

LE PRATICHE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI IN RSA

Tommaso Bellandi, PhD, Eur.Erg.

Sara Albolino, PhD, CRM

IL NETWORK ITALIANO PER LE BUONE PRATICHE PER LA SICUREZZA DELLE CURE



PRATICHE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL SST



Terapia
antibiotica



Rischio
nutrizionale



Prevenzione
infezioni CVC



Prevenzione
cadute



Checklist di
sala operatoria



Identificazione
paziente



Audit



Gestione
dolore



Terapia
oncologiche



Comunicazione
difficile



Mani pulite



Reporting
Learning
System



Gestione ES



Prevenzione
ulcere
da pressione



Prevenzione
VAP



Scheda
Terapeutica
Unica



Mortality &
Morbidity
Review



Terapia
anticoagulante
orale



Prevenzione
deterioramento



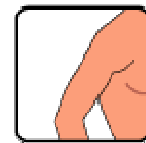
Handover -



Prevenzione
TVP



Prevenzione
emorragia
post-partum



Prevenzione
distocia di
spalla



Sorveglianza
microbiologica



Sicurezza
trasfusionale



EVIDENCE-BASED PRACTICES

IHI.org

A resource from the
Institute for Healthcare Improvement

100,000 Lives Campaign

- Deploy Rapid Response
- Deliver Reliable, Evidence-Based Care for Acute Myocardial
- Prevent Adverse Drug Events (ADEs)
- Prevent Central Line
- Prevent Surgical Site Infections
- Prevent Ventilator-Associated Pneumonia



Making Health Care Safer: A Critical

- **Appropriate use of prophylaxis to prevent venous thromboembolism in patients at risk;**
- Use of perioperative beta-blockers in appropriate patients to prevent perioperative morbidity and mortality;
- **Use of maximum sterile barriers while placing central intravenous catheters to prevent infections;**
- Appropriate use of antibiotic prophylaxis in surgical patients to prevent postoperative infections;
- Asking that patients recall and restate what they have been told during the informed consent process;
- Continuous aspiration of subglottic secretions (CASS) to prevent ventilator-associated pneumonia;
- **Use of pressure relieving bedding materials to prevent pressure ulcers;**
- Use of real-time ultrasound guidance during central line insertion to prevent complications;
- Patient self-management for warfarin (Coumadin™) to achieve appropriate outpatient anticoagulation and prevent complications;
- Appropriate provision of nutrition, with a particular emphasis on early enteral nutrition in critically ill and surgical patients; and
- **Use of antibiotic-impregnated central venous catheters to prevent catheter-related infections.**

STRONGLY RECOMMENDED PRACTICES

From: The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

Ann Intern Med. 2013;158(5_Part_2):365-368. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00001

Table 2. Patient Safety Strategies Ready for Adoption Now

Annals of Internal Medicine

ESTABLISHED IN 1917 BY THE AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

Strongly encouraged

- Preoperative checklists and anesthesia checklists to prevent operative and postoperative events
- Bundles that include checklists to prevent central line–associated bloodstream infections
- Interventions to reduce urinary catheter use, including catheter reminders, stop orders, or nurse-initiated removal protocols
- Bundles that include head-of-bed elevation, sedation vacations, oral care with chlorhexidine, and subglottic suctioning endotracheal tubes to prevent ventilator-associated pneumonia
- Hand hygiene
- The do-not-use list for hazardous abbreviations
- Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers
- Barrier precautions to prevent health care–associated infections
- Use of real-time ultrasonography for central line placement
- Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms

Encouraged

- Multicomponent interventions to reduce falls
- Use of clinical pharmacists to reduce adverse drug events
- Documentation of patient preferences for life-sustaining treatment
- Obtaining informed consent to improve patients' understanding of the potential risks of procedures
- Team training
- Medication reconciliation
- Practices to reduce radiation exposure from fluoroscopy and CT
- The use of surgical outcome measurements and report cards, such as those from ACS NSQIP
- Rapid-response systems
- Use of complementary methods for detecting adverse events or medical

