/2008.

**Linee di indirizzo sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio.**

**PREMESSA**

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

Obiettivo delle linee di indirizzo è, pertanto, ridurre il rischio di sovradosaggio accidentale di potassio (K) derivante dall'uso improprio di soluzioni concentrate di cloruro di potassio (KCl) e di altre soluzioni ad elevato contenuto di potassio, garantendo nel contempo la tempestiva disponibilità del farmaco in caso di bisogno.

Le seguenti linee di indirizzo sono applicabili nella terapia endovenosa con soluzioni concentrate contenenti potassio impiegate nelle Strutture Sanitarie presenti sul territorio della Regione Piemonte.

Destinatari sono medici, farmacisti e personale tecnico e infermieristico, coinvolti per le rispettive competenze, nello stoccaggio, dispensazione, manipolazione e somministrazione delle soluzioni concentrate a base di potassio.

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'**

Le attività relative alla gestione delle soluzioni concentrate contenenti potassio per terapia endovenosa sono le seguenti:

- a. prescrizione della terapia;**
- b. approvvigionamento delle soluzioni concentrate;**
- c. conservazione delle soluzioni concentrate;**
- d. preparazione e somministrazione delle soluzioni diluite;**
- e. controllo della corretta preparazione e somministrazione;**
- f. gestione del rischio.**

**a. Prescrizione della terapia**

La prescrizione della terapia deve avvenire da parte del medico sulla documentazione clinica del paziente, in modo da assicurarne la tracciabilità e deve contenere:

- **denominazione del farmaco;**
- **posologia:**

1. concentrazione espressa in milliequivalenti per volume di diluente (mEq/ml)
  2. dosaggio espresso in volumi da somministrare
  3. via di somministrazione
  4. tempi di somministrazione: velocità di infusione, frequenza
- **sottoscrizione del medico**, consistente nell'apposizione di data, ora e firma **LEGGIBILE** (una prescrizione scritta con grafia poco leggibile è equiparabile ad una prescrizione incompleta).

## **b. Approvvigionamento delle soluzioni concentrate**

### ***AREE CRITICHE***

L'approvvigionamento delle soluzioni concentrate di potassio nei reparti che sono considerati critici secondo la Raccomandazione Ministeriale, deve avvenire nel rispetto delle seguenti modalità:

- l'infermiere compila l'apposito modulo di richiesta (vedi fac-simile allegato a.);
- il medico sottoscrive in maniera leggibile l'approvvigionamento;
- il farmacista controlla la richiesta e la inoltra al personale del magazzino di farmacia;
- l'operatore tecnico di magazzino predispone l'imballo in modo tale che le fiale siano facilmente riconoscibili ed evidenziabili rispetto agli altri farmaci, rispettando le apposite istruzioni della Farmacia Ospedaliera, per quanto di propria competenza;
- il farmacista controlla il prodotto e firma la richiesta per autorizzazione alla consegna;
- l'operatore tecnico di magazzino provvede alla spedizione alle strutture assistenziali richiedenti seguendo la procedura per le consegne prevista dalla Farmacia Ospedaliera;
- l'operatore di reparto, al momento del ritiro, firma per ricevuta il documento utilizzato per la richiesta e vidimato dal farmacista;
- la Farmacia e la struttura richiedente conservano documentazione dell'avvenuto processo di approvvigionamento;
- l'infermiere di reparto addetto ripone immediatamente le fiale negli spazi riservati al loro immagazzinamento secondo le modalità di conservazione previste.

### ***AREE NON CRITICHE***

L'approvvigionamento delle soluzioni concentrate di potassio nelle aree non critiche deve avvenire secondo le modalità riportate per le aree critiche, ma la richiesta del medico deve essere personalizzata e permettere l'identificazione del paziente.

### ***NOTA***

La cessione di fiale tra diverse unità operative dovrebbe essere limitata esclusivamente alle urgenze indifferibili: in tali casi deve essere redatta apposita richiesta personalizzata per permettere l'identificazione del paziente. Tale richiesta, datata e firmata dal medico, deve essere conservata in originale presso la struttura cedente ed in copia presso la struttura richiedente.

Una copia dovrebbe essere inviata alla Farmacia Ospedaliera per conoscenza (vedi fac-simile allegato b.).

## **c. Conservazione delle soluzioni concentrate**

Nelle strutture assistenziali, le soluzioni concentrate contenenti potassio devono essere conservate in armadi, possibilmente chiusi, separate dagli altri farmaci, in appositi contenitori opportunamente etichettati per evidenziare in maniera inequivocabile il contenuto e recanti la dicitura **"DILUIRE PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE: MORTALE SE INFUSO NON DILUITO"** (come da Raccomandazione Ministeriale n. 1 – Aprile 2005).

Pertanto, le fiale di soluzioni concentrate di potassio non devono essere presenti sul carrello della terapia.

#### **d. Preparazione e somministrazione delle soluzioni diluite.**

Quando le condizioni cliniche del paziente non consentono l'utilizzo di formulazioni commerciali già diluite e pronte all'uso, le soluzioni devono essere preparate attenendosi alle indicazioni fornite dalle presenti linee di indirizzo.

L'atto di preparazione e somministrazione della terapia farmacologica è un atto unitario (deve essere compiuto da una persona sola), sequenziale e cronologico.

