

GRC ED ATTIVITA' DI AUDIT 2006

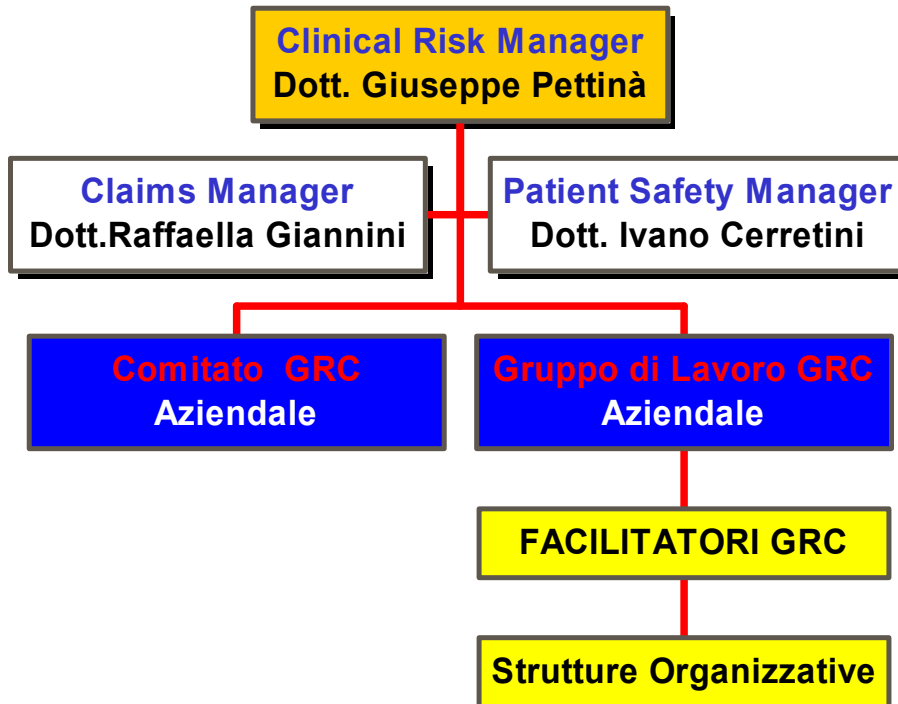


CLINICAL RISK MANAGER – UFC MEDICINA LEGALE – U.O. QUALITA'

Azienda USL 3 – Pistoia

PREMESSA

Nel corso del 2006 l'attività di Gestione del Rischio Clinico, in linea con gli indirizzi regionali e con il Piano Aziendale, è stata orientata, nel primo semestre, alla formazione dei Facilitatori e, nel secondo semestre, alla organizzazione di audit clinici su criticità di varia origine (Osservatorio medico-legale, segnalazioni spontanee, caso simulati). Di seguito si presenta l'organigramma della GRC.



Sono stati effettuati venti incontri di audit coinvolgendo personale sanitario dei tre Presidi. Complessivamente hanno partecipato attivamente alle sedute 17 dei 33 facilitatori formati dall'Azienda. Per ciascun audit sono state identificate una o più azioni di miglioramento che dovranno essere implementate nella prassi anche per intervento non solo del Clinical Risk Manager, che ha seguito attivamente il procedere dell'attività, ma anche della U.O. Qualità e delle Direzioni di Presidio, allorquando le proposte avanzate dagli operatori producono modifiche sul piano organizzativo. La selezione delle tematiche trattate ha riguardato problemi che ad oggi non presentano rischi sul piano giudiziario ed è stata operata la scelta di simulare le situazioni più spinose. Si è ritenuto inoltre opportuno, nella sintesi dell'attività, non allegare le schede FMEA, per rendere ancor meno riconoscibili i personaggi che hanno partecipato all'esperienza.