Date of download:
8/1/2013



CLINICO

Obiettivi

- Prevenire gli eventi avversi attraverso l'anticipazione del rischio
- Applicare strumenti basati sulle evidenze su larga scala e monitorarne l'efficacia

Metodi

- Conduzione di campagne regionali per promuovere e testare l'applicazione delle PSP
- Definizione di requisiti minimi di tipo tecnico e organizzativo a livello regionale, per la corretta applicazione delle PSP nei contesti dove sono pertinenti

Results

- Ampia diffusione delle PSP con adozione delle stesse a livello di servizi di linea e nei sistemi di gestione della qualità aziendali
- Armonizzazione delle pratiche di lavoro, con una formazione comune degli operatori e la condivisione di un ventaglio di strumenti operativi trasferibili da un contesto all'altro
- Possibilità di personalizzazione degli strumenti operativi nel rispetto dei requisiti minimi indicati dalla scheda tecnica

CAMPAGNE REGIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

LE MANI PULITE

Le mani pulite sono una delle più efficaci misure di prevenzione per ridurre il rischio di infezioni ospedaliere. È importante ricordare che le mani pulite sono una delle più efficaci misure di prevenzione per ridurre il rischio di infezioni ospedaliere.

GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE

Regione Toscana - Centro Gestione Rischio Clinico

I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente

SCHEDE TERAPEUTICHE UNICA

GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE

L'ANTIBIOTICO GIUSTO AL MOMENTO GIUSTO

Cinca è il 50% dei pazienti ricoverati in Ospedale segue almeno un trattamento antibiotico.

Per prevenire un uso corretto degli antibiotici e abbassare l'incidenza delle infezioni, l'Antibiotico Giusto al Momento Giusto (AMG) propone:

- Adozione di programmi di sorveglianza delle infezioni e monitoraggio della circolazione dei microbiogrammi e del consumo di antibiotici in livello locale
- Definizione dei percorsi assistenziali nei pazienti sottoposti ad accertati di patologia chirurgica
- Definizione di procedure organizzative che assicurano la prevenzione di contenzioso medico-scientifico dell'infettologo
- Definizione di protocolli di prescrizione antibiotica in chirurgia per ogni tipologia di intervento
- Attivare percorsi audit classici sulla antibioticoterapia e profilassi negli ospedali
- Forme obbligatorie del controllo delle infezioni ed l'impiego dei protocolli di tempo problema. Tra gli indicatori di qualità delle Azende Sanitarie

GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE

LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

Le cadute dei pazienti durante l'assistenza ospedaliera sono tra gli eventi avversi più frequenti.

1. Valutare la situazione degli ambienti e dei percorsi
2. Applicare le scale per valutare i pazienti a rischio di caduta e monitorare in seguito sul rischio cadute durante il ricovero
3. Nei pazienti ricoverati a rischio considerare il problema di caduta in quanto il rischio di caduta è aumentato in quanto il paziente è disorientato, intontito, intossicato, intorpidito, debole, ecc.
4. Monitorare e segnalare la caduta dei pazienti e dei relativi dati all'incaricato di cura
5. Accertare ogni caduta con il supporto delle scale di rischio
6. Cooperare particolarmente su tutti i casi di caduta per individuare le cause della caduta e valutare il rischio di ricaduta della caduta stessa (che è uno dei fattori di rischio di ricaduta) per prevenire il verificarsi di ricadute e per valutare il rischio di ricadute
7. Valutare insieme il personale per migliorare i comportamenti del personale e dei pazienti (possi aprire in uso il report di qualità degli incidenti)

GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE

Strategie di prevenzione della TYP di provata efficacia

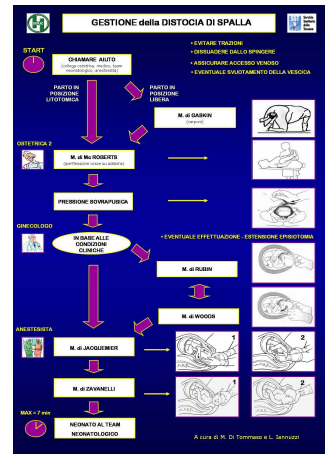
Rischio	Strategie	Somministrazione	Durata
RISCHIO BASSO	1) Epiprina a basso peso molecolare	Tidone Anestesia generale 3-5 giorni dalla prescrizione Anestesia spinale epidurale 10 giorni Dose successiva ogni 24 h rivedendo 12 h dopo l'intervento	Di norma 5 giorni In caso di emostasi alterata o terapia con aspirina o altri antiaggreganti o anticoagulanti o con warfarin o con altri farmaci che alterano l'emostasi o con altri farmaci che alterano l'emostasi o con altri farmaci che alterano l'emostasi
RISCHIO ELEVATO	2) Epiprina a basso peso molecolare	Tidone Anestesia generale o anestesia spinale epidurale 12 giorni Dose successiva ogni 24 h rivedendo 12 h dopo l'intervento	Di norma 5 giorni In caso di emostasi alterata o terapia con aspirina o altri antiaggreganti o anticoagulanti o con warfarin o con altri farmaci che alterano l'emostasi o con altri farmaci che alterano l'emostasi o con altri farmaci che alterano l'emostasi
RISCHIO ELEVATO	3) Epiprina a basso peso molecolare + emostatico	Tidone Anestesia generale o anestesia spinale epidurale 12 giorni Dose successiva ogni 24 h rivedendo 12 h dopo l'intervento	Di norma 5 giorni In caso di emostasi alterata o terapia con aspirina o altri antiaggreganti o anticoagulanti o con warfarin o con altri farmaci che alterano l'emostasi o con altri farmaci che alterano l'emostasi o con altri farmaci che alterano l'emostasi

GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE


farma memo

scritto è meglio!

GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE
GRUPPO REGIONALE CENTRALE