##### **Preparazione**

Al momento della preparazione delle soluzioni diluite, l'infermiere dovrà rispettare alcune modalità operative:

- prelevare le fiale di soluzione concentrata solo al momento dell'impiego controllandone attentamente l'etichetta;
- controllare che il prodotto contenente potassio corrisponda a quello prescritto;
- effettuare il corretto calcolo della diluizione;
- scegliere il giusto diluente per la miscelazione;
- etichettare il flacone/sacca indicandone il contenuto (tipo di farmaco, diluizione), la velocità di infusione, le informazioni indispensabili per l'individuazione del paziente e la data di preparazione.

##### **Somministrazione**

Al momento della somministrazione delle soluzioni diluite, l'infermiere dovrà rispettare alcune modalità operative:

- effettuare la corretta identificazione del prodotto diluito rispetto alla prescrizione;
- verificare l'identità del paziente cui deve somministrare la terapia;
- individuare i dispositivi medici idonei a garantire l'esatta velocità di infusione,
- apporre la propria firma per avvenuta somministrazione sulla documentazione clinica in uso;
- sorvegliare periodicamente l'andamento dell'infusione e vigilare su eventuali effetti collaterali.

#### **e. Controllo della corretta preparazione e somministrazione**

- Un secondo operatore sanitario dovrebbe sempre controllare, durante la fase di preparazione:
  - la corretta identificazione del prodotto concentrato;
  - la dose;
  - la correttezza del calcolo della diluizione rispetto alla prescrizione data;
  - la miscelazione;
  - la corretta etichettatura del prodotto preparato.
- Un secondo operatore sanitario deve verificare, durante la fase di somministrazione:
  - l'identità del paziente;
  - la correttezza del prodotto diluito da somministrare;
  - la via di somministrazione utilizzata;
  - la correttezza della velocità di infusione.
- L'avvenuta somministrazione deve essere subito registrata sulla documentazione clinica riportando dose, via di somministrazione, velocità di infusione, data, ora e firma dell'operatore.

## **f. Gestione del rischio**

Per una corretta gestione del rischio la Direzione Sanitaria, in collaborazione con l'Area aziendale Risk Management/Qualità e la Farmacia Ospedaliera, deve verificare la corretta applicazione delle presenti linee di indirizzo.

La Farmacia Ospedaliera deve inoltre fornire agli operatori sanitari informazione/formazione sulla corretta gestione delle soluzioni concentrate a base di potassio e deve garantire la disponibilità di antidoti per eventuali casi di iperpotassemia iatrogena.

Per ottimizzare le misure intraprese ai fini del contenimento del rischio, si ritiene opportuno che:

- i medici effettuino la prescrizione senza l'utilizzo di abbreviazioni e con grafia leggibile;
- vengano adottati, a livello aziendale, interventi utili a promuovere l'introduzione della prescrizione informatizzata e della scheda unica di terapia nella routine assistenziale.

## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Raccomandazione n. 1 - Aprile 2005

Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Raccomandazione n. 7 – Settembre 2007

National Patient Safety Agency 2002. Patient safety Alert

Luca Benci: "Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria."  
4ª edizione

**ALLEGATI: a. fac-simile modulo per la richiesta**

**b. fac-simile modulo per la cessione tra U.O.**

**c. check list di autovalutazione**

**SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO  
MODULO PER LA RICHIESTA**

(da compilarsi a cura della Struttura richiedente)

La Struttura

.....,

**RICHIEDE**

la consegna del seguente farmaco (soluzione concentrata contenente Potassio):

.....

(denominazione)

.....(for

ma farmaceutica)

.....

(dosaggio unitario)

.....

(quantità)

per la seguente motivazione:

☐ scorta di reparto (area critica/autorizzata)

☐ somministrazione al paziente sig. ....(area non critica)

Data richiesta .....

.....

Timbro e firma del medico richiedente

(Da compilarsi a cura della Farmacia Ospedaliera)

Si autorizza la consegna del farmaco sopra richiesto nella quantità di fiale n. ....

.....

Firma del Farmacista

Data di consegna .....

.....

Firma per ricevuta dell'operatore di reparto addetto al ritiro



**SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO  
MODULO PER LA CESSIONE TRA UNITA' OPERATIVE**

(da compilarsi a cura della Struttura richiedente)

La Struttura

.....,

**CONSIDERATO IL VERIFICARSI DI UNA URGENZA INDIFFERIBILE E LA  
TEMPORANEA INDISPONIBILITÀ DEL FARMACO,**

**CHIEDE**

alla Struttura .....

la cessione del seguente farmaco (soluzione concentrata contenente Potassio):

.....

(denominazione)

.....(for

ma farmaceutica)

.....

(dosaggio unitario)

.....

(quantità)

da somministrare al paziente sig.

.....

Data richiesta .....

.....

Timbro e firma del medico della Struttura richiedente

(Da compilarsi a cura della Struttura cedente)

Si consegna il farmaco sopra richiesto.

Data consegna .....

.....

Timbro e firma del medico della Struttura cedente da conservare in originale presso la Struttura cedente,  
in copia presso la Struttura richiedente e da inviare in copia alla Farmacia Ospedaliera.

**CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE  
SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI  
POTASSIO ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO**

		SI	NO
1	Presenza di linee di indirizzo/procedura		
2	Evidenza delle prescrizioni effettuate in modo da consentirne la tracciabilità		
3	Presenza di moduli/richieste motivate per l'approvvigionamento		
4	Corretta gestione di moduli/richieste motivate per l'approvvigionamento		
5	Evidenza corretto imballaggio delle fiale di soluzione concentrate a base di potassio .		
6	Evidenza della corretta conservazione delle soluzioni		
7	Evidenza di verifica dell'applicazione corretta della procedura		

**Allegato 2 - segue****GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

Linea di indirizzo 5/2008.

