

# LA METODOLOGIA DELLA ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA) NELLA GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI



*Amedeo Claudio Casiglia - U.O. Risk Management*

METODI DI ANALISI PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO CLINICO

Root Cause Analysis - RCA  
Analisi delle Cause Profonde



REPUBBLICA ITALIANA

Anno 68° - Numero 4

# GAZZETTA UFFICIALE

## DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 24 gennaio 2014

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'  
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,  
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

METODI DI ANALISI PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO CLINICO

Root Cause Analysis - RCA  
Analisi delle Cause Profonde



**DECRETO 27 dicembre 2013.**

**Indirizzi regionali sulla formazione dei professionisti sanitari in tema di Root Cause Analysis, Audit clinico e PNE.**

**Tutte le aziende sanitarie, tramite il referente del rischio clinico devono integrare il loro Piano annuale della formazione 2014, sul tema della qualità e sicurezza delle cure, con interventi formativi specifici per l'acquisizione di competenze nell'ambito della metodologia per la Root Cause Analysis (RCA) e per l'Audit Clinico in relazione al Piano Nazionale Esiti (PNE).**

**I programmi formativi sulla Root Cause Analysis dovranno coinvolgere tutte le strutture cliniche e prevedere la partecipazione di almeno un dirigente medico ed un infermiere per ogni singola unità operativa.**

**Si dovrà fare riferimento ai materiali e strumenti prodotti dal Ministero della salute.**



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



# PROVINCIA DI PALERMO



## PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2014

### *Capitolo 13*

### *Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti*

Sviluppo di un programma formativo sulla RCA condiviso tra le aziende della provincia di Palermo.

## ***PROGRAMMA DELLA GIORNATA***

**9.00 introduzione alla gestione del rischio clinico**

**10.00 che cos'è la root causes analysis (rca): definizioni e principi**

**11.00 strumenti per l'identificazione del rischio:**

- il metodo "regina qu'appelle health region"
- incident decision tree

**11.30 pausa caffè'**

**12.00 strumenti e tecniche della RCA:**

- cronologia narrativa
- linee del tempo
- diagramma di causa-effetto

**13.00 dibattito con il pubblico:**

**13.30 pausa pranzo**

**14.30 esercitazione su caso clinico**

**16.30 applicazione delle tecniche di RCA su caso clinico**

**18.00 Audit clinico e PNE**

# Malasanità in Italia, un caso ogni due giorni

Maglia nera per Calabria e Sicilia. Orlando: «Problema anche polti»

## Malasanità, denunce in crescita

Almeno 4.500 i medici accusati ma due su tre vengono assolti

# la Repubblica

Ultimo aggiornamento giovedì 07.01.2010 ore 08.30



## Malasanità, 30mila casi all'anno Indagini aperte su quattro morti

Il dramma del decesso dei due neonati che erano in culla affiancate nell'ospedale di Foggia: decine di indagati. E' boom di denunce: si rischia di più in ortopedia, oncologia e ostetricia. Un terzo dei morti per errore hanno oltre 77 anni. Il Pd: serve un garante per la salute

## Malasanità, boom di cause ma molte vengono respinte

Il giudice: «Il nesso tra evento grave e colpa medica non è scontato»

In barella con accanto il morto  
Terapia sbagliata a paziente  
che morì: medici a giudizio

PALERMO

## Igrassia, muore dopo un ricovero I familiari presentano una denuncia



Cronaca  
DI MONICA PANZICA

Francesco Paolo Milazzo era stato accompagnato al pronto soccorso dell'Ingrassia dopo una caduta accidentale avvenuta in casa. L'anziano accusava forti dolori al petto. La replica dell'ospedale: "Nessuna responsabilità dei medici".

## Dimesso, torna in ospedale e muore Inchiesta al Buccheri La Ferla



Cronaca  
DI RICCARDO LO VERSO

La vittima si chiamava Michele Bruno, aveva 66 anni ed era un medico di base. È stato lui a stesso a capire che nonostante fosse tornato a casa c'era qualcosa che non andava. Disposta l'autopsia.

## Bimba nasce morta al Civico Inchiesta della Procura, 4 indagati



Cronaca  
DI MONICA PANZICA

Una gravidanza apparentemente perfetta, poi la tragedia. A sporgere denuncia una coppia di trentenni palermitani al loro primo figlio: "Vogliamo la verità". Il primario di Ginecologia: "Ci fidiamo pienamente dei periti della Procura".

## L'esame, il coma e l'inchiesta "Silvana ha bisogno di cure"



Cronaca  
DI RICCARDO LO VERSO

Silvana Scalisci, 54 anni, è in coma vegetativo. Qualcosa è andata storta durante una colonscopia all'Ingrassia. La Procura ha aperto un'inchiesta. Intanto, i familiari temono che presto la donna venga dimessa dall'ospedale di Cefalù. Da dove, però, arrivano rassicurazioni.



**BASTA!**



## GLI ERRORI IN MEDICINA

Studi epidemiologici negli USA hanno portato a stimare tra 44.000 e 98.000 gli americani che ogni anno muoiono per errori in medicina.

**Errori medici uccidono 90 italiani al giorno: "una stima realistica fissa il numero di morti a 30-35mila l'anno, pari al 5,5% del totale decessi", con costi annuali stimati in 10 miliardi di euro (1% del Pil).**

**Il 50% degli 'sbagli in corsia' potrebbe essere evitato, migliorando l'organizzazione delle strutture sanitarie**

# Cambiamenti delle caratteristiche dei servizi sanitari

## IERI

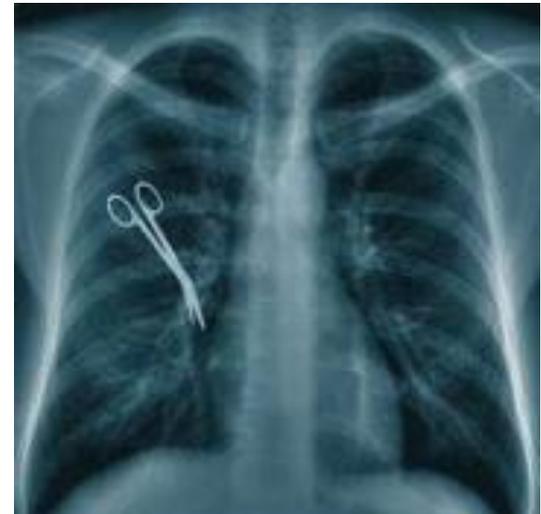
1. Cure mediche ritenute efficaci e sicure
2. Operatori sanitari che conoscono tutto
3. I pazienti seguono le indicazioni ricevute dai sanitari