LA SCHEDA TECNICA DELLA PSP

Area	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Prevenzione e gestione sistemica del paziente critico	Riconoscimento precoce delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici (escluso periodo perinatale)	Aree di degenza ordinaria, aree di Osservazione Breve, PS, tutti gli ambiti di ricovero in cui non sia previsto un monitoraggio strumentale
Razionale			
<p>I pazienti di un reparto di degenza, per le loro condizioni cliniche, possono andare incontro ad un progressivo deterioramento clinico, fino all'arresto cardiaco secondario ad ipossia ed/o ipoperfusione tissutale. Questi pazienti possono essere precocemente individuati dato che la condizione critica che determina l'arresto cardiaco, è preceduta da una fase di instabilità di durata variabile. I segni del deterioramento clinico possono essere intercettati e trattati ("track and trigger") a partire dal monitoraggio di un insieme di parametri fisiologici (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).</p> <p>Le aree di degenza ordinaria sono il setting in cui è necessaria l'adozione di una modalità strutturata per identificare le fasi acute di malattia, nonché per predisporre le adeguate cure secondo criteri di priorità di intervento da un punto di vista clinico ed assistenziale.</p> <p>La sorveglianza del possibile deterioramento clinico è inoltre pertinente sia nelle aree subintensive che nell'osservazione breve in pronto soccorso. I dipartimenti materno-infantili devono dotarsi di appositi strumenti che tengano conto della specificità degli assistiti.</p> <p>Tale sorveglianza non si applica nelle cure di fine vita.</p> <p>La prognosi migliora quanto più precocemente i pazienti vengono valutati e trattati in modo adeguato (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).</p> <p>Organizzare la sorveglianza dei parametri fisiologici in gruppi di pazienti eterogenei, mediante scale a punteggio, aumenta la possibilità di intercettare precocemente i segni del deterioramento clinico e di valutare il grado di "instabilità" in maniera efficace, sia per la prognosi dell'arresto cardio respiratorio (ACR) in ospedale che per l'appropriatezza degli accessi in terapia intensiva e dell'attivazione del team di risposta rapida.</p> <p>Una scala a punteggio che raccoglie i parametri fisiologici comuni ed impiegati per monitorare i pazienti in deterioramento, unitamente ad una indispensabile valutazione clinica svolgono un ruolo importante nell'individuare le risposte cliniche appropriate (6, 7) e per supportare la decisione di trasferire un paziente tra diversi livelli di intensità di cure (6, 7).</p> <p>Per intercettare e trattare il deterioramento clinico è necessario quindi definire una modalità strutturata e graduata di intervento, con l'ausilio di algoritmi e matrici di responsabilità, per gestire correttamente, con risorse interne al reparto, l'allerta per un paziente in deterioramento e per l'eventuale attivazione di risorse esterne alla struttura di degenza (team di risposta rapida).</p> <p>Alla valutazione del rischio di deterioramento, si può aggiungere il controllo di eventuali complicanze specifiche come la SIRS (Syndrome of Inflammatory Response System) o la sepsi, che possono essere trattate tempestivamente monitorando il set completo di parametri clinici e aumentando così la probabilità di sopravvivenza dei pazienti (16).</p>			
Requisiti minimi			
<p>È necessario adottare scale a punteggio validate per identificare e trattare le situazioni di instabilità clinica. Sulla base dei punteggi è necessario che siano definiti dei criteri per l'identificazione dei pazienti instabili, la frequenza del monitoraggio e le modalità operative di intervento. (Vedi allegato 1)</p> <p>È necessario che il monitoraggio precoce del deterioramento del paziente nelle unità in cui è applicabile preveda di routine:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione del paziente all'ingresso; 2. monitoraggio stato del paziente durante la degenza – la valutazione deve comunque avvenire almeno due volte per turno infermieristico; 3. ri-valutazione del paziente nel trasferimento tra i reparti ospedalieri. <p>La definizione dei tempi di monitoraggio, di rivalutazione dei parametri deve essere coerente rispetto al setting assistenziale, al percorso del paziente ed alle valutazioni precedenti. La registrazione e la valutazione del rischio di deterioramento e delle azioni intraprese devono essere riportate in cartella clinica, possibilmente in una sezione dedicata.</p>			
<p>Deter.P. Vers.1 04/03/14 </p>			



LA SCHEDA TECNICA

- AMBITO DI APPLICAZIONE
- RAZIONALE
- REQUISITI MINIMI
- PRESA D'ATTO, APPLICAZIONE E VALUTAZIONE
- NORME E LETTERATURA DI RIFERIMENTO

LA PREPARAZIONE DEI CONTENUTI

- DEFINITI CON I PROFESSIONISTI
- SUPPORTO DI SOCIETÀ SCIENTIFICA
- APPROVAZIONE FORMALE DELLA REGIONE
- DISSEMINAZIONE NELLA RETE GRC
- ADOZIONE DEI PROFESSIONISTI
- VALUTAZIONE INTERNA ED ESTERNA
- ATTESTAZIONE UFFICIALE

IL SISTEMA DI ATTESTAZIONE VOLONTARIA

AIDA o LIDIA?

Perché il paziente non è solo un nome.

In ospedale la corretta identificazione del paziente da parte degli operatori sanitari è fondamentale per garantire una cura sicura e appropriata.

È fondamentale quindi che in ospedale ci siano dei sistemi di identificazione sicuri che coinvolgano sia il paziente che gli operatori.

Ogni operatore deve verificare l'identità del paziente prima di ciascuna prestazione ed ogni paziente, se in condizione di farlo, deve partecipare attivamente al proprio riconoscimento.

Indossare un braccialetto identificativo mentre si è in ospedale aiuta il personale sanitario a fornire un'assistenza più sicura.