Caso 1

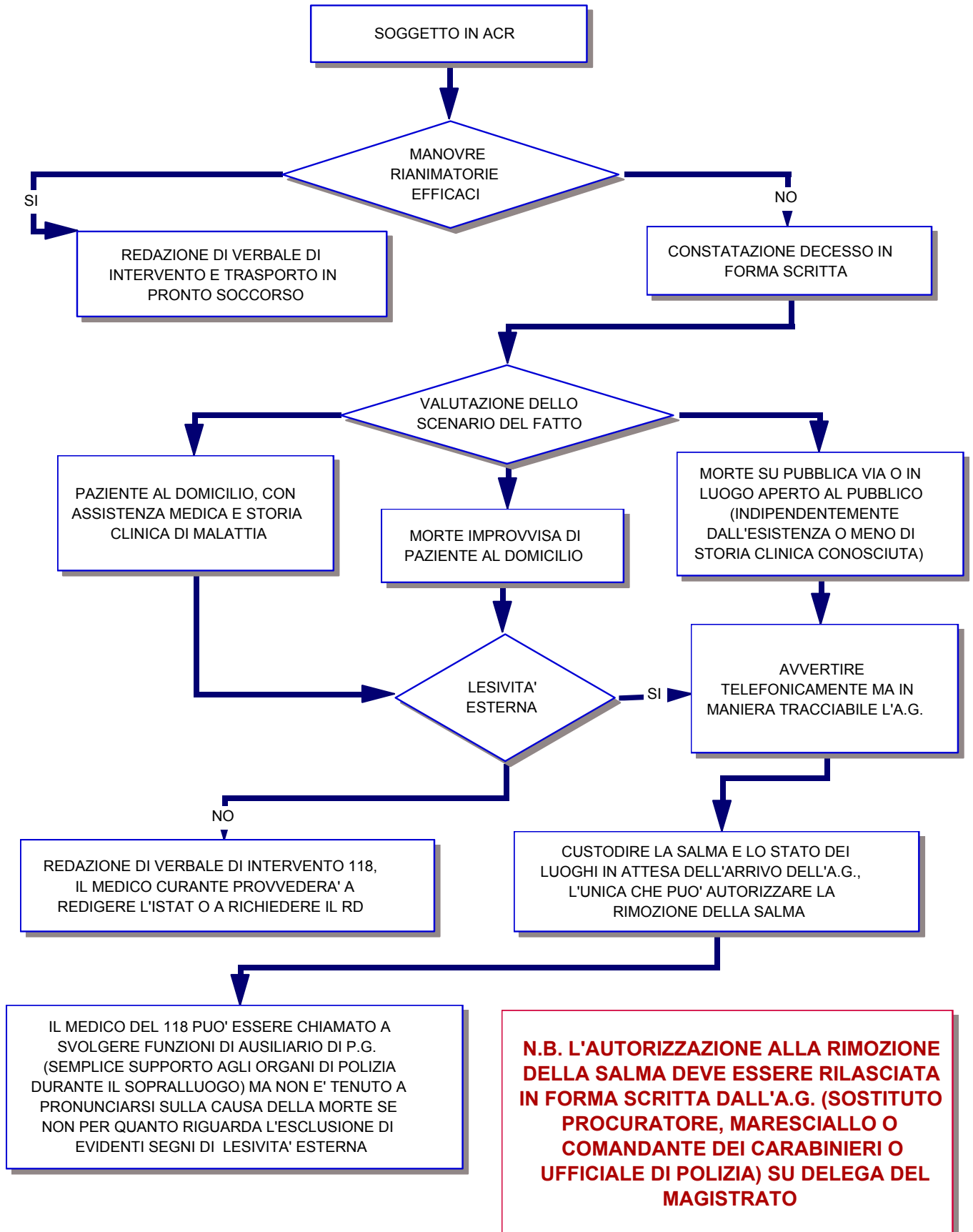
IL FATTO: LA SCENA DEL DELITTO

Il caso riguarda una donna di circa 40 anni, coniugata, in apparenti buone condizioni generali, che viene rinvenuta cadavere, nuda, in stanza di albergo, vicino alla sua residenza. Il 118 viene allertato dai titolari del locale ed il medico dell'emergenza territoriale giunge sul luogo dove trova presente la persona che era in compagnia della defunta al momento dell'exitus. Lo stesso medico, dopo aver effettuate le opportune manovre rianimatorie senza esito, contatta la locale stazione dei Carabinieri per avvisare del rinvenimento e per sollecitare l'intervento dell'Arma e redige il verbale di intervento. Durante la comunicazione telefonica la salma rimane incustodita e viene rivestita. Viene contattata una impresa di onoranze funebri da parte del direttore dell'albergo, i cui operatori si rifiutano di spostare la salma in assenza di 'nulla osta' che in casi di questo genere viene regolarmente rilasciato dalla Autorità Giudiziaria. Interviene quindi una seconda impresa funebre contattata dal marito, che nel frattempo era stato avvisato del decesso, che invece rimuove la salma e la trasferisce presso l'obitorio del più vicino Presidio ospedaliero. Il personale di obitorio accoglie la salma, nonostante l'assenza di documentazione, e su indicazione del medico legale, si accerta che la salma non sia a disposizione della Magistratura e richiede ai familiari documentazione sanitaria eventualmente in possesso, storia anamnestica del MMG, utili ai fini della redazione della scheda ISTAT (certificazione delle cause morte). In assenza di informazioni utili a spiegare la causa della morte viene quindi disposta l'effettuazione del Riscontro Diagnostico dietro richiesta del Medico Legale approvata dalla Direzione di Presidio. Il riscontro diagnostico conclude per "Fibrillazione ventricolare in ischemia miocardia acuta in soggetto cardiopatico (esiti fibroplastici di endocardite mitralica con lieve insufficienza valvolare, persistenza del forame interatriale, ipoplasia aortica)".

ALERT REPORT: LA SCENA DEL DELITTO

ATTORI COINVOLTI NELL'INCONTRO	RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118 MEDICI DELL'EMERGENZA TERRITORIALE U.F.C. MEDICINA LEGALE (Facilitatore e Responsabile dell'attività di Medicina Necroscopica)
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	ESERCIZIO PUBBLICO
UU.OO. COINVOLTE	EMERGENZA TERRITORIALE
FONTE DATO	CASISTICA OBITORIALE
SITUAZIONE (il fatto)	INTERVENTO IN EMERGENZA SU SOGGETTO DECEDUTO ALL'ARRIVO DEGLI OPERATORI.
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	TRATTASI DI SITUAZIONE AL DI FUORI DEL PRESIDIO IN SCENARIO PARTICOLARE (DUE AMANTI IN CAMERA DI ALBERGO)
TIPI DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, violazioni..)	MISTAKES, VIOLAZIONI
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	SENZA ESITI
TIPO DI ANALISI ED INTERVENTO EFFETTUATO	FMEA, AUDIT CLINICO
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee Guida, nuova modulistica, formazione...)	FLOW CHART DI COMPORTAMENTO DA DIVULGARE AGLI OPERATORI DEL 118 EVENTUALI INTERVENTI FORMATIVI (da inserire nel prossimo piano di formazione aziendale)
DATA VERIFICA	TRE MESI

INDICAZIONI OPERATIVE



Caso 2

IL FATTO: UN CASO DI COSCIENZA

Il caso riguarda una giovane donna trentenne, che il giunge a mezzo autoambulanza in P.S. con codice verde per una crisi epilettica regredita col tempo ed ipostenia dell'emisoma sinistro. Viene posta diagnosi di "emiplegia sx, prevalente all'arto superiore" e inizialmente trasferita in U.O. Medicina dove in diagnosi di ammissione si annota anche 'cefalea temporale sinistra e tosse produttiva da alcuni giorni senza febbre'. Il giorno successivo la paziente risulta in stato soporoso, eseguiti gli accertamenti strumentali (TC torace ed addome, consulenza infettivologica, neurologica, TC cranio) si rilevano plurime adenopatie patologiche polmonari ed un'area ischemica in sede parietale destra. Lo stesso giorno la paziente, pur rimanendo in reparto medico, è presa in carico dalla U.O. Neurologia dove nel pomeriggio vengono approfondite alla RMN le lesioni encefaliche (tre aree vascolari ischemiche in sede parietale, frontale e temporale). Una consulenza pneumologica di due giorni successivi al ricovero, priva di diagnosi, descriveva linfadenopatie mediastiniche e sottomandibolari bilaterali con addensamento parenchimale del lobo inferiore sinistro; si procedeva anche ad eseguire un agoaspirato con rilievo di flogosi granulomatosa. Su questi dati veniva richiesto anche un parere oncoematologico per aspirato midollare. A distanza di quattro giorni dall'ammissione la paziente si presenta ancora soporosa, risvegliabile a stimolo verbale, per cui, dato il quadro clinico, viene contattata la più vicina Stroke Unit per eventuale trasferimento, non effettuato data la indisponibilità di posti letto; in cartella viene segnalata la necessità di rivalutare il caso con PET total body prenotata tempestivamente in struttura privata convenzionata. In sesta giornata le condizioni cliniche della paziente si aggravano ulteriormente tantochè il Rianimatore chiamato a consulenza segnala un GCS<8, con arresto respiratorio, ripresa di respiro spontaneo dopo manovre rianimatorie, ventilazione manuale per esecuzione di T.C. cranio diretto, richiesta dal neurologo e dal NCH perché esame indispensabile per eventuale intervento, nella prospettiva di un trasferimento, di fatto accettato poco dopo, che documenta una maggiore estensione delle aree ischemiche e marcato effetto massa. Previo nuovo contatto diretto telefonico con la Neurochirurgia, la paziente viene trasferita e sottoposta ad intervento di craniotomia decompressiva e decede in Rianimazione Neurochirurgica dopo pochi giorni. I Clinici del reparto ritengono opportuno, al fine di definire la causa della morte, richiedere riscontro diagnostico, che si conclude con diagnosi di morte da sarcoidosi con impegno vascolare.

ALERT REPORT: UN CASO DI COSCIENZA

ATTORI	U.O. MEDICINA, U.O. NEUROLOGIA, U.O. RADIODIAGNOSTICA, S.A. ONCOLOGIA, U.O. ACCETTAZIONE, PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA, U.O. ANATOMIA PATOLOGICA, U.O. MALATTIE INFETTIVE.
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	PRESIDIO OSPEDALIERO (PRONTO SOCCORSO, U.O. MEDICINA , U.O. NEUROLOGIA, U.O. NEUROCHIRURGIA E RIANIMAZIONE NEUROCHIRURGIA DI AREA VASTA)
UU.OO. COINVOLTE	COME SOPRA
FONTE DEL DATO	SEGNALAZIONE SPONTANEA
SITUAZIONE (il fatto):	RICOVERO DI GIOVANE DONNA CON EMIPLEGIA SINISTRA CHE A SEGUITO DI NUMEROSI TRASFERIMENTI ALL'INTERNO DEL PRESIDIO VIENE INVIATA IN REPARTO NEUROCHIRURGICO, OVE DECEDE PER SARCOIDOSI AD IMPEGNO VASCOLARE.
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	NELLA NORMA
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, errori diagnosi, violazioni..):	SLIP, FATTORI LATENTI DI TIPO ORGANIZZATIVO
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	SENZA ESITI RISPETTO AL DECORSO CLINICO ATTESO PER CASI ANALOGHI
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	PREDISPOSIZIONE DI MODULISTICA AD HOC PER I TRASFERIMENTI EXTRAOSPEDALIERI
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	VERIFICA A SEI MESI

Pistoia, li

AL CENTRO DI RIFERIMENTO AREA VASTA

Anticipata al Fax n°

e p.c ALLA DIREZIONE AZIENDALE USL 3

OGGETTO: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO URGENTE DEL SIG./SIG.RA

.....

Vista la complessità diagnostica e/o terapeutica del caso in oggetto, si richiede, come da accordi intercorsi, il trasferimento urgente presso il Vostro Centro di Riferimento del Sig/ra....., di anni....., affetto/a da

Segue relazione clinica completa.