**Linee d'indirizzo in materia di vigilanza regionale sui Dispositivi medici.****§ 1 Oggetto.**

Le presenti Linee d'indirizzo hanno per oggetto la disciplina degli adempimenti previsti dalla vigente normativa in materia di vigilanza sui Dispositivi medici e sui Dispositivi medico-diagnostici in vitro<sup>1</sup>, siano essi forniti a titolo gratuito od oneroso, sia con riferimento alla gestione delle segnalazioni di incidente o mancato incidente che abbiano coinvolto i predetti Dispositivi, sia per quanto riguarda le azioni dovute in presenza di segnalazioni/raccomandazioni/inviti formulati dalla competente Direzione del Ministero della Salute, ovvero di comunicazioni od iniziative di richiamo<sup>2</sup> da parte del fabbricante/distributore/mandatario.

**§ 2 Destinatari e finalità.**

Le Linee d'indirizzo non sono giuridicamente vincolanti, rimanendo fermi i disposti di legge e di regolamento nazionali e di recepimento delle direttive UE concernenti i Dispositivi medici.

Esse sono finalizzate a fornire ausilio e supporto a coloro i quali, in Azienda, svolgono attività di vigilanza sui Dispositivi medici e sui Dispositivi medico-diagnostici in vitro, nonché a tutti gli operatori sanitari utilizzatori dei medesimi, nell'ottica di perseguire un adeguato livello di omogeneizzazione e standardizzazione delle azioni cui tali soggetti sono tenuti in esecuzione degli adempimenti di cui al § 1.

I Responsabili di vigilanza designati a suo tempo presso ciascuna Azienda Sanitaria Regionale potranno avvalersi della collaborazione di uno o più referenti, da individuarsi preferibilmente a livello dipartimentale.

Si ritiene opportuno prevedere, di norma, la coincidenza tra le figure di tali Referenti e di quelli analogamente designati in seno al gruppo aziendale "rischio clinico".

Analogamente, presso ciascuna struttura sanitaria privata verrà individuato un responsabile o referente per la vigilanza che farà riferimento al Responsabile di vigilanza dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.

**§ 3 Ambito di applicazione.**

Aziende sanitarie regionali (ASL ed ASO), IRCCS ed ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, incluse le strutture sanitarie private insistenti su tale territorio.

---

<sup>1</sup> Per la definizione delle diverse tipologie di Dispositivo medico, v. glossario allegato.

<sup>2</sup> FSCA e FSN, ex MEDDEV rev. 5 Apr. 2007.

#### **§ 4 Terminologia.**

Le Linee d'indirizzo fanno proprie le definizioni adottate dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di Dispositivi medici (i riferimenti alla quale sono rinvenibili sul sito Internet del Ministero della Salute - sezione Dispositivi medici).

#### **§ 5 Modalità di effettuazione delle segnalazioni al Ministero.**

In tema di vigilanza sui Dispositivi medici, l'art. 2 del D.M. 15/11/2005 individua direttamente in capo agli "operatori sanitari di strutture pubbliche o private" l'onere di effettuare al Ministero della Salute la segnalazione di incidente o mancato incidente.

L'accezione di "operatore sanitario" è da intendersi riferita, di norma, a coloro che abbiano in concreto utilizzato o impiantato il Dispositivo interessato dall'evento, ovvero abbiano avuto diretta conoscenza dell'incidente/mancato incidente avvenuto in un momento successivo (in occasione ad esempio di visite di controllo o follow up).

In materia di effettuazione delle segnalazioni, la norma richiamata rimanda espressamente alle "disposizioni eventualmente adottate dalla regione sulla presenza e sul ruolo di un referente o responsabile della vigilanza in ciascuna struttura sanitaria."

In punto si ritiene pertanto di prevedere, atteso anche il livello di analiticità ed un certo grado di complessità delle schede predisposte dal Ministero, che i Rapporti di incidente/mancato incidente - compilati dagli operatori sanitari direttamente interessati - vengano sottoposti al Responsabile aziendale di vigilanza, che ne verificherà la completezza e la correttezza di compilazione, nonché la congruità dei dati riportati.

Lo stesso Responsabile di vigilanza (la cui designazione risulta avere avuto luogo presso ciascuna Azienda Sanitaria Regionale ed IRCCS, conformemente alle richieste di cui alle circolari ministeriali prot. nn. 59849.I.1.c.r.2/2004 e 59693.I.1.c.r.2/2004) si farà carico della trasmissione delle segnalazioni al Ministero della Salute.

Tale adempimento dovrà avvenire nel rispetto dei termini generali, di cui allo stesso art. 2 D.M. 15/11/2005, di 10 o 30 giorni a seconda che si tratti di incidenti o di mancati incidenti.

Attesa la necessità di rispettare tali termini - e la citata contestuale esigenza di operare, da parte del Responsabile aziendale, una verifica delle schede preventiva al loro invio - si ritiene indispensabile che gli operatori sanitari direttamente interessati dall'evento provvedano alla relativa segnalazione senza ritardo : un'ulteriore garanzia del rispetto dei termini normativamente previsti potrà derivare dalla previsione, in affiancamento al Responsabile aziendale, di uno o più referenti, di norma a livello dipartimentale, come indicato al precedente § 2.