Il braccialetto contiene le informazioni essenziali di cui il personale ha bisogno per riconoscere una persona nei momenti fondamentali del percorso assistenziale:

- quando il paziente non è collaborante o non è cosciente;
- nel trasferimento da un reparto all'altro;
- prima della somministrazione di una terapia;
- prima di un esame diagnostico;
- prima di una trasfusione di sangue.

Per questo motivo in alcuni reparti di questo ospedale è in corso una sperimentazione sull'utilizzo del braccialetto come strumento identificativo del paziente.

Perché il paziente non è solo un nome.



[D.G.R. n. 441 del 10/06/2013](#)

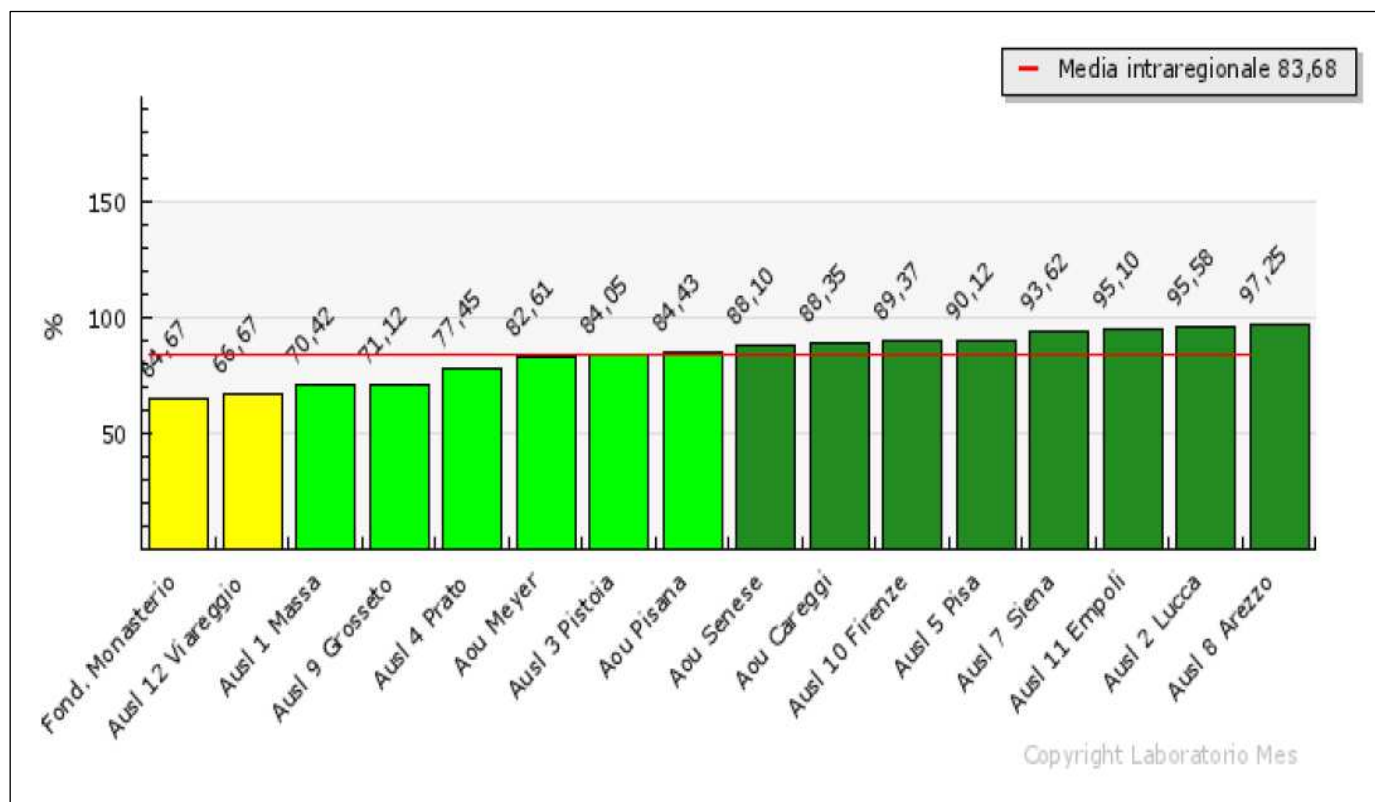
Ogni servizio può chiedere una valutazione esterna, condotta con un audit da un gruppo di esperti della PSP, che in caso positivo si conclude con il riconoscimento dell'attestato di Buona Pratica