Il Direttore U.O.

Caso 3

I FATTI: DENTI E DENTINI

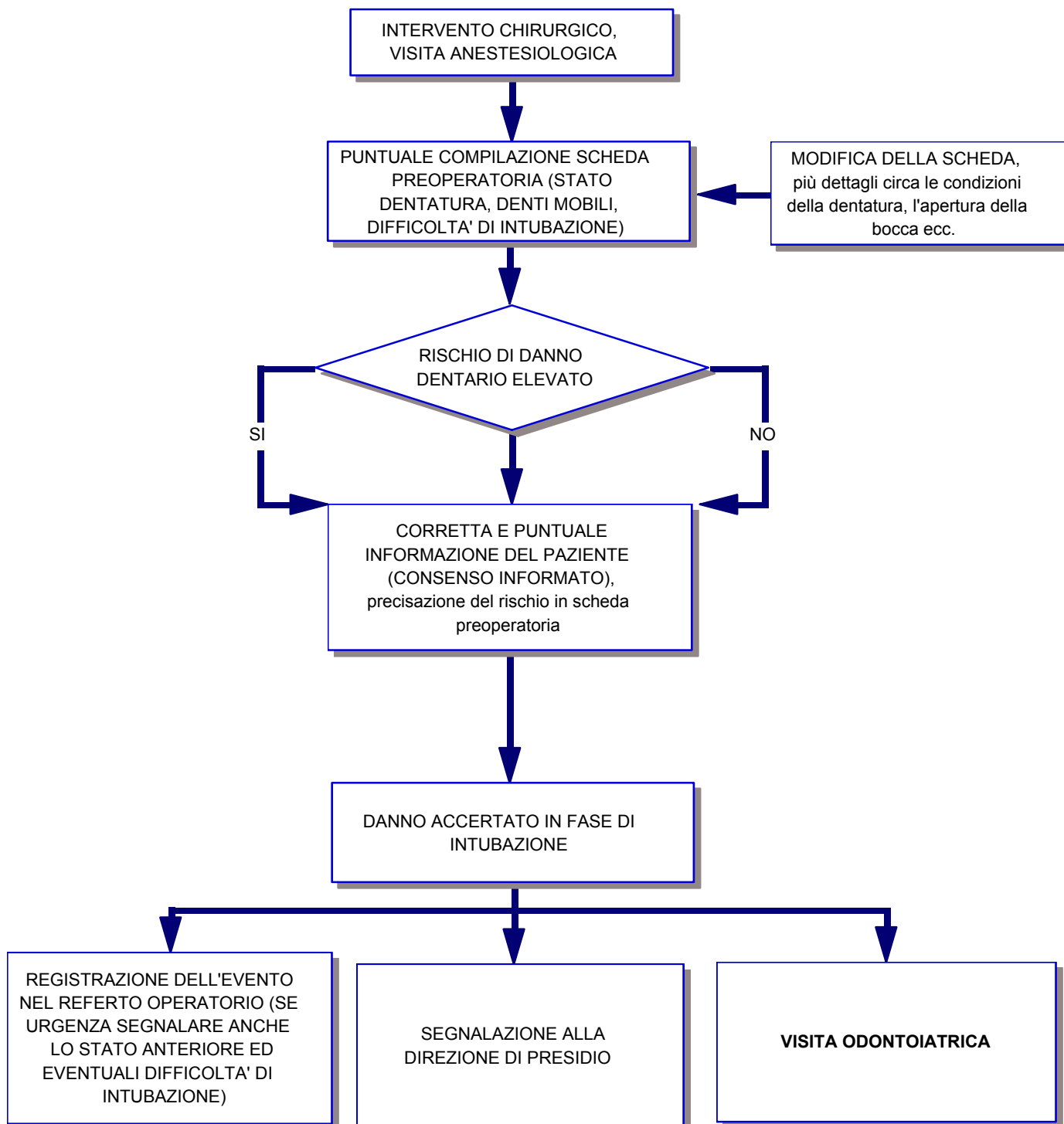
Nel corso del 2006 sono giunte dalla U.O. Affari Generali e Legali cinque comunicazioni relative a sinistri occorsi in fase di intubazione oro-tracheale. Si tratta di danni generalmente di scarsa entità sotto il profilo economico, di fatto ineliminabili ed intrinsecamente connessi con la pratica anestesiologicala, tuttavia, data la frequenza dei casi, anche al fine di evitare pretestazioni, è opportuno fare una riflessione comune al fine di individuare tutti quegli accorgimenti (gestione del consenso informato, della documentazione sanitaria ecc.) che possono contrastare questi fenomeni. Sintetizzando brevemente questi casi:

- 1) **ELEZIONE** Scheggiatura incisivi centrali da parte di tirocinante nell'ambito di un corso di formazione regionale; la scheda anestesiologicala preoperatoria riporta la classificazione secondo Mallampati (2-3) nonché la presenza di protesi dentaria. Caso segnalato nel registro operatorio e tramite apposita comunicazione del Direttore di U.O. alla Direzione di Presidio.
- 2) **ELEZIONE** Avulsione di incisivo superiore in corso di intubazione oro-tracheale. Nella scheda anestesiologicala preoperatoria si segnala la presenza di protesi dentaria e di elementi mobili, il caso non viene classificato secondo Mallampati. Il danno presunto non è segnalato nel registro operatorio né vi sono comunicazioni ufficiali a riguardo.
- 3) **URGENZA** Avulsione incisivo superiore in corso di intubazione. Il fatto viene registrato nel referto operatorio, dove si specifica che l'elemento dentario era già mobile ed incapsulato e si classifica anche la difficoltà di intubazione secondo Cormack e Lehane (2-3). Sinistro comunicato ufficialmente alla Direzione di Presidio.
- 4) **ELEZIONE** Soggetto ricoverato in Cardiologia per caduta accidentale a seguito di disturbo del ritmo con frattura omerale, durante l'intervento di osteosintesi frattura dell'incisivo mediale superiore destro. Nella scheda anestesiologicala preoperatoria non vengono compilate le parti relative allo stato della dentatura, alla classificazione secondo Mallampati ed alla classificazione ASA. Nel registro operatorio non risulta che si sia verificato un danno dentario né vi sono comunicazioni ufficiali a riguardo. Dalla scheda infermieristica della cartella clinica relativa alla degenza in Cardiologia risulta che il soggetto era portatore di protesi ad entrambe le arcate.
- 5) **ELEZIONE** presunto danneggiamento protesi fissa in corso di intubazione. Dalla scheda anestesiologicala preoperatoria risulta che il soggetto è portatore di protesi mobile + fissa, Mallampati 1. Dal referto operatorio non risulta che si sia verificato il danno segnalato né vi sono comunicazioni ufficiali a riguardo. Tra gli atti è compresa una lettera indirizzata da medico della U.O. di riferimento alla Direzione di Presidio, nella quale si segnala che in occasione di un controllo clinico il soggetto ha segnalato il danno presunto e che pertanto gli è stato indicato di presentare la richiesta di risarcimento.