#### **§ 6 Strutture sanitarie private.**

Analoghe problematiche si pongono nel rapporto tra il Responsabile aziendale di vigilanza e le strutture sanitarie private afferenti al territorio dell'ASL, atteso che i termini di 10 e 30 giorni previsti dal Decreto ministeriale si applicano, indistintamente, agli operatori sanitari di strutture "pubbliche o private".

In proposito si ritiene di suggerire che le strutture private provvedano alla designazione al proprio interno, al pari delle Aziende Sanitarie, di una figura analoga a quella del Responsabile aziendale per la vigilanza, la quale, specularmente a quanto avviene per le AASSRR, si farà carico della raccolta delle segnalazioni di incidente/mancato incidente provenienti da operatori della propria struttura, della verifica della loro correttezza/completezza/congruità, e del loro invio al Ministero nei termini stabiliti dall'art. 2 del Decreto.

I nominativi dei responsabili così individuati verranno comunicati al Responsabile di vigilanza dell'ASL competente per territorio; sarà altresì cura delle strutture sanitarie private comunicare tempestivamente al Responsabile aziendale di riferimento ogni variazione intervenuta nelle designazioni dei propri responsabili.

Appare inoltre opportuno che le Aziende Sanitarie Locali dispongano di adeguati dati informativi inerenti gli eventi che abbiano coinvolto Dispositivi medici utilizzati nel proprio ambito territoriale: i rapporti di incidente e di mancato incidente compilati dagli erogatori privati dovranno pertanto essere inviati, oltre che al competente Ministero della Salute, per conoscenza anche al Responsabile di vigilanza dell'ASL di riferimento, se possibile contestualmente all'invio al Ministero o entro i diversi termini che le Aziende riterranno di disciplinare in seno alle proprie procedure.

Il corretto e concreto funzionamento del sistema di vigilanza all'interno delle strutture private costituirà oggetto di verifica in occasione dei periodici sopralluoghi da parte delle Commissioni di Vigilanza delle AASSLL.

## **§ 7 Collaborazione, esonero del segnalante dall'ammissione di responsabilità.**

Il concreto funzionamento del sistema di vigilanza sui Dispositivi medici è basato, evidentemente, sul coinvolgimento, mediante la loro responsabilizzazione, di tutti i soggetti/attori, non ultimo il paziente, potenzialmente interessati al procedimento relativo, anche in ambito extra aziendale (soprattutto, in tal senso, il fabbricante /mandatario, v. infra § 8.1).

Pur dovendosi richiamare, in estrema sintesi, l'articolato apparato sanzionatorio previsto dalla normativa di riferimento (art. 23 D. lgs. n. 46/97, nonché art. 10 D. lgs. n. 507/92 sui Dispositivi impiantabili attivi ed art. 19 D. lgs. n. 332/2000 sui Dispositivi in vitro) si ritiene particolarmente utile sottolineare come una corretta attività di segnalazione degli eventi che abbiano coinvolto Dispositivi medici debba fondarsi sulla collaborazione reciproca tra i diversi soggetti coinvolti nell'attività di vigilanza.

In tale ottica sembra particolarmente opportuno ricordare, al fine di orientare correttamente i comportamenti degli operatori interessati, che l'atto di riportare un incidente ad un'Autorità competente non deve essere configurato come un'ammissione di responsabilità per l'incidente e le sue conseguenze.

Tale principio, enunciato a suo tempo nelle Linee guida comunitarie adottate nell'aprile 2001 (rev. 4) appare oggi ribadito dalle nuove MEDDEV (rev. 5) al § 3.1.1., il quale, ancorché espressamente riferito al fabbricante, può trovare significativi ambiti di applicazione anche con riferimento all'attività degli utilizzatori di Dispositivi medici.

Si ritiene particolarmente importante, da parte dei Responsabili di vigilanza, la sensibilizzazione degli operatori interessati ad una corretta comprensione di detto principio, atteso che proprio la mancata segnalazione di eventi che possano integrare le caratteristiche dell'incidente o del mancato incidente può, al contrario, configurare specifiche ipotesi di responsabilità.

## **§ 8 Diffusione dei dati informativi sull'evento e sugli sviluppi successivi.**

Un sistema di vigilanza sui D.M. realmente efficace ed efficiente dev'essere fondato non soltanto sulla tempestività della diffusione dell'informazione, ma anche sulla sua capacità di raggiungere tutti i soggetti/interlocutori interessati dall'evento, secondo una concezione di "circolarità" del flusso di dati ed informazioni scambiate tale da favorire i necessari feed-back successivi alla segnalazione di incidente/mancato incidente (quali le indagini del fabbricante sul Dispositivo coinvolto nell'evento, le conseguenti azioni correttive sul campo, la diffusione di Avvisi di Sicurezza nonché le raccomandazioni dell'autorità centrale attraverso l'Istituto Superiore di Sanità).

### **§ 8.1 Informativa al fabbricante (o mandatario/distributore).**

Si richiama l'importanza di segnalare ogni incidente o mancato incidente coinvolgente Dispositivi medici anche al fabbricante o mandatario e/o distributore.