# Cambiamenti delle caratteristiche dei servizi sanitari

## OGGI

1. **Numerose procedure mediche poco efficaci ed insicure**
2. **Il grado delle conoscenze del personale non termina con la conclusione degli studi, ma deve continuare per tutto il periodo lavorativo.**
3. **I pazienti sono diventati molto più informati e consapevoli.**
4. **La richiesta di risarcimento è diventata un business.**



# SCENARIO DI RIFERIMENTO

1. Invecchiamento della popolazione
2. Aumento delle patologie cronico degenerative
3. Risparmio forzoso per bilanci pubblici vincolati a tetti di spesa
4. Sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche costante
5. Crescente impegno sul versante delle procedure e degli esiti



**Malasanità: non occorre avviare una causa per ottenere il risarcimento**



NUMERO VERDE GRATUITO  
**800 974 274**  
TUTTI I GIORNI 24 ORE SU 24

Per informazioni:  
**Risarcimenti-Online .it**  
TUTELA IL TUO DIRITTO

## **"MALASANITÀ: MANUALE PRATICO DI SOPRAVVIVENZA"**

L'Ebook che ti spiega come far valere i diritti dei malati vittime della malasanità.



## **Diritto Risarcimento per la tutela dei tuoi diritti!**



LEI E'  
ASSICURATO?

CERTO: SONO  
UN CANE!





**Assicurazione**

**2013**

**Polizza assicurativa**

**SI**

**NO**

Area rassicurante

Area innovativa

**SI**

**Sicilia**

**Friuli**

**Toscana**

Area tradizionale

**Area ad alto rischio**

**NO**

**Piemonte**

**Marche**

**Liguria**

**Governo del rischio**

# Polizza assicurativa

2014

SI

NO

Governo del rischio

SI

Area innovativa

Friuli

Sicilia

Toscana

NO

Area tradizionale

Piemonte

**Area ad alto rischio**

Marche

Liguria

# Governo del rischio clinico

Mia nonna diceva sempre che  
puoi sprecare tutta la vita a  
preoccuparti di cose che non  
accadranno mai!!!



... E invece NO

# Governo clinico



**Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammmodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità**

# Sicurezza dei pazienti

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

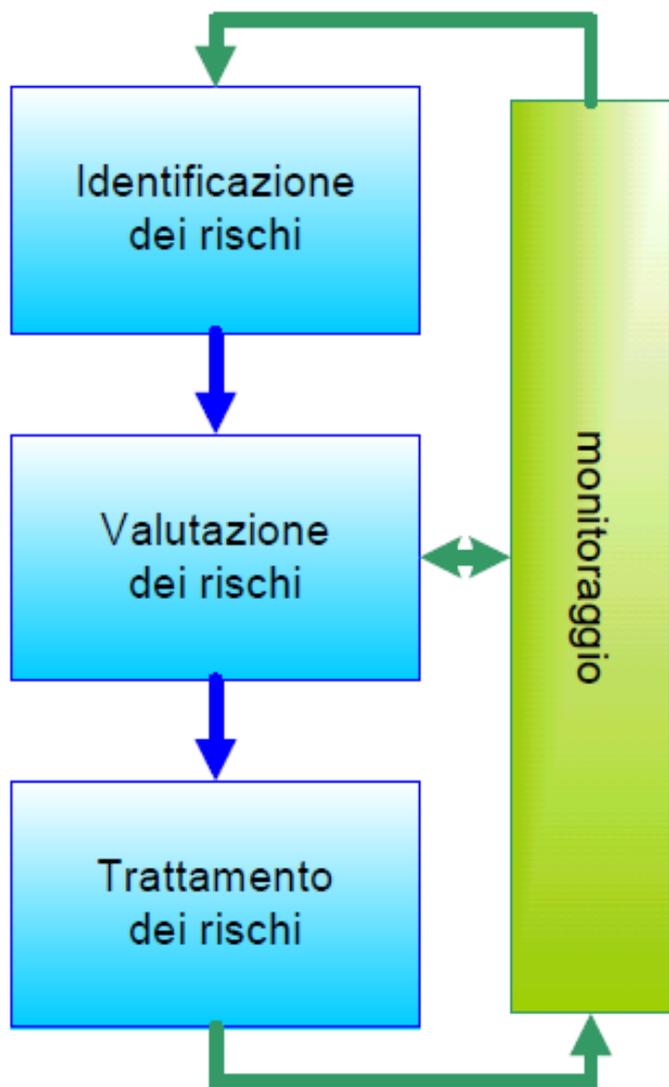
Comprensione  
delle criticità

Sviluppo di una  
cultura *no blame*

interventi  
efficaci

**Complessivo miglioramento della qualità  
e delle sicurezza delle cure**

# Sicurezza dei pazienti



La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi per i pazienti, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile.

# COME FARE ???

## Safety **System** & **Quality** System:



*James Reason*



# L'approccio tradizionale all'errore umano in medicina

- ✓ Teoria della “mela marcia”
- ✓ L'errore è un marchio
- ✓ Culto della responsabilità personale
- ✓ Focus sull'incidente e sulla persona
- ✓ Provvedimenti disciplinari

# Conseguenze

- ✓ **Nascondere l'errore per quanto possibile**
- ✓ **Se non è possibile, attribuire ad altri la responsabilità**
- ✓ **Ignorare completamente gli incidenti senza esito per il paziente**

**Questo approccio provoca la Sindrome del sistema vulnerabile**

# **Sindrome del sistema vulnerabile**

- ✓ **Tendenza a colpevolizzare gli operatori di prima linea**
- ✓ **Negare l'esistenza di errori organizzativi causa di fallimenti del sistema**
- ✓ **Perseguire ciecamente indicatori economici e di produttività**

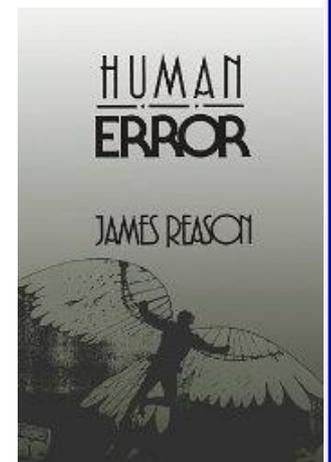
# Sindrome del sistema vulnerabile

Le organizzazioni complesse devono liberarsi da quella che *Reason* definisce come “sindrome del sistema vulnerabile” (VSS Vulnerable System Syndrome)

Poiché gli errori attivi non potranno mai essere eliminati in modo definitivo, per aumentare la sicurezza di un sistema è necessario influire sulle criticità latenti, sulle quali gli errori attivi s’innescano.