ALERT REPORT: DENTI E DENTINI

ATTORI COINVOLTI	U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	SALA OPERATORIA
UU.OO. COINVOLTE	U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
SITUAZIONE (il fatto)	Segnalazioni relative a danni dentari (veri o presunti)
FONTE DATO	OSSERVATORIO MEDICO LEGALE CONTENZIOSO
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma.
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, violazioni..):	<p>SLIP: in alcuni casi superficiale compilazione delle schede anestesilogiche preoperatorie.</p> <p>VIOLAZIONE: dei doveri inerenti la regolare e puntuale compilazione della documentazione sanitaria.</p>
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	LIEVE: danni di modesta entità, abbastanza frequenti (5 casi nell'anno 2006).
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	<p>PRIMA: modifica della scheda anestesilogica nella parte relativa alla raccolta dell'obiettività sulle condizioni della dentatura ed alla difficoltà di intubazione.</p> <p>SECONDA: condivisione ed implementazione di raccomandazioni di comportamento relative alla gestione dei casi di danno dentario in corso di intubazione, schematizzate mediante flow-chart.</p> <p>TERZA: verifica della disponibilità da parte degli odontoiatri convenzionati a sottoporre a visita i pazienti con danno dentario in corso di intubazione, su segnalazione dell'anestesista.</p>
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	FLOW-CHART COMPORTAMENTALE
DATA VERIFICA	VERIFICA a sei mesi

INDICAZIONI OPERATIVE



N.B. IL REFERTO OPERATORIO E' UN ATTO PUBBLICO AL PARI DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA SCHEDA ANESTESIOLOGICA, PERTANTO E' VERO FINO A PROVA DI FALSO (INVERSIONE DELL'ONERE DELLA PROVA)

Caso 4

IL FATTO: TETANO? NO GRAZIE!

Soggetto di sesso femminile di anni 74, vittima di infortunio domestico verificatosi nel giardino di casa, mentre coglieva l'uva da una pergola, a seguito del quale riportava la frattura di polso ed omero sinistro. Dimessa lo stesso giorno in contenzione gessata con prognosi di 30 gg, rientra in PS sei giorni dopo per difficoltà alla deglutizione, viene ricoverata in Rianimazione con diagnosi di tetano. Dopo lunga degenza la donna è stata dimessa con postumi neurologici. La paziente ha presentato successivamente richiesta di risarcimento attraverso la U.O. Affari Generali e Legali, il caso è stato definito per via extragiudiziale.

ALERT REPORT: TETANO? NO GRAZIE!

ATTORI COINVOLTI	U.O. PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA U.O. OTORINOLARINGOIATRIA U.O. RIANIMAZIONE DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	PRONTO SOCCORSO
SITUAZIONE (il fatto)	Infezione tetanica in soggetto con fratture polso ed omero sin da caduta accidentale in giardino.
FONTE DATO	OSSERVATORIO MEDICO LEGALE
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma.
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, violazioni..):	MISTAKE: non è stata effettuata la profilassi antitetanica, errore di strategia, insufficiente implementazione di protocolli. SLIP: non viene valutata con sufficiente attenzione una ferita lacero contusa al polso sin. VIOLAZIONE: di protocolli riguardanti la profilassi antitetanica.
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	GRAVE: infezione tetanica con lunga degenza nel reparto di rianimazione, protratta riabilitazione e postumi di natura neurologica.
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	PRIMA: aggiornamento del protocollo per la profilassi antitetanica. SECONDA: migliorare la modulistica per la comunicazione con il paziente. TERZA: formazione del personale.
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	VERIFICA a sei mesi

ASL 3 DI PISTOIA – ZONA VALDINIEVOLE DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

SINTESI INFORMATIVA SU PROFILASSI ANTITETANICA

Che cos'è il tetano?

È una malattia neurologica che si manifesta con contrazioni muscolari dolorose, inizialmente dei muscoli della mandibola e del collo e successivamente dei muscoli del tronco. Seguono spasmi generalizzati, frequentemente indotti da stimoli sensoriali esterni. Si tratta di una malattia molto grave: circa il 30% di coloro che contraggono la malattia vanno incontro a morte, nei casi ad esito favorevole la guarigione completa può richiedere mesi. È causata da una sostanza (neurotossina) prodotta dal bacillo del tetano (*Clostridium tetani*), sviluppatosi in una ferita contaminata. La tossina può penetrare nel SNC lungo i nervi motori periferici o può risultare veicolata dal sangue al tessuto nervoso.

Diffusione

Il germe, normalmente presente nel suolo e nell'intestino degli animali e dell'uomo, è ubiquitario nell'ambiente. Le ferite, riconosciute o no, sono la sede di moltiplicazione del germe e di produzione della tossina. Il tetano non è trasmissibile da persona a persona. Il periodo di incubazione varia da 2 giorni a mesi. La maggior parte dei casi si verifica entro 14 giorni. In generale periodi di incubazione più brevi sono associati a ferite maggiormente contaminate, a malattia più grave e a prognosi peggiore.

E' possibile prevenire l'infezione?

Norme igieniche

Al fine di prevenire l'infezione, è sempre buona norma lavare ogni ferita cutanea, anche modesta, con acqua e sapone e disinfettarla con acqua ossigenata o un altro antibatterico; soprattutto in presenza di lacerazioni irregolari o provocate da oggetti appuntiti, è necessario valutare quanto tempo è intercorso tra l'ultima dose di vaccino antitetanico e l'incidente.

Ferite a rischio di tetano

Le ferite sono considerate a rischio di tetano se si sono verificate più di 6 ore prima del trattamento medico/chirurgico oppure, qualunque sia stato l'intervallo di tempo trascorso, se si tratta di ferite penetranti, con tessuti devitalizzati, contaminate da terra, concime, sporcizia in generale.

Profilassi attiva (vaccinazione)

L'infezione può essere prevenuta mediante la vaccinazione antitetanica (profilassi attiva), che viene somministrata in modo obbligatorio a tutti i bambini fino ai 6 anni di vita nonché a particolari categorie di lavoratori a rischio. La durata della protezione, tuttavia, non è perenne, pertanto si raccomanda di sottoporsi regolarmente ai richiami per garantirsi una immunità duratura. Il ciclo vaccinale nell'adulto comprende tre dosi da eseguirsi le prime due a distanza di 4-8 settimane e la terza a distanza di 6-12 mesi. Successivamente per mantenere l'immunità sono raccomandati richiami ogni 10 anni. Dopo la vaccinazione primaria un titolo protettivo persiste per almeno 10 anni, e dopo un richiamo per un tempo ancora più lungo; quindi richiami più frequenti di 10 anni non servono e possono essere associati a reazioni più gravi. Il vaccino è costituito dal tosoide tetanico purificato e inattivato.

Effetti collaterali

Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono rappresentati da reazioni locali come eritema, edema e dolore nel sito di iniezione. Reazioni generali consistono in febbre (anche >38°C), sonnolenza, irritabilità. Sono state inoltre descritte reazioni nervose (polinevriti come la Sindrome di Guillain-Barré e nevrite brachiale), nonché reazioni di tipo allergico (fino allo shock anafilattico), che tuttavia sono rare.

Profilassi passiva (Immunoglobuline antitetaniche)

La profilassi passiva, mediante la somministrazione per via intramuscolare di immunoglobuline anti-tetano, viene effettuata per proteggere soggetti che non sono vaccinati o per i quali sussistano dubbi sulla copertura anticorpale, quando si verificano lesioni cutanee ad elevato rischio di contaminazione. Le immunoglobuline antitetaniche offrono una protezione immediata ma non duratura (qualche settimana). Alle immunoglobuline deve essere associata la somministrazione (in sede diversa) di una dose di vaccino (1° dose cui farà seguito il completamento del ciclo vaccinale o richiamo).

Le immunoglobuline utilizzate sono emoderivati, ossia vengono prodotte da un pool di plasma raccolto da donatori selezionati e controllati accuratamente; come per tutti gli emoderivati, esiste tuttavia un potenziale rischio (anche se molto basso) di trasmissione di agenti infettivi.

Effetti collaterali

Nel punto di iniezione si possono manifestare dolore e indolenzimenti locali. Talvolta si possono manifestare febbre, reazioni cutanee e brividi, nausea, vomito, ipotensione, tachicardia, reazioni di tipo allergico o anafilattico compreso lo shock. Quando si somministrano prodotti derivati da sangue o plasma umano non possono essere escluse totalmente malattie infettive dovute alla trasmissione di agenti patogeni.

N.B.

I soggetti che non hanno mai iniziato o completato il ciclo vaccinale e quelli per i quali la situazione vaccinale è sconosciuta, dopo la somministrazione della prima dose di vaccino in Pronto Soccorso dovranno rivolgersi al medico curante oppure agli ambulatori ASL (presso i distretti o la U.F. Malattie Infettive e del viaggiatore) per completare il ciclo.