E' infatti di tutta evidenza, come rimarcato anche nell'ultima versione delle MEDDEV (par. 9) che la cooperazione ed il coinvolgimento del fabbricante nel processo di vigilanza - ritenuti "vitali" per il funzionamento dell'intero sistema - presuppongano un contatto diretto, ed adeguatamente formalizzato, tra quest'ultimo e le strutture/operatori che utilizzano i Dispositivi, in quanto è attraverso gli utilizzatori che, di norma, il fabbricante ha notizia degli incidenti o mancati incidenti. Nell'evasione di tale adempimento potranno essere utilizzate le stesse schede di cui agli Allegati 1 e 4 D.M. 15/11/2005 cit.

Le stesse considerazioni si ritiene di dover richiamare per quel che concerne le strutture sanitarie private, le quali si faranno autonomamente carico delle segnalazioni al fabbricante oggetto del presente paragrafo.

### **§ 8.2 Informativa alla Regione.**

Al competente Assessorato regionale devono essere anzitutto comunicati i nominativi dei Responsabili di vigilanza, nonché ogni variazione intervenuta nelle designazioni relative.

In tema invece di invio delle segnalazioni, si ritiene opportuno che una copia dei Rapporti di incidente/mancato incidente venga trasmessa, per semplice conoscenza, al medesimo Assessorato – Direzione Controllo delle Attività Sanitarie, a cura dei Responsabili di vigilanza, sia con riguardo alle segnalazioni promananti dalle Aziende/IRCCS, sia, limitatamente alle Aziende territoriali, a quelle inviate dai responsabili/referenti privati agli omologhi Responsabili aziendali.

Pertanto, attesa l'attuale funzione di semplice monitoraggio, da parte regionale, delle segnalazioni, non sarà necessario il rispetto dei termini temporali previsti dal Decreto ministeriale, essendo al riguardo sufficiente un invio cumulativo, ogni trimestre, di copia dei Rapporti di incidente/mancato incidente di competenza.

Nel contempo si ritiene utile realizzare un sistema informatizzato regionale in grado di consentire l'uniformità delle segnalazioni e la produzione, al riguardo, di elaborazioni e reports.

### **§ 8.3 Informativa all'interno dell'Azienda sanitaria e delle strutture sanitarie private.**

Si sottolinea la necessità di una stretta collaborazione tra il Responsabile di vigilanza, le Direzioni Sanitarie di Presidio, le Direzioni di Distretto ed i servizi coinvolti negli acquisti (quali l'Ingegneria Clinica, il Servizio tecnico, il Servizio Provveditorato, il Servizio Farmaceutico...).

Si richiama inoltre l'opportunità di diffondere adeguatamente, sia all'interno dell'Azienda Sanitaria sia a livello di coordinamento sovrazonale, nonché presso le strutture private insite nel territorio di

competenza, ogni utile informazione relativa all'incidente o mancato incidente, nonché agli eventuali sviluppi ad esso successivi.

A seconda del tipo di Dispositivo coinvolto, i Responsabili aziendali valuteranno quali servizi e strutture debbano essere informati.

Allo scopo di agevolare tale specifico adempimento, le Aziende potranno opportunamente prevedere il coinvolgimento, a supporto dell'operato del Responsabile di vigilanza, delle Direzioni Sanitarie di Presidio e delle Direzioni di Distretto.

In ogni caso dovrà essere assicurato che i dati informativi, avuto riguardo alla rilevanza dell'evento occorso, siano diffusi con la necessaria tempestività .

## **§ 9 Adempimenti complementari all'esercizio della vigilanza.**

Il compiuto esercizio della funzione di vigilanza, così come delineato nei paragrafi precedenti, trova poi complemento nel monitoraggio e, ove necessario, nell'adeguata diffusione ai servizi ed alle strutture potenzialmente interessati, delle segnalazioni ed informazioni periodicamente emanate dalla competente Direzione del Ministero della Salute, e pubblicate on-line nella relativa sezione del sito Internet ministeriale.

La disponibilità sul web di tale fonte d'informazioni impone infatti che le stesse vengano adeguatamente "veicolate" e condivise tra tutti gli operatori sanitari, ed utilizzatori di Dispositivi, potenzialmente interessati.

E' infatti di tutta evidenza come tali segnalazioni possano inerire eventi, alterazioni funzionali o difettosità che in concreto non abbiano avuto luogo presso alcuna delle strutture destinatarie dell'informativa, ma che abbiano riguardato Dispositivi appartenenti a lotti od identificativi in dotazione a singole Aziende, Presidi od erogatori privati.

Posto quanto sopra, in seno alle procedure di vigilanza adottande da parte delle singole Aziende dovrà essere opportunamente prevista la consultazione periodica del sito Internet del Ministero della Salute, nella sezione dedicata ai Dispositivi medici, da affidare al Responsabile aziendale di vigilanza, o a persona da lui delegata.

Tale consultazione dovrà avere luogo secondo una periodicità adeguata, che si ritiene di poter individuare in una frequenza quanto meno settimanale.

In esito alla consultazione del portale del Ministero, le segnalazioni ed informative rinvenute verranno trasmesse ai servizi ed alle strutture potenzialmente interessati a cura del Responsabile di vigilanza.

Allo scopo di agevolare tale specifico adempimento, le Aziende potranno opportunamente prevedere il coinvolgimento, a supporto dell'operato del Responsabile di vigilanza, delle Direzioni Sanitarie di Presidio e delle Direzioni di Distretto.

In ogni caso dovrà essere assicurato che i dati informativi, avuto riguardo alla possibile dotazione di Dispositivi oggetto di segnalazione, siano diffusi con la necessaria tempestività .

Analoghe considerazioni possono essere richiamate anche per quanto attiene all'eventuale necessità, in capo al Responsabile di vigilanza, di divulgare la segnalazione alle strutture sanitarie insistenti nel territorio dell'Azienda.