# James Reason

- ✓ Le persone possono sbagliare nonostante le migliori intenzioni, competenze e la buona volontà
- ✓ Occorre un'analisi del contesto organizzativo e culturale anziché della performance individuale
- ✓ E' necessario supportare la motivazione, le abilità e le conoscenze degli operatori sanitari per identificare e gestire il rischio
- ✓ Promuovere una cultura di apprendimento e comunicazione



# Un'organizzazione pensata sui limiti umani

- ✓ Dalla ricerca delle responsabilità individuali al miglioramento organizzativo delle condizioni di sicurezza.
- ✓ Il contesto organizzativo e culturale in cui avviene l'errore è più importante di chi l'ha commesso
- ✓ Dall'analisi dei singoli eventi (chi sbaglia è colpevole) alla identificazione delle criticità latenti nel sistema
- ✓ Dalla concezione tecnico-normativa della sicurezza ad una concezione focalizzata sull'apprendimento dall'errore

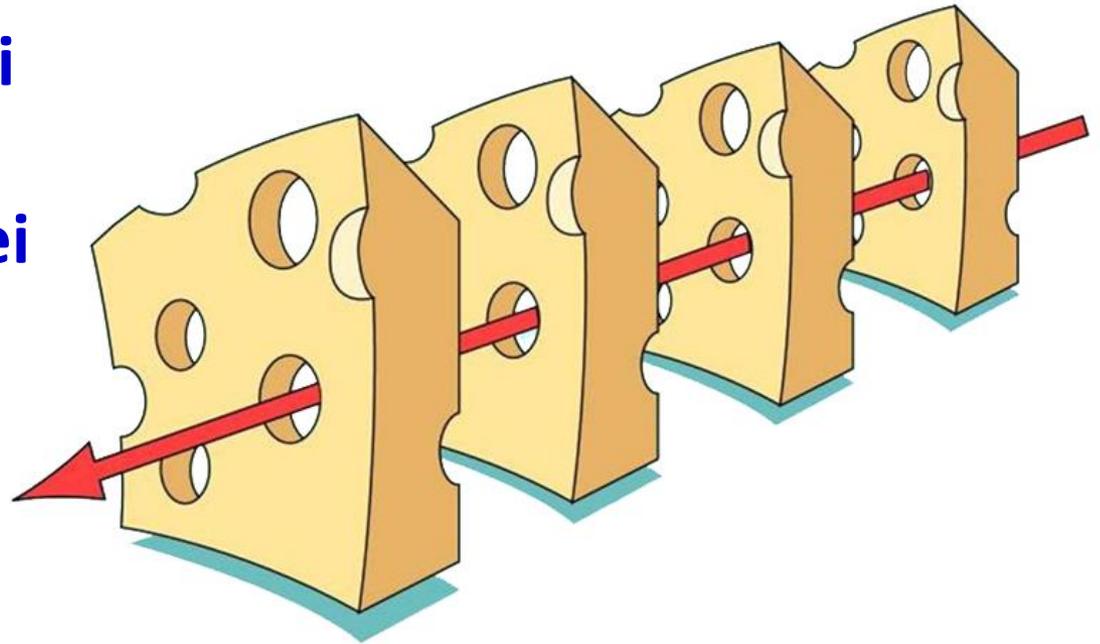
**Dalla ricerca del colpevole (contesto individuale)  
All'approccio sistemico (conteso organizzativo)  
Cambiamento metodologico**



**Dall'errore medico e infermieristico  
alla sicurezza del paziente  
Cambiamento culturale**

# *Reason's Swiss Chess Model*

gli errori e gli incidenti  
sono sempre possibili  
data la complessità dei  
fattori che possono  
intervenire



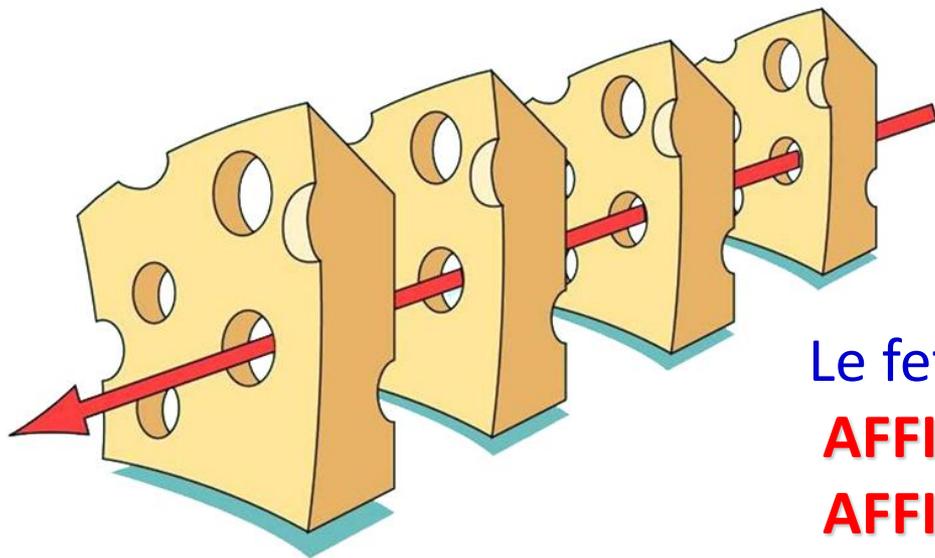
il verificarsi di un incidente o di un errore è frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto (fette di formaggio).

# *Reason's Swiss Chess Model*

I **BUCHI** sono causati sia da:

Errori attivi, cioè commessi da operatori che sono in diretto contatto con il paziente,

Errori latenti, cioè remoti nel tempo e riferibili a decisioni di progettazione del sistema, errori di pianificazione ecc.



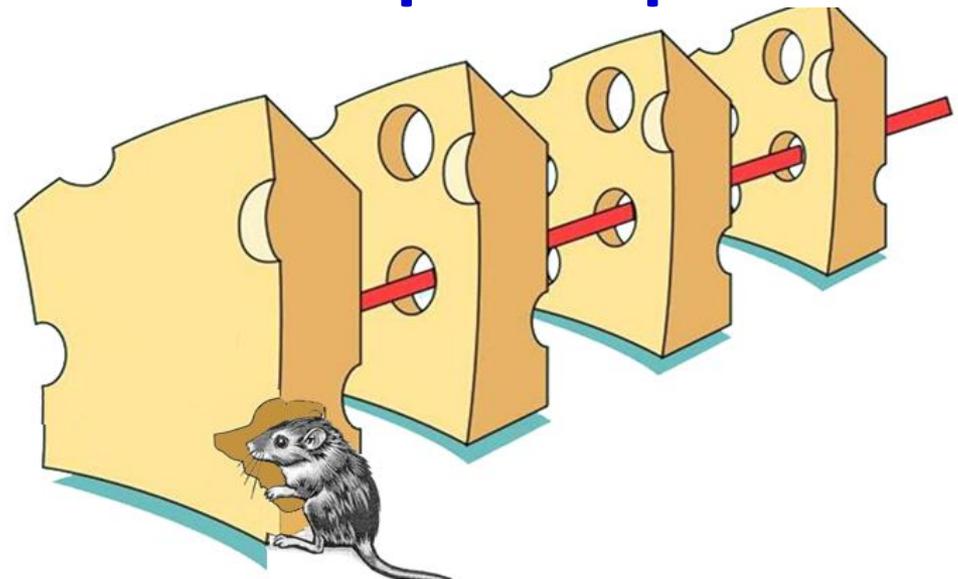
Le fette di formaggio – **DIFESE** sono:

**AFFIDABILITÀ DEI SISTEMI**  
**AFFIDABILITÀ DELL'UOMO**  
**CONTROLLI E PROCEDURE**

**Purtroppo i buchi del formaggio non restano nello stesso posto.**

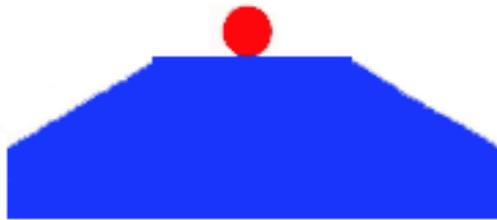
**Le insufficienze del sistema sono in continua evoluzione e cambiamento**

**Il sistema non è statico. Dove oggi c'è una bella fetta di formaggio, domani un topolino può costruire un buco !!!**



# RESILIENZA

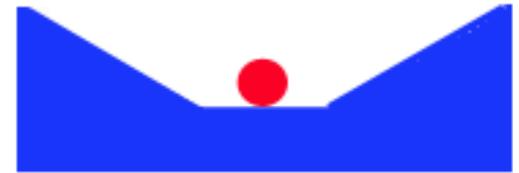
la capacità di un materiale di resistere a un urto improvviso e di sopportare sforzi applicati bruscamente senza spezzarsi e senza propagare incrinature.



Sistema vulnerabile



Sistema stabile



Sistema resiliente

**Un sistema resiliente ha la capacità di ridurre la frequenza di un evento avverso e, qualora esso si verifici, reagire nella maniera più idonea**

***(J. Reason)***

# Come rendere un sistema resiliente?

**Primo: conoscere i fattori sistemici causali**  
**Come: tramite fonti di informazione sugli eventi e, soprattutto, sui *quasi eventi***



## ANALISI PROATTIVA

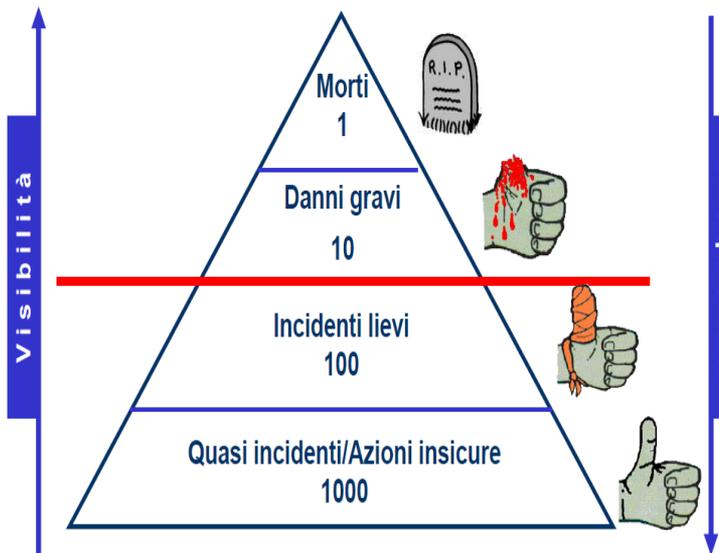
L'ANALISI PROATTIVA mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi ed è basata sull'analisi dei processi che costituiscono l'attività, ne individua i punti critici con l'obiettivo di progettare sistemi sicuri (Reason, 2001, 2002).

# Strumenti dell'analisi proattiva

Incident reporting

Analisi delle cartelle tramite standard JCI

## La Piramide di *Heinrich*



← Ufficio Affari legali (gestione sinistri)  
← Osservatorio medico-legale  
← Eventi sentinella (CRM)

← Sistemi di segnalazione volontaria  
← Direzione Sanitaria (Revisione cartelle,  
Consenso informato, ecc.)

# INCIDENT REPORTING

## SEGNALAZIONE SPONTANEA DEI NEAR MISS

I sistemi di *reporting* sono considerati strumenti indispensabili in tutte le organizzazioni che vogliono sviluppare attività di gestione del rischio

L'incident report è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni da parte degli operatori sanitari di eventi significativi per la sicurezza dei pazienti (eventi avversi, eventi senza danni e quasi eventi)