E' importante che Lei riferisca al medico ogni eventuale allergia dalla quale Lei risulti affetto. Data la potenziale gravità del tetano, la gravidanza non costituisce controindicazione alla profilassi, sia primaria che secondaria, se ovviamente necessaria; è preferibile tuttavia somministrare il vaccino dopo il secondo trimestre di gravidanza

Io sottoscritto/a.....sono stato informato/a dal Dott.....circa le modalità di effettuazione della profilassi antitetanica e delle possibili complicanze a questa conseguenti. Sono stato inoltre informato/a che il rifiuto della profilassi proposta implica la possibilità di contrarre il tetano, una malattia molto grave e spesso mortale.

Ho avuto a disposizione il tempo e l'attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto:

Acconsento

Dissentito

al seguente trattamento: somministrazione dose di vaccino

somministrazione dose di vaccino + immunoglobuline

.....

Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante).....

Firma del Medico

Pescia, li.....

Caso 5

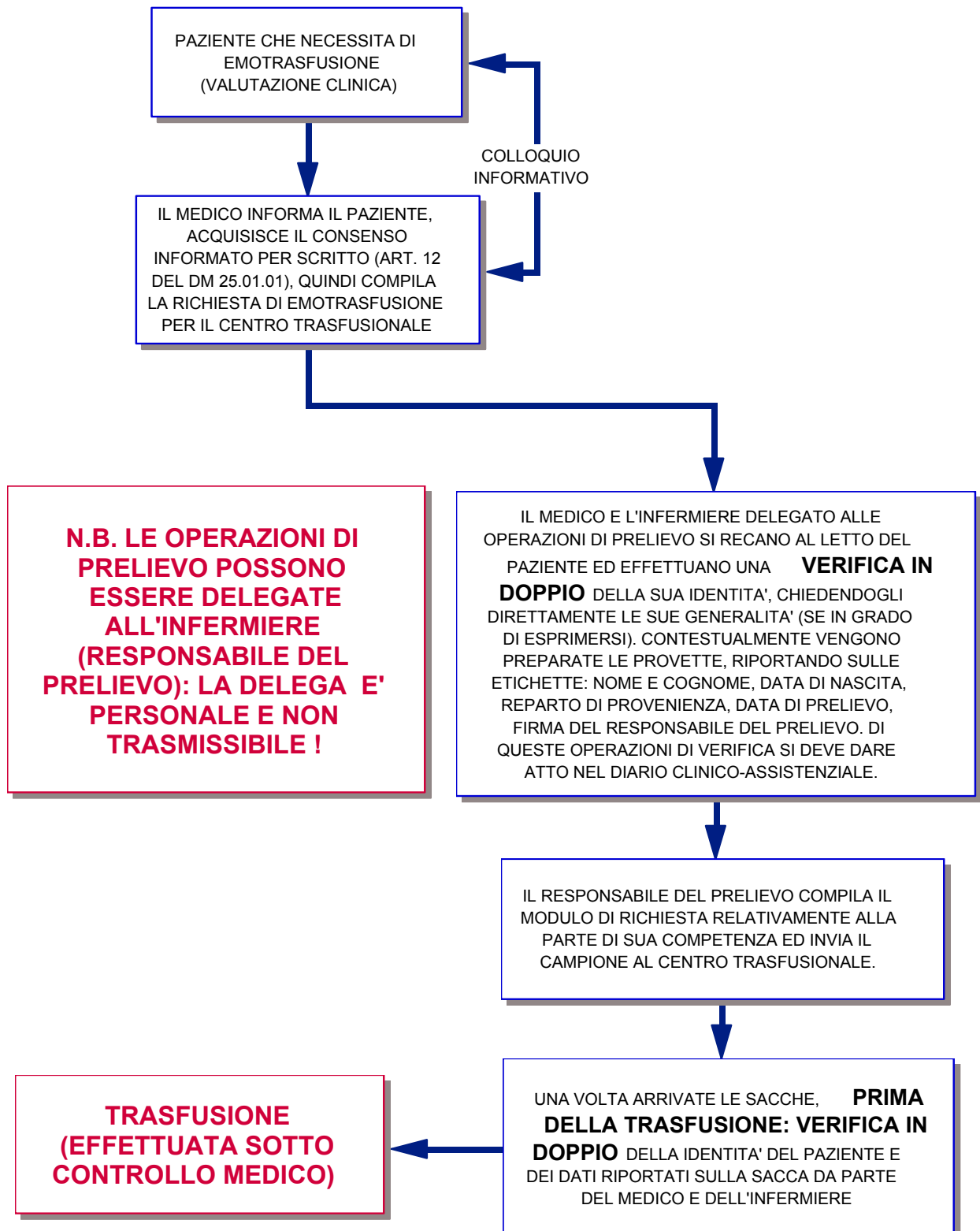
IL FATTO: PAZIENTE SBAGLIATO, LETTO GIUSTO

Paziente ricoverato nel reparto di Cardiologia, deve effettuare una emotrasfusione per cui il medico di guardia prescrive le prove crociate. L'infermiere in servizio, impegnato per tutto il pomeriggio a causa di ricoveri urgenti che hanno reso necessari diversi spostamenti di letto dei pazienti, prepara correttamente la provetta per le prove crociate, ma effettua il prelievo sulla vicina di letto della paziente interessata. Nel momento in cui il medico chiede conferma dell'avvenuto invio del campione di sangue indicando la paziente con il numero di letto l'infermiere si rende conto dello scambio di persona, blocca l'esame al Centro Trasfusionale ed invia una nuova provetta con il campione correttamente prelevato.

ALERT REPORT: PAZIENTE SBAGLIATO, LETTO GIUSTO

ATTORI COINVOLTI	Personale medico e infermieristico della U.O. Cardiologia
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	REPARTO
UU.OO. COINVOLTE	U.O. CARDIOLOGIA
SITUAZIONE (il fatto):	Il prelievo di sangue per le prove crociate viene eseguito su paziente sbagliato, l'esame viene bloccato in tempo.
FONTE DATO	SEGNALAZIONE SPONTANEA
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Sovraccarico (numerosi ricoveri urgenti)
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, violazioni..):	SLIP: viene eseguito come un automatismo un prelievo per le prove crociate, atto molto delicato. VIOLAZIONE: mancata verifica della corrispondenza paziente/prelievo
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	EVENTO SENZA DANNO (near miss)
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	PRIMA: elaborare un protocollo interno per l'esecuzione delle prove crociate e della trasfusione che preveda la verifica in doppio.
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	Distribuzione flow-chart operativa
DATA VERIFICA	VERIFICA a sei mesi

INDICAZIONI OPERATIVE PER PAZIENTI CANDIDATI AD EMOTRASFUSIONI



Caso 6

IL FATTO: UNO STREPTOCOCCO DI TROPPO.

Paziente di anni 31 primipara, alla 41+1 settimana di gestazione che giunge in reparto di Ostetricia e Ginecologia per “Prodromi di travaglio”. Dalla documentazione sanitaria si rileva che la donna presenta tampone vaginale positivo e riferisce allergia all’associazione amoxicillina-acido clavulanico. In seconda giornata la p., in travaglio di parto, presenta febbre con brividi, pertanto viene praticata profilassi antibiotica. Viene eseguito taglio cesareo con estrazione di feto vivo e vitale, trasferito in osservazione nella Nursery della U.O. di Pediatria. L’esame colturale del tampone auricolare risulta positivo per Streptococco Beta emolitico; immediatamente viene somministrata terapia antibiotica per via endovenosa; le condizioni generali si mantengono buone per tutta la degenza sino alla dimissione.

Segue comunque sia la richiesta di risarcimento danni che la segnalazione del caso all’Ufficio Relazione con il Pubblico per il tramite del Tribunale dei Diritti del Malato, con istruttoria conclusasi senza alcun indennizzo data l’assenza di reliquari permanenti.