Nei confronti dei responsabili/referenti designati in seno alle Case di Cura e strutture sanitarie private – ai sensi del precedente § 6 - si ritiene inoltre particolarmente opportuna la diffusione, da parte degli omologhi Responsabili aziendali, degli atti normativi a diversa rilevanza (legislativa,

regolamentare, di indirizzo) emanati in materia di Dispositivi medici a livello comunitario, nazionale, regionale.

Del pari di quanto prescritto con riguardo ai Responsabili aziendali, resta naturalmente inteso che la diffusione, in seno alle strutture sanitarie private, delle segnalazioni ministeriali pervenute è rimessa alla diligenza dei responsabili/referenti per la vigilanza ivi designati, che vi provvederanno secondo gli stessi criteri - in ordine agli operatori potenzialmente interessati ed alla tempistica della diffusione, nonché all'adeguato coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie d'appartenenza e di eventuali servizi amministrativi – in precedenza esplicitati (v. § 8.3).

Ai medesimi criteri si ritiene infine debba ispirarsi l'operato dei responsabili di vigilanza, tanto aziendali che privati, per quanto attiene la divulgazione, in seno ai rispettivi enti di appartenenza, degli avvisi di richiamo o di ritiro di un determinato Dispositivo emessi dal fabbricante, o di altre analoghe comunicazioni.<sup>3</sup>

## **§ 10 Archiviazione**

Allo scopo di garantire che tutte le informazioni in materia di vigilanza sui Dispositivi siano ordinate e prontamente accessibili, sarà cura dei Responsabili di vigilanza predisporre adeguate modalità di raccolta, conservazione ed archiviazione della documentazione relativa, sia con riguardo ai rapporti di incidente o mancato incidente, sia alle comunicazioni o circolari trasmesse dal Ministero o dalla Regione, sia alle informative ed avvisi (Field Safety Notice, ai sensi delle nuove, citate MEDDEV) diffuse dal fabbricante, inclusa, naturalmente, ogni altra evidenza documentale correlata o susseguente ai modelli ed alle comunicazioni "tipiche" qui ricordate (es. esiti delle indagini sul Dispositivo condotte dal fabbricante, o dall'Istituto Superiore di Sanità, conseguenti determinazioni dell'autorità centrale, ecc.).

L'archivio potrà essere opportunamente organizzato presso il Responsabile di vigilanza e/o la Direzione Sanitaria di Presidio /Distretto, valutando altresì l'utilità di prevedere, presso i reparti e le strutture direttamente interessate da singole segnalazioni od eventi, la conservazione "in doppio" – anche solo in via informatizzata ove possibile - di copia della documentazione relativa.

## **§ 11 Gestione dei Dispositivi medici oggetto di segnalazione.**

In caso di segnalazione di incidente o mancato incidente, presso ogni struttura sanitaria dovrà essere prevista la conservazione del Dispositivo medico, qualora disponibile, in luogo appositamente individuato, utilizzando i seguenti accorgimenti :

- se il Dispositivo medico non è stato utilizzato dovrà, per quanto possibile, essere custodito nella sua confezione originale;
- se il Dispositivo medico è stato utilizzato non dovrà essere pulito, manipolato o disinfettato e dovrà essere preferibilmente conservato, qualora disponibili, in contenitori rigidi con tappo a pressione o a vite (del tipo di quelli utilizzati per la conservazione dei prelievi biotici o anatomici), ovvero, in mancanza, nei contenitori utilizzati per i rifiuti speciali.

---

<sup>3</sup> Quali l'integrazione delle istruzioni d'uso o la prescrizione di particolari modalità d'impiego in presenza di determinate condizioni di utilizzo.

E' noto in proposito come le molteplici iniziative che possono in concreto essere assunte dal fabbricante siano state ricondotte dalle nuove MEDDEV, rev. 5 cit., alla categoria unitaria delle Field Safety Corrective Actions, le quali presuppongono un' altrettanto unitaria modalità di comunicazione, la c.d. Field Safety Notice.



Sono fatte salve le diverse e specifiche modalità di conservazione che il Ministero può comunicare in relazione a singoli casi.

Il Dispositivo potrà essere consegnato alla ditta interessata per gli eventuali adempimenti del caso solo in assenza di diverse indicazioni da parte del Ministero della Salute; l'indicazione ministeriale deve pervenire entro dieci giorni dalla data di arrivo della segnalazione di incidente ed entro trenta da quella di mancato incidente. È utile che presso ogni struttura sanitaria venga predisposta apposita modulistica per l'affidamento del materiale alla ditta, sulla quale riportare chiaramente le informazioni relative al Dispositivo ritirato, alla persona che provvede al ritiro ed alla data di consegna.

È consigliabile, all'atto della segnalazione dell'incidente o mancato incidente, richiedere contestualmente al Ministero della Salute l'autorizzazione alla consegna del Dispositivo medico alla ditta interessata, attenendosi quindi a quanto verrà indicato e provvedendo comunque alla consegna nei tempi sopra indicati, in assenza di risposta.

Nel caso l'incidente o mancato incidente sia collegato ad evento per il quale è prevista anche la denuncia all'Autorità Giudiziaria, prima di procedere alla consegna del Dispositivo medico al fabbricante è necessario richiedere e ricevere anche da tale Autorità specifica autorizzazione.