IL MONITORAGGIO DELLE PSP

Indice di adesione alle PSP in ospedale

IR

STU



PUSH

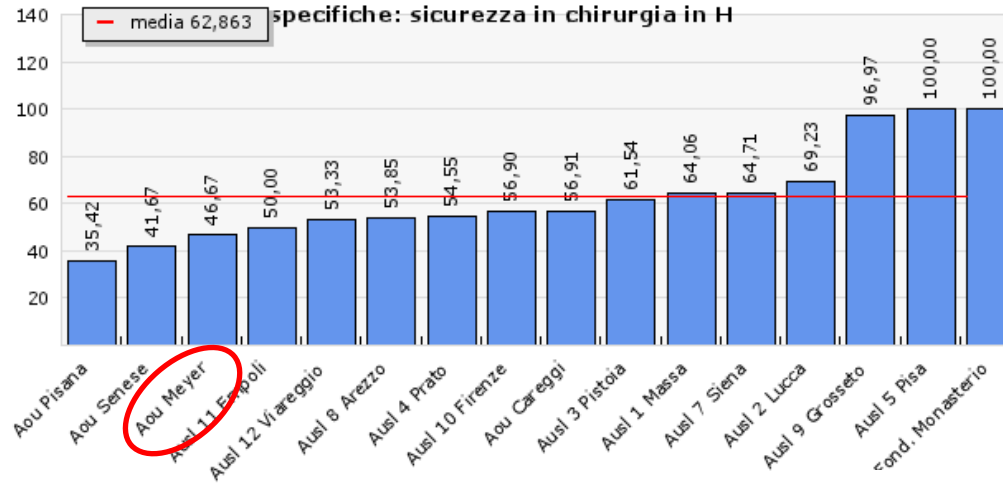
M&M



PSP IN BUNDLES

Indice di adesione alle PSP di area chirurgica

CO.3.0 - Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in H



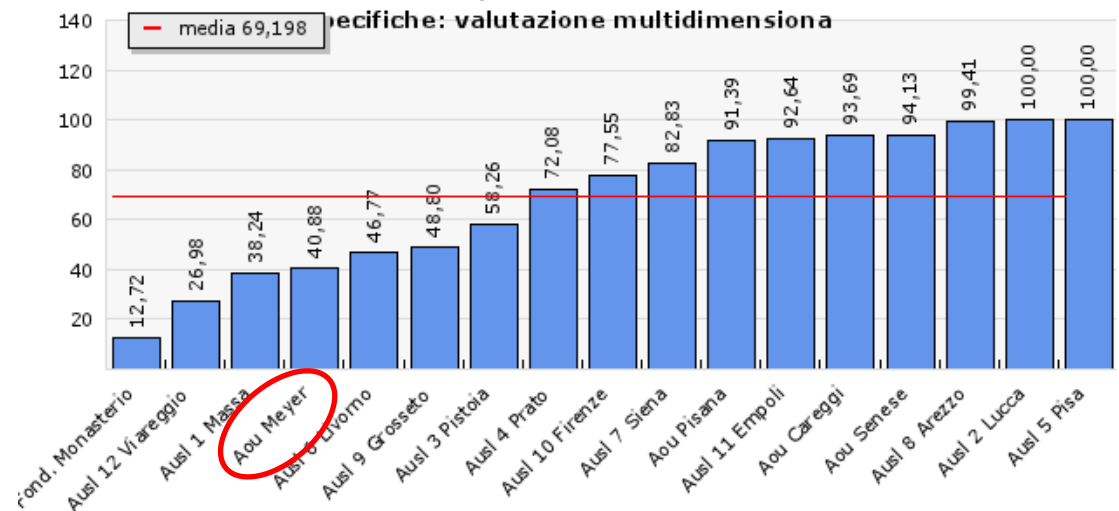
- Mani pulite
- STU
- Checklist SO
- Prevenzione TVP
- Antibiotico giusto