ALERT REPORT: UNO STREPTOCOCCO DI TROPPO.

ATTORI COINVOLTI	Personale medico delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria, ostetriche, personale infermieristico.
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	SALA PARTO U.O. PEDIATRIA
REPARTI COINVOLTI	U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA, U.O. PEDIATRIA
SITUAZIONE (il fatto):	Mancata profilassi anti-GBS e trasmissione intra-partum dell'infezione al neonato.
FONTE DEL DATO	SEGNALAZIONE SPONTANEA
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, errori diagnosi, violazioni..):	Ritardo di somministrazione di profilassi antibiotica (mistake)
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	Nessun danno oggettivabile per madre e neonata; prolungamento degenza per la neonata sottoposta ad antibioticoterapia parenterale
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	Aggiornamento del protocollo per la prevenzione dell'infezione neonatale da Streptococco beta-emolitico di gruppo B. Formazione del personale
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	VERIFICA a sei mesi

Caso 7

IL FATTO: FACCIAMO FINTA CHE...

Una delle principali criticità rilevata dall'Ufficio medico legale ospedaliero è quella relativa alla gestione dei casi di caduta accidentale, una gestione sulla quale permangono numerose incertezze negli operatori, attestate dalle ripetute richieste di consulenza telefonica che giungono alla nostra struttura. Abbiamo pertanto ritenuto opportuno organizzare un audit simulando un caso limite per condividere indirizzi operativi e protocolli sia in tema di prevenzione del rischio di caduta in reparto sia in tema di gestione dell'evento avverso qualora si verifichi.

CASO SIMULATO

Uomo di anni 88, cardiopatico, affetto da malattia cerebrovascolare cronica, immobilizzato da tempo, giunge in PS per dispnea. Effettuati gli esami ematochimici ed un ECG viene ricoverata in reparto medico. Dall'anamnesi, raccolta in modo puntuale, emerge che il paziente conduce vita letto-poltrona e che da qualche giorno presenta dispnea ed edema degli arti inferiori. Al domicilio assume un neurolettico.

Dal punto di vista infermieristico all'accoglienza viene valutato lo stato generale del paziente, che evidenzia livelli molto alti di compromissione motoria, viene inoltre valutato il rischio di lesioni da compressione (del pari molto alto).

L'ipotesi diagnostica è quella di scompenso cardiaco in soggetto cardiopatico, pertanto viene intrapresa idonea terapia per via endovenosa. Il giorno dopo il ricovero viene messo il materasso antidecubito; in quarta giornata il paziente viene valutato dal fisiatra per eventuali ausili (lo stesso giorno viene compilata una richiesta di sponde per letto). In sesta giornata, nel pomeriggio, il medico di turno rileva la presenza di frattura della gamba sinistra al terzo medio, pertanto richiede un esame Rx e la valutazione ortopedica. L'ortopedico visita il paziente, constata la presenza di frattura scomposta biossea, decide di applicare una doccia gessata e registra il suo intervento in cartella clinica. In nona giornata si verifica il decesso del paziente.

La salma viene trasportata in obitorio unitamente alla scheda ISTAT redatta dal medico di reparto (causa naturale in ambito cardiologico, senza alcun riferimento alla frattura biossea negli altri stati morbosi). La presenza della doccia gessata e l'incoerenza della scheda ISTAT fanno sì che il medico necroscopo acquisisca la cartella, nella quale non vi è alcuna traccia circa la natura della frattura e la dinamica di produzione della medesima. Dai controlli effettuati non risulta alcuna segnalazione ufficiale alla Direzione Sanitaria Ospedaliera.

ALERT REPORT: FACCIAMO FINTA CHE...

ATTORI COINVOLTI	Dirigenti medici e personale infermieristico della U.O. di Medicina, Chirurgia, Servizio Infermieristico, Direzione di Presidio.
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO	reparti
UU.OO. COINVOLTE	UU.OO. MEDICINA E CHIRURGIA
SITUAZIONE (il fatto)	Caduta accidentale con frattura di gamba in paziente anziano, ricoverato per scompenso cardiaco.
FONTE DATO	CASO SIMULATO
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma.
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, violazioni..):	SLIP: superficiale valutazione del rischio di caduta all'ingresso da parte del personale (medico e infermieristico) MISTAKE: non sono stati adottati gli accorgimenti utili ad evitare la caduta (es. sbarre di contenimento). VIOLAZIONE: dei doveri inerenti la regolare e puntuale compilazione della documentazione sanitaria. VIOLAZIONE: dell'obbligo di segnalazione del caso secondo il protocollo delle cadute accidentali.
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	Decesso per cause naturali, possibile concausa
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	PRIMA: discussione degli indirizzi operativi per una ottimale valutazione e gestione del paziente a rischio di caduta. SECONDA: condivisione ed implementazione di un protocollo per la gestione dei casi di caduta accidentale in reparto e di una scheda di segnalazione.
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	PREDISPOSIZIONE scheda di segnalazione cadute accidentali
DATA VERIFICA	VERIFICA a sei mesi

Alla Direzione Sanitaria

Oggetto: SEGNALAZIONE CADUTA ACCIDENTALE

N. _____

STRUTTURA _____

DATI ANAGRAFICI

Sig./ra _____ nato a _____ il _____ residente a

_____ (___) via _____ n. _____ Tel. _____
 ricoverato dal _____ presso la _____ U.O./U.F.

_____ per _____

presso Ambulatorio/Servizio per _____

in visita presso _____

DATI EVENTO

Data:/...../.....

Ora:.....

Modalità caduta caduta dalla posizione eretta caduto dalla posizione seduta
 caduta dal letto Altro _____

Luogo caduta Stanza Corridoio Bagno Scale Altro _____

Alla presenza di: solo altri pazienti familiari personale sanitario

altro _____

Motivo caduta motivazioni cliniche _____

motivazioni ambientali (pavimento bagnato ecc...) _____

L'infermiere _____

DATI CLINICI

Descrizione lesioni: _____

Accertamenti richiesti: _____

Prognosi: giorni..... prognosi riservata deceduto altro.....

Il medico _____

Caso 8

IL FATTO: QUANTI TRASFERIMENTI!!!!

Il caso riguarda una paziente che giunge in P.S. in stato di disidratazione e malnutrizione, con una storia di vomito e diarrea nei tre giorni antecedenti il ricovero. Prima assegnazione in U.O. Medica dove viene trattenuta un solo giorno causa il trasferimento interno in U.O. Rianimazione per shock settico, ipotensione, squilibrio metabolico ed insufficienza renale ingravescente. In anamnesi si rileva: lieve insufficienza renale mai trattata; lieve steno insufficienza aortica e prollasso mitralico con insufficienza lieve. Dopo stabilizzazione del quadro clinico è trasferita per tre giorni in UTIC dove presenta due episodi di fibrillazione atriale trattati rispettivamente con Cordarone e cardioversione elettrica, quindi, dopo il ripristino sinusale e condizioni stazionarie nuovo trasferimento interno questa volta in U.O. Medica. La degenza si protrae per tre giorni, durante i quali i sanitari segnalano la persistenza della dispnea che si aggrava sino a nuovo episodio di fibrillazione striale non sensibile alla terapia per cui si attiva il cardiologo a consulenza che rileva la presenza di un quadro di endocardite disponendo in accordo con il rianimatore nuovo trasferimento questa volta in UTIC. L'infettivologo consulente conferma la diagnosi di endocardite infettiva in valvulopatia mitralica. A questo punto viene deciso il trasferimento esterno in reparto Cardiochirurgico dove viene tempestivamente sottoposta ad intervento di sostituzione valvolare mitroaortica con protesi meccaniche e plastica della tricuspide. A distanza di circa una settimana la paziente rientra in U.O. Cardiologia per il proseguimento delle cure da dove, a fronte del riscontro di discreta anemia normocitica con picco monoclinale, si ritiene opportuno disporre l'ulteriore trasferimento interno in altro reparto medico dove si procede a trasfusione e da cui è dimessa, finalmente, dopo circa 10 giorni.