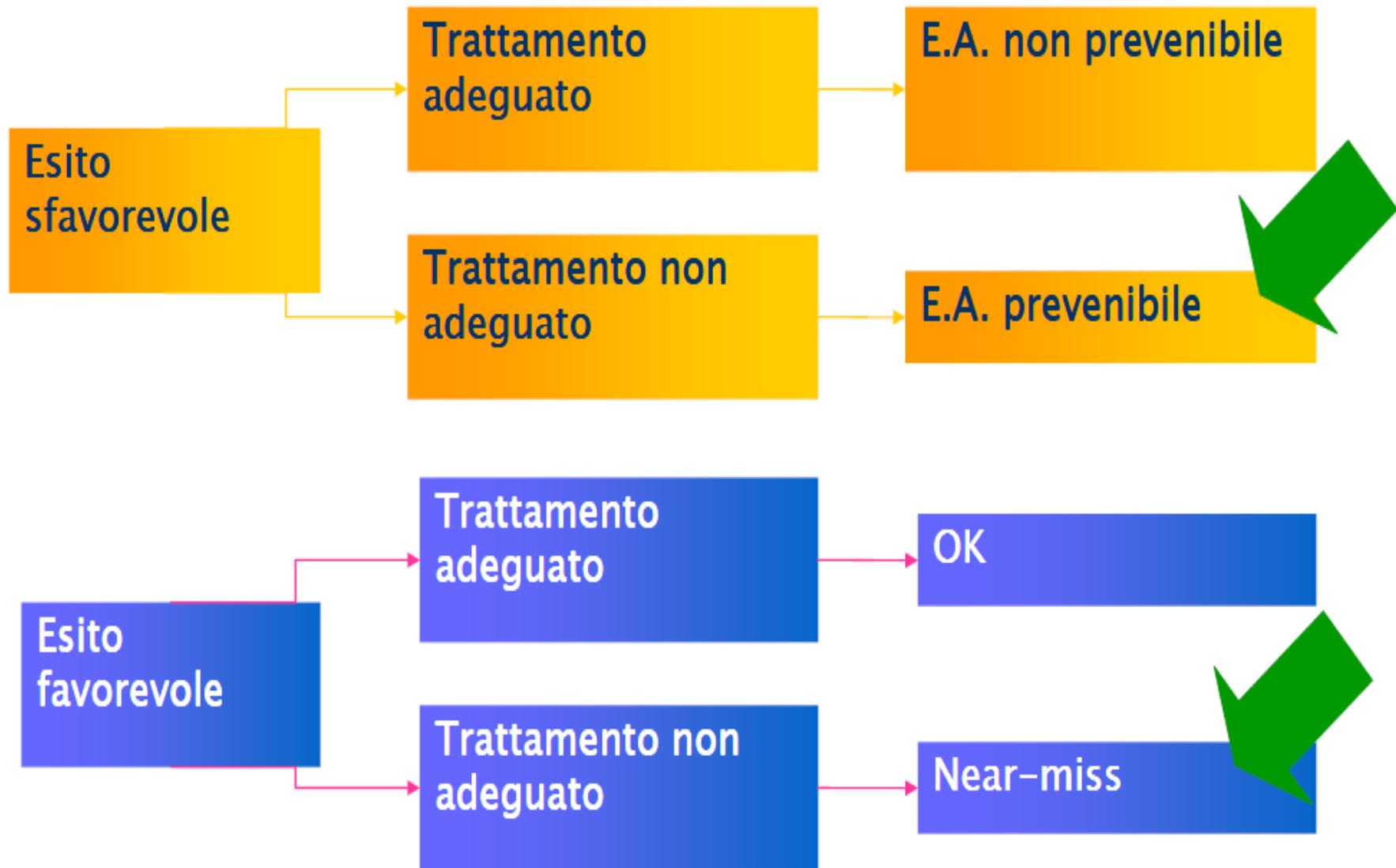
**Ha l'obiettivo di individuare "aree di criticità" su cui è possibile predisporre strategie ed azioni di miglioramento**

## CHE COSA SEGNALARE

**EVENTI AVVERSI:** eventi che provocano un danno al paziente legati alla gestione sanitaria e non dipendenti dallo stato di malattia del paziente stesso.

**QUASI EVENTI:** situazioni che avrebbero potuto provocare un evento avverso per il paziente (evitati per abilità dei professionisti o per fortuna)

**EVENTI SENZA ESITO:** accadimenti che avevano la potenzialità di dare origine ad un danno per il paziente



# PERCHE' SEGNALARE UN EVENTO?

L'incident reporting si inquadra in un contesto non sanzionatorio.

Le informazioni non vengono utilizzate a scopo punitivo e garantiscono la protezione delle fonti di informazione.

DA	A
Sistema inquisitorio e punitivo	Sistema che impara dall'errore
Errore individuale	Errore di sistema
Segnalazione obbligatoria	Segnalazione "spontanea"

	2010	2011	2012	2013
Eventi sentinella	10	3	2	1
Incident report	5	70	101	89
Sinistri	69	60	100	152

# COME SEGNALARE

Il sistema di segnalazione spontanea degli eventi ha lo scopo di migliorare il livello di sicurezza del paziente. Le informazioni pervenute sono utilizzate per sviluppare e pianificare strategie correttive per prevenire che evento segnalato possa riaccadere.



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



**Le aziende ospedaliere palermitane hanno unificato le procedure di segnalazione definendo una modulistica omogenea**

La prima parte della scheda deve essere compilata dall'operatore che è venuto in contatto con l'evento e può essere inviata **anche in anonimato** tramite fax

# **SCHEDA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

## **LA SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI**

### **COSA SEGNALARE**

**Luogo in cui si è verificato l'evento**

**Qualifica di chi segnala**

**Dati paziente**

**Dove si è verificato l'evento**

**Tipo di evento**

**Tipo di prestazione**

**Descrizione dell'evento**

**Descrivere più accuratamente possibile cosa è successo**

## TIPO DI EVENTO

Ritardo di procedura diagnostica  
Ritardo di procedura chirurgica  
Ritardo di procedura terapeutica  
Ritardo di somm. farmaco  
Ritardo di prestaz. assistenziale  
Reazione da farmaci  
Caduta  
Mancata procedura diagnostica  
Mancata procedura chirurgica  
Mancata procedura terapeutica  
Mancata somm. Farmaco  
Mancata prestazione Assistenziale

Lesione da postura  
inadeguata/decubito  
Consenso non compilato o compilato  
parzialmente  
Cartella/dossier clinica non compilato  
o compilato parzialmente  
Inesattezza di paziente o lato sbagliato  
Inesattezza di farmaco  
Inesattezza di procedura chirurgica  
Inesattezza di procedura diagnostica  
Infezione Ospedaliera  
Evento collegato a trasfusione

## TIPO DI PRESTAZIONE

Ricovero DH  
Ricovero ordinario  
Prestazione ambulatoriale  
Soccorso Pronto

Prestazione Domiciliare  
Intervento chirurgico  
Altro Specificare

# ESITO DELL'EVENTO

## Evento potenziale

Situazione pericolosa

Danno potenziale

Evento non occorso

Evento occorso, ma intercettato

## Evento effettivo

NESSUN ESITO

ESITO MINORE

ESITO MODERATO

ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO

ESITO SIGNIFICATIVO

ESITO SEVERO

## FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

*(è possibile indicare più di una risposta)*

Fattori legati al sistema

Fattori legati al paziente

Fattori legati al personale

### **Fattori legati al sistema**

Scarsa supervisione

Staff inadeguato/Insufficiente

Molti addetti/poca continuità

Insufficiente addestramento/orientamento al lavoro

Gruppo nuovo o inesperto

Procedure/protocolli inesistenti o inadeguati

Insuccesso nel fornire/far rispettare le direttive

Mancanza/inadeguatezza delle attrezzature

Mancanza/inadeguatezza materiali di consumo

Carenza della comunicazione verbale

Carenze nella comunicazione scritta

## FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

*(è possibile indicare più di una risposta)*

### **Fattori legati al sistema**

Scarsa supervisione

Staff inadeguato/Insufficiente

Molti addetti/poca continuità

Insufficiente addestramento/orientamento al lavoro

Gruppo nuovo o inesperto

Procedure/protocolli inesistenti o inadeguati

Insuccesso nel fornire/far rispettare le direttive

Mancanza/inadeguatezza delle attrezzature

Mancanza/inadeguatezza materiali di consumo

Carenza della comunicazione verbale o scritta

### **Fattori legati al paziente**

Fragilità, infermità, iter della malattia

Problemi di orientamento, coscienza

Barriere linguistiche o fisiche del linguaggio

Mancanza di autonomia motoria

Mancata adesione al progetto terapeutico

## **VALUTAZIONI DEL RISCHIO FUTURO**

Possibilità che riaccada un evento analogo

Possibile esito di un evento analogo

---

### **Fattori che possono aver ridotto l'esito**

---

**A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?**

---

**Quali fattori avrebbero potuto prevenire l'evento? (es: verifica attrezzature, migliore comunicazione, allarmi)**

---

**L'evento è stato riportato sulla cartella clinica o altra documentazione?**

Se NO per quale motivo?