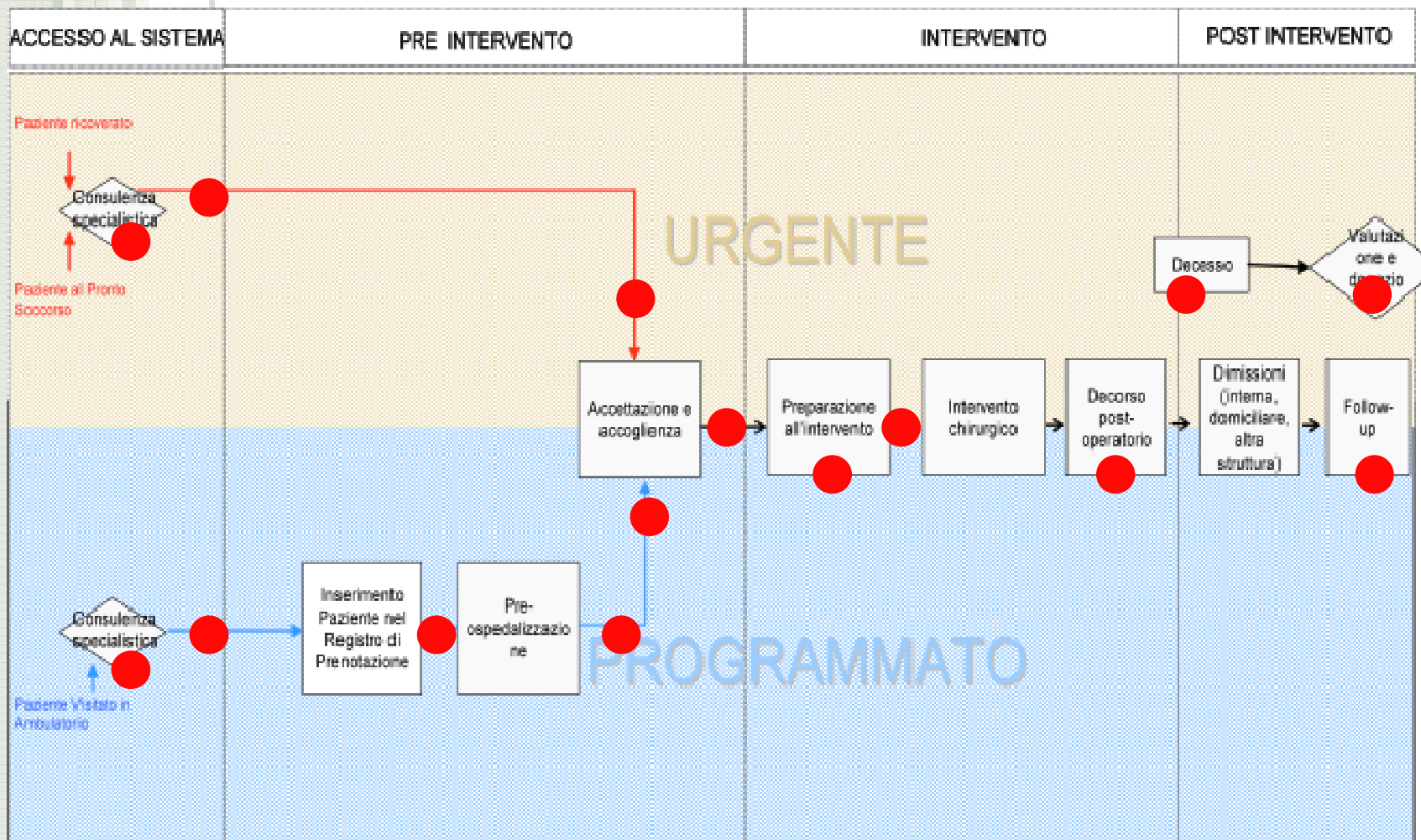
Copyright I

Indice di adesione alla valutazione multidimensionale

CO.3.0 - Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale



PSP NEI PERCORSI DELL'ACCREDITAMENTO



LE PSP SALVANO VITE E SOLDI



Pratica	Risultati internazionali	Alcuni esempi nazionali (Centro GRC, 2011)
Pratiche in area critica	Salvate 122mila vite (Berwick, 2006)	+ 50% adesione CVC bundle
Check list di sala operatoria e corretta ID	Riduzione mortalità da 1,5% a 0,8% e complicanze da 11 a 7% (Gawande, 2009)	+ 70% utilizzo da parte dei professionisti Evitati errori ID in 333 casi
Lavaggio mani	Drastica riduzione infezioni WHO (2009)	+ 30% del lavaggio delle mani
Prevenzione cadute	- £15m (NHS)	- 60% delle cadute e - 4 gg di degenza in media
Prevenzione Errori di terapia	- £750m (NHS)	- 40 % degli errori di trascrizione delle terapie



LA TRASPARENZA DEI RISULTATI

Dati Azienda

**Azienda
USL 7
Siena**

- Referente Aziendale
- Buone Pratiche Attestate
- Piano Aziendale per la Sicurezza del Paziente
- Campagne e iniziative
- Vai alla Home Page

Piano Aziendale per la Sicurezza del Paziente

L'anno 2007 è stato dedicato allo sviluppo del sistema di gestione della qualità, con una crescita di rif. consolidato, altre nuove iniziative, un alto livello di partecipazione e l'interesse del personale