Previ accordi con il fabbricante, si potrà procedere alla restituzione anche del lotto di prodotti di cui fa parte il Dispositivo oggetto di segnalazione, purchè in assenza di diversa indicazione, entro i termini di cui sopra, da parte dell'Autorità centrale competente.

Le strutture sanitarie, per il tramite del Responsabile e dei referenti di vigilanza, sono inoltre tenute a collaborare con il fabbricante fornendo le notizie necessarie per espletare le indagini del caso, pur senza rivelare l'identità del paziente.

Nel caso il fabbricante non richieda la restituzione del Dispositivo coinvolto nell'evento, il Responsabile di vigilanza ne darà comunicazione ai competenti uffici del Ministero della Salute, precisando che, qualora non pervengano indicazioni entro un termine ritenuto adeguato, la struttura sanitaria si riterrà autorizzata a disporre nel modo ritenuto più opportuno.

## **§ 12 Tracciabilità.**

E' auspicabile che i Dispositivi medici acquistati dalle strutture sanitarie siano classificati in classi e sottoclassi omogenee, adottando la Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici, al fine di agevolare la tracciabilità del prodotto.

Si rammenta inoltre come, ai sensi degli artt. 3 e 4 D.M. 20/2/2007, i Dispositivi medici commercializzati in Italia successivamente alla data dell'1.5.2007, con l'esclusione dei Dispositivi su misura e, per il momento, dei Dispositivi medico-diagnostici in vitro, debbano essere corredati di un numero identificativo che ne attesti l'iscrizione al Repertorio dei Dispositivi medici di cui all'art. 57 co I l. n. 289/2002.

Tale numero deve essere utilizzato nella compilazione delle schede di incidente o mancato incidente di cui al citato D.M. 15.11.2005.

Per ottenere l'autorizzazione alle funzioni di accesso e di consultazione del NSIS – Repertorio Dispositivi medici, le strutture sanitarie devono rivolgersi ai competenti uffici regionali, attualmente individuati presso il Settore Osservatorio prezzi e monitoraggio del patrimonio aziendale e sanitario dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità.

È opportuno che, in fase di distribuzione a reparti/servizi all'interno della struttura sanitaria, i servizi deputati agli acquisti prevedano una procedura sistematica di monitoraggio del Dispositivo,

che consenta la registrazione di alcuni dati significativi, quali nominativo del fornitore, nome commerciale, numeri di serie e di lotto, struttura a cui viene consegnato il Dispositivo al fine di agevolare qualsiasi azione correttiva o cautelativa da parte del fabbricante o del Ministero della Salute (ad esempio ritiro dal commercio, divieto di utilizzo di tutti o di alcuni lotti di prodotto, variazione delle istruzioni d'uso, necessità d'individuare utilizzatori e giacenze, ...).

All'interno di ciascun reparto, ove possibile, dovrà essere adottata analoga procedura di tracciabilità per rendere individuabile il paziente sul quale il Dispositivo medico è stato impiegato.

Quanto sopra assume, evidentemente, particolare importanza per i Dispositivi impiantabili.

#### ALLEGATI:

Allegato A – glossario;

Allegato B – link utili.

#### Accessorio

Prodotto che, pur non essendo un Dispositivo, sia destinato in modo specifico dal fabbricante ad essere utilizzato con un Dispositivo per consentirne l'utilizzazione prevista dal fabbricante stesso.

#### Destinazione

L'utilizzazione alla quale è destinato il Dispositivo secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nell'etichetta, nel foglio illustrativo o nel materiale pubblicitario.

#### Dispositivo medico

Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.

#### Dispositivo medico attivo

Qualsiasi Dispositivo medico collegato per il suo funzionamento ad una fonte di energia elettrica o a qualsiasi altra fonte di energia diversa da quella prodotta direttamente dal corpo umano o dalla gravità.

#### Dispositivo medico impiantabile attivo

Qualsiasi Dispositivo medico attivo destinato ad essere impiantato interamente o parzialmente mediante intervento chirurgico o medico nel corpo umano o mediante intervento medico in un orifizio naturale e destinato a restarvi dopo l'intervento.

#### Dispositivo medico-diagnostico in vitro

Qualsiasi Dispositivo medico composto da un reagente, da un prodotto reattivo, da un calibratore, da un materiale di controllo, da un kit, da uno strumento, da un apparecchio, un'attrezzatura o un sistema, utilizzato da solo o in combinazione, destinato dal fabbricante ad essere impiegato in vitro per l'esame di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati, unicamente o principalmente allo scopo di fornire informazioni su uno stato fisiologico o patologico, o su una anomalia congenita, o informazioni che consentono la determinazione della sicurezza e della compatibilità con potenziali soggetti riceventi, o che consentono il controllo delle misure terapeutiche. I contenitori dei campioni sono considerati Dispositivi medico-diagnostici in vitro. Si intendono per contenitori di campioni i Dispositivi, del tipo sottovuoto o no, specificamente destinati dai fabbricanti a ricevere direttamente il campione proveniente dal corpo umano e a conservarlo ai fini di un esame diagnostico in vitro. I prodotti destinati ad usi generici di laboratorio non sono Dispositivi medico-diagnostici in vitro a meno che, date le loro caratteristiche, siano specificamente destinati dal fabbricante ad esami diagnostici in vitro.