---

**Sono stati presi accorgimenti a seguito dell'evento?**

---

**L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse?**

---

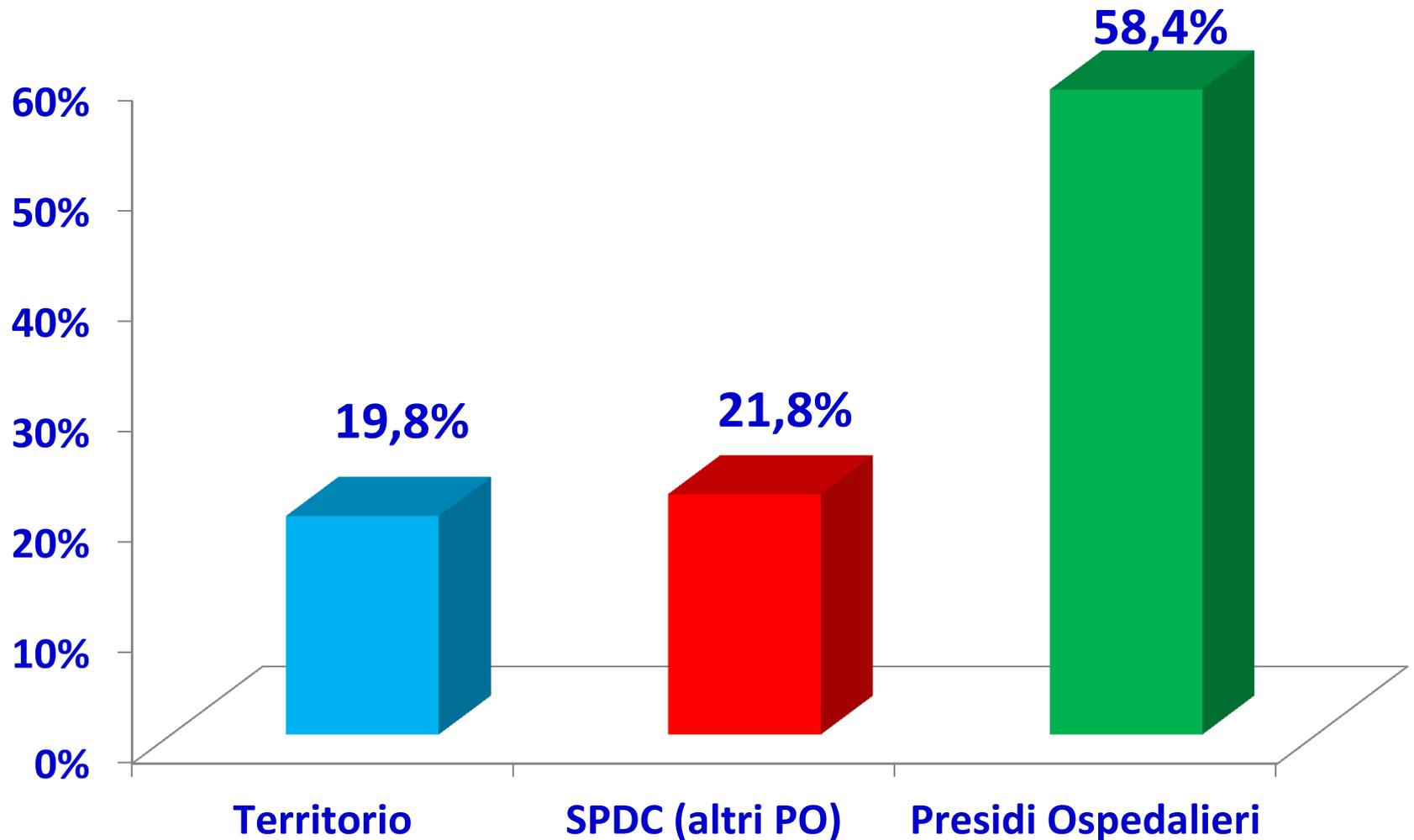
**L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo**

---

**Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti**

---

# INCIDENT REPORTING ASP PALERMO 2013



# INCIDENT REPORTING ASP PA

	<b>Eventi</b>		
<b>Presidi Ospedalieri</b>	<b>Con esito</b>	<b>Senza esito</b>	<b>Totali</b>
<b>Ingrassia - Palermo</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>31</b>
<b>Civico - Partinico</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>20</b>
<b>Cimino – Termini Imerese</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Madonna dell'Alto – Petralia</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Dei Bianchi - Corleone</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Totali</b>	<b>23 (39%)</b>	<b>36 (61%)</b>	<b>59</b>

# INCIDENT REPORTING ASP PA



I dati relativi alle stime sul numero dei decessi e delle patologie provocate dall'assistenza sanitaria ha imposto alle organizzazioni sanitarie una riflessione su come questo fenomeno possa essere ridimensionato.

Poiché le organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi è venuto spontaneo il riferimento ai sistemi di controllo dell'errore adottati in altri sistemi complessi, quali ad esempio l'aeronautica. In questi sistemi il più efficace strumento di controllo dell'errore si è rivelata la

**STANDARDIZZAZIONE DEI COMPORAMENTI**

# Joint Commission International

**La Joint Commission International (JCI) è una delle maggiori organizzazioni internazionali che si occupano di accreditamento delle strutture sanitarie e di sicurezza dei pazienti**

**JCI è un ente di accreditamento e certificazione internazionale la cui mission è migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in ambito internazionale.**





L'Assessorato Regionale della Salute nel 2006 ha avviato il progetto "***La gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana***", avvalendosi della collaborazione della Joint Commission International - JCI. Nel 2010 è stata rinnovata la convenzione per la realizzazione del progetto "***Patient Safety & Emergency Department***" che prevede l'applicazione di un set di standard (tratti dal Manuale Internazionale JCI per l'Accreditamento degli ospedali), riguardanti le aree considerate di maggior rischio

# Joint Commission International

Sulla base di tali standard sono state realizzate diverse attività:

- **Autovalutazione** semestrale per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, mediante un software disponibile on-line;
- **Percorsi formativi** per Referenti di Presidio e Valutatori Regionali;
- **On-site visit** in un campione di strutture, al fine di valutare la *compliance* agli standard e di fornire un supporto per la definizione delle priorità di intervento e miglioramento

Il progetto "***Patient Safety & Emergency Department***" prevede l'applicazione di 65 standard e 252 elementi misurabili

Come è strutturato uno standard?