è stato molto alto ed in crescita rispetto ai precedenti. L'obiettivo di bilancio per il 2007, tra gli obiettivi di budget aziendale, di effettuare nel corso dell'anno almeno una struttura operativa complessa, è stato nella maggioranza dei casi raggiunto. Le azioni di prevenzione del rischio clinico individuate a seguito di audit clinico, sono state di notevole efficacia. Le raccomandazioni del Ministero della Salute Italiano e di altri Istituti scientifici di rilievo internazionale, nella grande maggioranza dei casi sono state realizzate nei tempi previsti alla conclusione dell'audit clinico.

Numero Audit clinici	Numero M&M (Rassegna di Mortalità e Morbilità)
51	34

* dati tratti dalle Relazioni annuali 2007 delle attività svolte per la sicurezza dei pazienti e certificati dal Direttore Sanitario

Buone pratiche attestate a livello aziendale

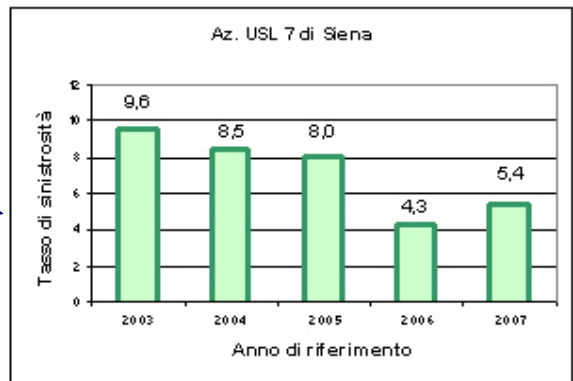
STU **IR**

Fornire dati sulle attività di analisi degli eventi avversi

Fornire info sulle buone pratiche applicate in azienda

Anno	Casi di sinistro	Ricoveri	Indice di sinistrosità
2003	18	18.818	9,6
2004	16	18.896	8,5
2005	15	18.681	8,0
2006	8	18.525	4,3
2007	10	18.499	5,4

Fornire dati aggiornati sull'andamento dei sinistri in azienda



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



The tree of life di Gustav Klimt