ALERT REPORT: QUANTI TRASFERIMENTI !!!!

ATTORI COINVOLTI:	U.O. Medicina U.O. Cardiologia UTIC U.O. Anestesia e Rianimazione U.O. Chirurgia U.O. Radiodiagnostica
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO:	Ognuno dei reparti coinvolti ha avuto un ruolo attivo.
REPARTI COINVOLTI	Come sopra
SITUAZIONE (il fatto):	Ritardo di diagnosi, esito favorevole per intervento di sostituzione valvolare mitro-aortica
FONTI DEL DATO	SEGNALAZIONE SPONTANEA
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma.
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, errori diagnosi, violazioni..):	Ritardo di diagnosi (mistake) Deficit di comunicazione interna (slip) Problematiche relative alla corretta gestione della documentazione sanitaria (violazione)
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	Prolungamento del periodo di malattia
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (Linee Guida, nuova modulistica, formazione...)	Predisposizione di scheda clinica per il trasferimento interno dei pazienti. Condivisione di linee guida evidence based per la diagnosi di endocardite
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	VERIFICA a sei mesi

RELAZIONE CLINICA DI TRASFERIMENTO

SI TRASFERISCE IN DATA ODIERNA PRESSO LA U.O.

IL SIG/SIG.RA AMMESSO IL

PER.....

SPECIFICARE LA RAGIONE DEL TRASFERIMENTO:

ACCORDI PRESI CON.....

TERAPIA IN ATTO

PRINCIPIO ATTIVO (FARMACO)	VIA DI SOMMINISTRAZIONE	ORARIO				DOSE

ACCERTAMENTI	CONSULENZE

FIRMA DEL MEDICO REFERENTE

DATA

Caso 9

IL FATTO: DOPPIO ERRORE

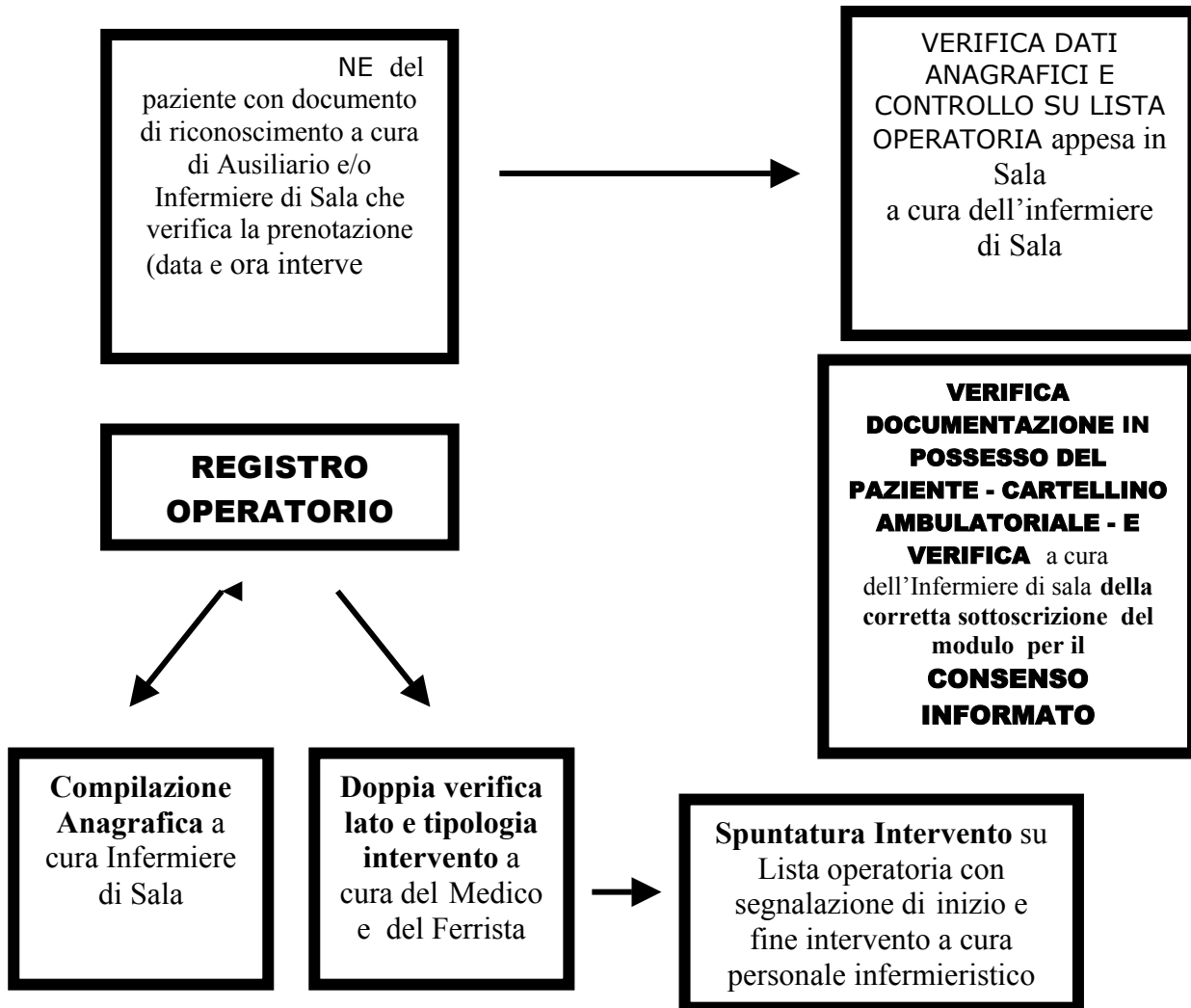
Paziente affetta da 4° dito a scatto alla mano destra. Le viene proposto intervento chirurgico, spiegate le modalità della procedura chirurgica, consegnata la sintesi informativa su intervento chirurgico per dito a scatto e si provvede all'inserimento in lista di attesa. Viene quindi chiamata per eseguire l'intervento in regime di Day Surgery, in anestesia locale, l'ortopedico inizia la procedura chirurgica incidendo la cute tra il polso e il palmo della mano destra, quindi esegue intervento di sbrigliamento del tunnel carpale, nonostante la paziente facesse più volte presente al chirurgo che l'incisione avrebbe dovuto riguardare la base del dito come le era stato spiegato e come era descritto nel consenso da lei sottoscritto. Nonostante richiedesse spiegazioni, l'intervento viene ultimato e la paziente viene dimessa con prescrizione di antibioticoterapia e visita ambulatoriale per la desutura. Solo al momento dell'acquisto dell'antibiotico in farmacia la paziente si accorge che la prescrizione è relativa ad un'altra paziente, così come la copia del registro operatorio e la richiesta per la visita ambulatoriale; comunica quindi l'errore al medico che la rassicura affermando che in ogni caso l'antibiotico-terapia sarebbe stata la medesima. Al controllo ambulatoriale il medico, resosi conto dell'errato intervento, dà la sua disponibilità ad operarla in qualsiasi momento.

Alla vicenda ha fatto seguito una richiesta di risarcimento danni.