- 1) **Descrizione**: è l'enunciato dello standard;
- 2) **Intento**: riassume il rationale dello standard stesso e il suo ambito di applicazione;
- 3) **Elementi misurabili**: sono i requisiti specifici dello standard e del suo intento e permettono una puntuale valutazione dello standard stesso.

La valutazione del grado di *compliance* dell'organizzazione allo standard si basa proprio sugli elementi misurabili.

# Joint Commission International

**Descrizione:** Standard AOP 1.7- tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti ad uno screening del dolore, cui segue una valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.

**Intento:** Nel corso della valutazione iniziale e delle rivalutazioni, è utilizzata una procedura di screening allo scopo di individuare i pazienti con dolore. Una volta identificata la presenza del dolore, il paziente può essere trattato all'interno dell'organizzazione oppure inviato altrove per il trattamento. L'ambito del trattamento si basa sull'ambiente di cura e sui servizi erogati. Quando il paziente è trattato all'interno dell'organizzazione, viene eseguita una valutazione più esauriente. Questa valutazione è appropriata all'età del paziente e misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata. Questa valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

# Standard AOP 1.7- tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti ad uno screening del dolore, cui segue una valutazione del dolore in caso di riscontro positivo

## Elementi misurabili:

1. Per tutti i pazienti viene fatto uno screening del dolore
2. Se l'esame di screening iniziale identifica la presenza di dolore, il paziente viene inviato altrove per il trattamento oppure viene eseguita una valutazione completa, appropriata all'età del paziente, che misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata del dolore.
3. La valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

<b>Completamente raggiunto</b>	<b>Spesso raggiunto</b>	<b>Parzialmente raggiunto</b>
<b>Raramente raggiunto</b>	<b>Non raggiunto</b>	<b>Non applicabile</b>

**Ciascun elemento misurabile richiedere una differente implicazione pratica o riscontro.**

**In generale, le evidenze richieste possono essere:**

- **Richiesta di documentazione scritta**
- **Presenza di processi organizzativi o comportamenti del personale**
- **Evidenza all'interno della documentazione sanitaria**

**Se l'evidenza richiesta dallo standard consiste in...**

**Richiesta di documentazione scritta o evidenza all'interno  
della documentazione sanitaria**

**la modalità di verifica è....**

**Analisi documentale**

**Se l'evidenza richiesta dallo standard consiste in...**

Processi organizzativi o comportamenti del personale

**la modalità di verifica è....**

Intervista al personale direttamente coinvolto

Osservazione del personale durante lo svolgimento delle attività

Autovalutazione del processo da parte del personale direttamente coinvolto

Questionari somministrati ai pazienti/familiari o personale stesso

Sistemi di segnalazione in essere (*incident reporting*)

# Gruppi di standard

**ACC - Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure**

**AOP - Valutazione del Paziente**

**ASC - Assistenza Anestesiologica e Chirurgica**

**COP - Cura del Paziente**

**IPSG - Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente**

**MCI - Gestione della Comunicazione e delle Informazioni**

**MMU - Gestione e Utilizzo dei Farmaci**

**PFR - Diritti del Paziente e dei Familiari**

**QPS - Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente**

**SQE - Qualifiche e Formazione del Personale**

**FMS - Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture**

**PCI - Prevenzione e Controllo delle Infezioni**

## **STANDARD ACC - Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure**

- Accesso del paziente al Pronto Soccorso**
- Accesso e modalità di dimissione dalle Unità di terapia intensiva**
- Modalità di dimissione dai reparti di degenza**
- Modalità di effettuazione del trasporto sanitario**

**ACC.01.1.1 - Ai pazienti in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.**

- 1. L'organizzazione utilizza un processo di triage basato sull'evidenza per dare priorità ai pazienti con bisogni immediati.**
- 2. Il personale è addestrato sull'utilizzo dei criteri.**
- 3. Viene definito l'ordine di priorità dei pazienti in base all'urgenza dei loro bisogni.**
- 4. I pazienti in condizioni d'emergenza sono valutati e stabilizzati entro le possibilità e le risorse dell'ospedale prima di procedere al trasferimento.**

## **STANDARD AOP - Valutazione del Paziente**

- **Valutazione iniziale medica ed infermieristica del paziente ricoverato**
- **Valutazione medica preanestesia e prechirurgica**
- **Valutazione particolare del dolore nei pazienti ricoverati ed ambulatoriali**
- **Intervalli di rivalutazione del paziente**
- **Valutazione degli esami di laboratorio**
- **Valutazione degli esami radiologici e di diagnostica per immagini**

**AOP.01.2 - La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.**

**1 - Per tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali viene effettuata una valutazione iniziale comprensiva di un'anamnesi e di un esame obiettivo coerentemente con i requisiti definiti nella politica ospedaliera.**

**2 - Per ogni paziente viene effettuata una valutazione psicologica iniziale in funzione dei bisogni del paziente.**

**3 - Per ogni paziente viene effettuata una valutazione iniziale dello stato sociale ed economico in funzione dei bisogni del paziente.**

**4 - La valutazione iniziale si conclude con un'ipotesi diagnostica**

## **STANDARD ASC - Assistenza Anestesiologica e Chirurgica**

- **Sedazione moderata e profonda**
- **Valutazione preanestesiologica e preinduzione**
- **Pianificazione del trattamento anestesiologico**
- **Monitoraggio dell'anestesia e del risveglio**
- **Pianificazione del trattamento chirurgico e dell'assistenza postoperatoria**
- **Corretta compilazione del verbale operatorio**

## STANDARD COP - Cura del Paziente

- Corretta annotazione in cartella di prescrizioni e procedure eseguite
- Presenza di procedure che guidano assistenza ai pazienti in emergenza
- Presenza di procedure che guidano la movimentazione, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati
- Presenza di procedure che guidano l'assistenza dei pazienti in coma o tenuti in vita artificialmente.
- Presenza di procedure che guidano il ricorso alla contenzione e l'assistenza dei pazienti sottoposti a contenzione

## **STANDARD MCI - Gestione della Comunicazione e delle Informazioni**

- MCI.18** - Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.
- MCI.19.1.1** - La cartella clinica di ogni paziente trattato in pronto soccorso riporta l'ora di arrivo, le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso, le condizioni del paziente alla dimissione e le istruzioni di follow-up.
- MCI.19.3** - Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data.
- MCI.19.4** - Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'organizzazione valuta regolarmente il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche

## STANDARD MMU - Gestione e Utilizzo dei Farmaci

- MMU.03 - I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.
- MMU.03.2 - I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.
- MMU.04 - La prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione dei farmaci sono guidate da politiche e procedure.
- MMU.04.1 - L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.
- MMU.04.2 - L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci.
- MMU.05.2 - È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.
- MMU.06.1 - La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.
- MMU.06.2 - Politiche e procedure regolano la gestione dei farmaci introdotti nell'organizzazione a scopo di autosomministrazione o come campioni di specialità medicinali.
- MMU.07.1 - Gli errori di terapia, compresi i “near miss”, sono segnalati

## Standard PFR - Diritti del Paziente e dei Familiari

- PFR.01.4 - I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica.
- PFR.01.5 - I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.
- PFR.06 - Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.
- PFR.06.4 - Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emoderivati e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.
- PFR.06.4.1 - L'organizzazione redige un elenco delle categorie o delle tipologie di trattamenti e procedure che richiedono un consenso informato specifico.

# IPSG – International Patient Safety Goals



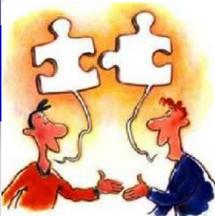
- IPSG.1** Identificare Correttamente il Paziente
- IPSG.2** Migliorare l'Efficacia della Comunicazione
- IPSG.3** Migliorare la Sicurezza dei Farmaci ad Alto Rischio
- IPSG.4** Garantire l'Intervento Chirurgico in Paziente Corretto, con Procedura Corretta, in Parte del Corpo Corretta
- IPSG.5** Ridurre il Rischio di Infezioni Associate all'Assistenza Sanitaria
- IPSG.6** Ridurre il Rischio di Danno Conseguente a Caduta Accidentale





## IPSG 1 – Identificare correttamente il paziente

A ciascun paziente, al momento dell'ingresso in reparto viene posto un bracciale di riconoscimento che contiene i dati identificativi (**Cognome, nome, data di nascita**). Il bracciale consente il corretto riconoscimento del paziente, crea un percorso di cura sicuro per la somministrazione di farmaci e trasfusioni, ed esecuzione di esami e procedure invasive. Il doppio identificativo (nome e cognome e data di nascita) permette di evitare possibili errori dovuti all'omonimia o scambi di persone che possono accadere usando un unico identificativo (per esempio il numero di letto o di stanza).



## IPSG 1 – Migliorare l'efficacia della comunicazione

La comunicazione efficace è **tempestiva, precisa, completa, tracciabile e recepita correttamente dal destinatario**. Le comunicazioni più soggette a possibilità di errore sono quelle **verbali**, incluse quelle **telefoniche**. La comunicazione del dato deve seguire quindi una **procedura standardizzata** e prevedere la modalità corretta della notifica della trasmissione. L'operatore ricevente la comunicazione trascrive nella cartella del paziente sotto dettatura, rilegge a conferma quanto trascritto, annota l'ora della comunicazione e l'identità del comunicatore. Il comunicatore conferma la corretta trascrizione.



## IPSG 3 – Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

Corretta **conservazione** dei farmaci ad alto rischio, (p.e. elettroliti concentrati) solo nelle **Unità Operativa** ad alta intensità di cure laddove questi farmaci possano rendersi effettivamente necessari in condizioni di emergenza.

I farmaci ad alto rischio vanno conservati separatamente con chiara indicazione della **pericolosità del prodotto**.

## IPSG 4 – Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta

**Checklist** per la sicurezza della sala operatoria;

**Marcatura del sito chirurgico** eseguita con un segno univoco;

**Verifica preoperatoria**, al fine di confermare che si tratti del paziente giusto, della procedura corretta e del sito operatorio corretto;

**Time-out** (verifica finale) da eseguire immediatamente prima dell'inizio di una procedura invasiva, che coinvolge tutta l'equipe operatoria con lo scopo di ricontrollare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico.





## **IPSG 5 – Ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria**

**Un fattore centrale per la prevenzione e il controllo delle infezioni è l'adeguatezza dell'igiene delle mani. I cinque momenti fondamentali per l'igiene delle mani:**

**prima del contatto con il paziente, prima di una manovra asettica, dopo esposizione a un liquido biologico, dopo il contatto con il paziente, dopo il contatto di ciò che sta accanto al paziente.**

**Se il lavandino non è a portata ....di mano si usa il gel idroalcolico!**

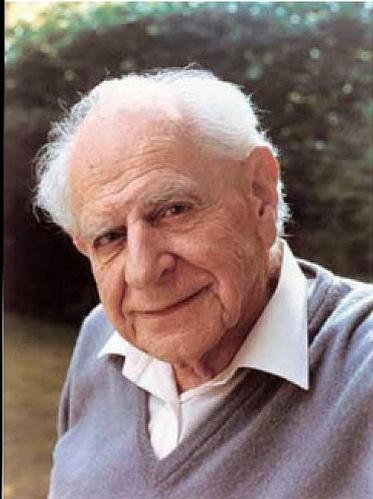


## **IPSG 6 – Ridurre il rischio Cadute**

**Le cadute dei pazienti durante il ricovero rappresentano un evento frequente che può essere causa di complicanze, anche gravi.**

**Al fine di ridurre i rischi occorre effettuare una specifica valutazione e adottare specifici interventi: istruire il paziente e i suoi familiari, rendere l'ambiente sicuro eliminando gli ostacoli, posizionare le spondine, abbassare il letto.**

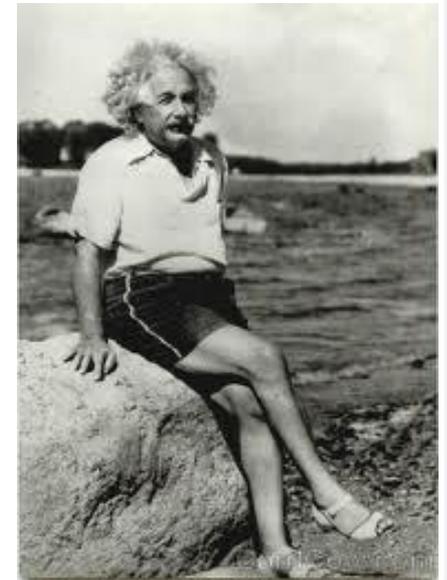
## CAMBIAMENTO CULTURALE



Karl Popper

*“Riconoscere gli errori e correggerli il più presto possibile, prima che facciano troppo danno. L'unico peccato imperdonabile è nascondere un errore.”*

*“Non hai mai commesso un errore se non hai mai tentato qualcosa di nuovo.”*



Albert Einstein