#### Dispositivo per indagini cliniche

Un Dispositivo destinato ad essere messo a disposizione di un medico debitamente qualificato per lo svolgimento di indagini di cui all'allegato X, punto 2.1, in un ambiente clinico umano adeguato. Per l'esecuzione delle indagini cliniche, al medico debitamente qualificato è assimilata ogni altra persona, la quale, in base alla propria qualificazione professionale, sia autorizzata a svolgere tali indagini.

#### Dispositivo su misura

Qualsiasi Dispositivo fabbricato appositamente, sulla base della prescrizione scritta di un medico debitamente qualificato e indicante, sotto la responsabilità del medesimo, le caratteristiche specifiche di progettazione del Dispositivo e destinato ad essere utilizzato solo per un determinato paziente. La prescrizione può essere redatta anche da altra persona la quale vi sia autorizzata in virtù della propria qualificazione professionale. I Dispositivi fabbricati con metodi di fabbricazione continua od in serie, che devono essere successivamente adattati, per soddisfare un'esigenza specifica del medico o di un altro utilizzatore professionale, non sono considerati Dispositivi su misura.

#### Fabbricante

La persona fisica o giuridica responsabile della progettazione, della fabbricazione, dell'imballaggio e dell'etichettatura di un Dispositivo in vista dell'immissione in commercio a proprio nome, indipendentemente dal fatto che queste operazioni siano eseguite da questa stessa persona o da un terzo per suo conto. Gli obblighi del presente decreto che si impongono al fabbricante valgono anche per la persona fisica o giuridica che compone, provvede all'imballaggio, tratta, rimette a nuovo, etichetta uno o più prodotti prefabbricati o assegna loro la destinazione di Dispositivo in vista dell'immissione in commercio a proprio nome. I predetti obblighi non si applicano alla persona la quale, senza essere il fabbricante compone o adatta Dispositivi già immessi in commercio in funzione della loro destinazione ad un singolo paziente.

#### Immissione in commercio

La prima messa a disposizione a titolo oneroso o gratuito di Dispositivi, esclusi quelli destinati alle indagini cliniche, in vista della distribuzione o utilizzazione sul mercato comunitario, indipendentemente dal fatto che si tratti di Dispositivi nuovi o rimessi a nuovo.

#### Mandatario

La persona fisica o giuridica stabilita nel territorio dell'Unione europea che, dopo essere stata espressamente designata dal fabbricante, agisce e può essere interpellata dalle autorità nazionali competenti e dagli organismi comunitari in vece del fabbricante per quanto riguarda gli obblighi che il presente decreto impone a quest'ultimo.

#### Messa in servizio

Fase in cui il Dispositivo è stato reso disponibile all'utilizzatore finale in quanto pronto per la prima utilizzazione sul mercato comunitario secondo la sua destinazione d'uso.

#### Organismo notificato

Gli Organismi Notificati (anche indicati come Organismi Designati nelle direttive comunitarie e nei decreti legislativi di recepimento), sono Enti pubblici o privati, autorizzati dalle Autorità competenti dei singoli Stati membri ad espletare, su richiesta delle ditte fabbricanti, le procedure di valutazione conformità e di certificazione dei Dispositivi medici previste dalla normativa vigente in materia di Dispositivi medici.

L'elenco degli Organismi autorizzati dai diversi Stati viene comunicato alla Commissione Europea ed agli altri Stati membri dell'Unione Europea e pubblicato in un apposito Registro Comunitario.

#### Reclamo

Segnalazione di qualsiasi inconveniente, evento o non conformità concernenti l'uso o le procedure per l'uso correlate ad un Dispositivo medico e che non siano ricomprese nelle caratteristiche dell'incidente o mancato incidente.

<http://www.ministerosalute.it/dispositivi/dispomed.jsp>

[http://ec.europa.eu/enterprise/medical\\_devices/meddev/index.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/medical_devices/meddev/index.htm)

<http://afssaps.sante.fr/>

## **GRUPPO DI LAVORO SUL RISCHIO CLINICO**

Linea di indirizzo 6/2008.

### **Linee di indirizzo sulla gestione dei reclami.**

Le presenti linee di indirizzo, scaturite dalla condivisione dei “requisiti minimi essenziali” già presentati dal Gruppo di Lavoro regionale sul Risk Management in occasione dell’incontro con tutte le Aziende regionali del 09.05.2007, è finalizzata a prevenire un eventuale contenzioso, che potrebbe cominciare a delinearsi proprio nella delicata fase della gestione del reclamo.

In particolare si sottolinea la necessità di prestare massima attenzione a quei reclami che potrebbero configurare ipotesi di danno (segnalazioni riguardanti problemi tecnico professionali o gravi problemi di comunicazione).

In questo caso si ritiene opportuno procedere alla prima risposta all’utente in modo congiunto tra URP e le professionalità presenti in Azienda nei servizi di Direzione Medica Ospedaliera, Risk Management (ove istituito), Medicina Legale (di ruolo o consulenti) e Legale/Patrimoniale.

Tutto ciò al fine di prevenire non solo contenziosi, ma anche per tutelare l’utente, l’operatore sanitario e l’immagine aziendale dai conseguenti risvolti negativi.

Questa gestione organica del problema può consentire una diversa valutazione dell’organizzazione sanitaria da parte delle Compagnie di assicurazione e di conseguenza pervenire ad una quantificazione in risparmio dei costi relativi alle polizze RCT.

Inoltre la procedura può consentire misure e interventi migliorativi sull’organizzazione e sui percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali.

Allegato: iter consigliato per la gestione del reclamo.

# Iter del Reclamo dell'Utente