ALERT REPORT: DOPPIO ERRORE

ATTORI COINVOLTI:	Clinical Risk Manager, U.O. Ortopedia e Traumatologia, I.P. di sala operatoria e 118, Caposala Area Chirurgica e Sala Operatoria I.P. Direzione sanitaria di Presidio
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO:	Sala Operatoria Ospedale
REPARTI COINVOLTI	Day Surgery P.O.
FONTE DEL DATO	OSSERVATORIO MEDICO LEGALE
SITUAZIONE (il fatto):	Errore di identificazione del paziente, esecuzione di intervento sbagliato.
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, errori diagnosi, violazioni..):	MISTAKES: mancata identificazione della pz. nella fase immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria da parte del personale infermieristico; mancata identificazione da parte del medico operatore; l'errata identificazione ha comportato un intervento inutile, non necessario
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	Evento avverso di grado medio (presentata richiesta di risarcimento, caso indennizzato per via stragiudiziale).
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	Protocollo operativo per la prevenzione dell'errore di persona, di lato, del sito chirurgico e della procedura chirurgica attraverso un'azione di verifica che riguarda le varie fasi dell'intervento e gli operatori coinvolti
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	VERIFICA a sei mesi

ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI



Nota bene:

La presente Flow-chart ha la finalità di evidenziare alcuni aspetti relativi all'accoglienza dei pazienti che devono essere sottoposti ad interventi di chirurgia ambulatoriale con le modalità già descritte nel documento di procedura Aziendale che regola l'accreditamento della Chirurgia Ambulatoriale.

Si ritiene utile adottare semplici accorgimenti per prevenzione dell'errore di persona, di lato e di procedura chirurgica:

- Identificazione del paziente mediante documento di riconoscimento da parte del personale ausiliari e/o di sala che verifica la prenotazione;
- Nuova verifica dei dati anagrafici sulla lista Operatoria che è presente in Sala da parte del personale infermieristico che controlla la documentazione in possesso del paziente ed acquisisce il consenso che, preferibilmente deve essere sottoscritto da medico e paziente prima dell'intervento;
- La compilazione della parte anagrafica sul Registro Operatorio è a cura dell'Infermiere di Sala, mentre il Medico e la Ferrista verificano in doppio il lato e tipologia dell'intervento;
- A fine intervento si raccomanda la spuntatura sulla lista operatoria indicando inizio e termine dell'intervento.

Caso 10

IL FATTO: AFFARI DI CUORE

Paziente sintomatico da circa 1 ora, con infarto anteriore esteso, 60enne, giunge nel Pronto Soccorso di Ospedale periferico (sabato pomeriggio). Il medico accettante contatta telefonicamente il reparto di Cardiologia dell'Ospedale di riferimento per concordare il trasferimento del paziente, che giunge in reparto in condizioni di instabilità emodinamica (ipoteso, tachicardico), con indicazione ad indagine coronarografica urgente. La sala di emodinamica, che è attiva a ciclo diurno con esclusione del sabato e dei festivi per attività di diagnostica ed interventistica programmate, non è attrezzata ma i tempi sono stretti anche per un eventuale trasferimento in altro Ospedale di Area Vasta, dal momento che l'attivazione del 118 per il trasporto del paziente richiede almeno 20 minuti e d'altro canto non deve intercorrere più di un'ora tra arrivo in reparto ed inizio dell'angioplastica.

Il problema viene risolto grazie allo sforzo organizzativo del personale, che attrezza la sala di emodinamica in urgenza.

ALERT REPORT: AFFARI DI CUORE

ATTORI COINVOLTI:	Personale medico e infermieristico della U.O. Cardiologia, medici del Pronto Soccorso ospedale periferico
LUOGO DOVE ACCADE L'EVENTO:	REPARTO
UU.OO. COINVOLTE	U.O. CARDIOLOGIA
SITUAZIONE (il fatto):	Trasferimento inappropriato di paziente con indicazione per indagine coronarografica urgente in reparto dove non è attiva una sala di emodinamica H24.
FONTE DATO	CASO SIMULATO
CONDIZIONI DEL REPARTO IN QUEL MOMENTO E PERIODO ANNO - ORARIO	Nella norma
TIPO DI ERRORE (slip, lapses, mistakes, errori diagnosi, violazioni..):	MISTAKE: errore nel trasferimento delle informazioni da parte del medico del PS e anche da parte del medico del 118.
EVENTO AVVERSO (senza esiti, lieve, medio, grave)	EVENTO SENZA DANNO (near miss)
AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONCORDATE (linee. Guida, nuova modulistica, formazione...)	PRIMA: selezione ed implementazione di un sistema per la stratificazione del rischio, che consenta una idonea selezione dei pazienti trasferiti dalle sedi periferiche mediante scala di valutazione. SECONDA: predisposizione e diffusione di schede anamnestiche basate sulle Scale di Rischio da compilare a cura dei medici accettanti in PS
AZIONI DI MIGLIORAMENTO ATTUATE	Distribuzione scale di valutazione e schede per i soggetti con infarto acuto del miocardio e per i soggetti con sindromi coronariche acute.
DATA VERIFICA	VERIFICA a sei mesi

**SCHEDA INFORMATIVA PER SOGGETTI
CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO (con ST sopraslivellato)**

da inviare via fax: Pronto Soccorso Ospedale di Pescia: 0572/460321
U.O. Cardiologia Ospedale di Pescia: 0572/460500

Nome:..... **Cognome:**.....

Eta'..... **Peso corporeo:**.....

Storia di angina **si** **no**

Ipertensione arteriosa **si** **no**

**Presenza di segni e/o sintomi
di scompenso (classe Killip>1)** **si** **no**

Pressione arteriosa: sistolica..... **diastolica**.....

Frequenza cardiaca.....

IMA anteriore **si** **no**

Blocco di branca sinistro **si** **no**

Tempo trascorso dall'esordio della sintomatologia.....

Diabete **si** **no**

Il medico accettante

.....

TIMI RISK SCORE PER INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO CON ST SOPRASLIVELLATO

Variabili da considerare	Punteggio
età 65-74 anni	2
età > 75 anni.	3
classe Killip > 1.	2
Pressione arteriosa < 100 mmHg.	3
Frequenza cardiaca > 100 b/min.	2
IMA anteriore o BBS.	1
Tempo esordio-lisi > 4 ore.	1
Diabete	1
Peso corporeo < 67 Kg	1
Storia di angina	1
Ipertensione arteriosa	1

Un TIMI RISK SCORE > 5 identifica i pazienti ad alto rischio.

**SCHEDA INFORMATIVA PER SOGGETTI
CON SINDROME CORONARICA ACUTA
(senza sopraslivellamento stabile del tratto ST)**

da inviare via fax: Pronto Soccorso Ospedale di Pescia: 0572/460321
U.O. Cardiologia Ospedale di Pescia: 0572/460500

Nome:..... **Cognome:**.....

Eta'.....

**Presenza di > 3 fattori di rischio
per malattia coronarica** **si** **no**

**Precedente evidenza di coronaropatia
ostruttiva significativa
(stenosi coronarica >50%)** **si** **no**

**Alterazioni del tratto ST all'ECG
(sotto o sopraslivellamento transitorio)** **si** **no**

Due o più episodi di angina nelle precedenti 24 ore **si** **no**

Uso di aspirina nei 7 giorni precedenti **si** **no**

**Incremento delle concentrazioni plasmatiche
dei marcatori di danno miocardio (CPK-MB o troponine)** **si**
no

Il medico accettante

.....

TIMI RISK SCORE PER SINDROMI CORONARICHE ACUTE SENZA SOPRASLIVELLAMENTO STABILE DEL TRATTO ST

Variabili da considerare	Punteggio
Età > 65 anni.	1
Presenza concomitante di > 3 fattori di rischio per malattia coronarica	1
Precedente evidenza di coronaropatia ostruttiva significativa (stenosi coronarica > 50%).	1
Alterazioni a carico del tratto ST all'ECG (sottoslivellamento o sopraslivellamento transitorio).	1
Due o più episodi di angina nelle precedenti 24 h	1
Uso di aspirina nei precedenti 7 giorni.	1
Incremento delle concentrazioni plasmatiche dei marcatori di danno miocardio (CPK-MB massa o troponine).	1

Questo sistema di punteggio consente una stima accurata del rischio di eventi cardiovascolari avversi nel breve periodo in pz con SCA NSTE. In presenza di un TIMI RISK SCORE intermedio-alto (> 3) una strategia invasiva precoce dà migliori risultati rispetto a una strategia non invasiva.