



Le buone pratiche regionali e l'accreditamento istituzionale nel sistema sanitario della Regione Toscana



Sara Albolino, PHD CRM

rischio.clinico@regione.toscana.it

<http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischio-clinico.shtml>

Il sistema regionale delle buone pratiche

Buone pratiche evidence-based

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



AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care

Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices

- **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.**

Buone pratiche approvate dal CSR



Appropriatezza
terapia
antibiotica



Rischio
nutrizionale



Prevenzione
infezioni CVC



Prevenzione
delle cadute



Corretta
identificazione
paziente



Audit
clinico



Gestione
del dolore



Gestione
farmaci
antiblastici



Igiene
mani



Incident
reporting



Segnalazione
evento
sentinella



Prevenzione
ulcere
da pressione



Scheda
Terapeutica
Unica



Rassegna
mortalità
e morbilità



Gestione
Terapia
Anticoagulante
Orale



Adozione
indice
deterioramento
cardiaco



Prevenzione
Trombosi
Venosa
Profonda



Emorragia
post-partum



Prevenzione
distocia
di spalla



Sorveglianza
delle antibiotico
resistenze

Il processo di attestazione

Richiesta
attestazione

Nomina auditor
interni/esterni

Visita
(rilevazione stato
dell'arte buone pratiche)

Attestazione del
Direttore Generale
Aziendale

Rilascio certificati al
centro GRC



Buona pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale
Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Area clinico-assistenziale	Prevenzione del rischio nutrizionale	Scheda tecnica: prevenzione del rischio nutrizionale	Struttura, Presidio, Azienda
Razionale	Requisiti minimi	Livello di prestazione	
<p>Il rischio nutrizionale, cioè la possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione di una persona, rientra a pieno titolo nel più ampio quadro del rischio clinico.</p> <p>La valutazione del rischio nutrizionale consiste nel processo di identificazione di caratteristiche che si sono associate alla possibilità di eventi avversi correlati all'alimentazione/ nutrizione, attraverso la costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione semplici, non invasive, non costose ma di enorme significato clinico.</p> <p>La letteratura esistente, le raccomandazioni fornite da linee guida e documenti di consenso internazionali hanno posto sempre più attenzione al problema e alla necessità che il rischio nutrizionale sia routinariamente valutato nei diversi setting anche in un'ottica di continuità assistenziale</p> <p>Per una gestione efficace del rischio nutrizionale è necessario:</p> <p>1)definire una procedura aziendale per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale, comprendente: a) l'utilizzazione di un test di screening; b) l'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica e, se indicato, la definizione del trattamento nutrizionale; c) realizzazione di un'attività di informazione e</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione dei reparti/ strutture nei quali effettuare la valutazione del rischio nutrizionale sulla base della probabilità che il rischio stesso si manifesti o della gravità dell'effetto sulla situazione clinica, escludendo quei pazienti che risultano a rischio sulla base della loro diagnosi clinica e che, conseguentemente, devono essere sottoposti a trattamento nutrizionale 2. Definizione di una procedura aziendale per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale che sia condivisa con tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione, che sia coerente con le indicazioni fornite da Linee Guida e standard assistenziali internazionali e che includa (v. allegati): <ul style="list-style-type: none"> - lo strumento di valutazione del rischio utilizzato - la modalità di documentazione del rischio valutato; - le azioni da intraprendere sulla base del livello di rischio rilevato - l'operatore responsabile della valutazione del rischio; - la modalità di attivazione della consulenza dietetica (e/o medica specialistica) quando appropriato sulla 	<p>1. deliberazione</p> <p>Delibera o atto aziendale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedura sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale all'interno del processo assistenziale della nutrizione; - definizione di un piano di formazione e aggiornamento obbligatorio <p>2. attuazione</p> <p>Realizzazione della procedura in tutte le sue parti</p> <p>3. valutazione</p> <p>Presenza di una procedura aziendale sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale</p> <p>Presenza nei reparti/strutture* degli strumenti utili alla rilevazione del rischio nutrizionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scheda di valutazione del rischio - bilancia - metro a nastro - altimetro <p>Presenza nella documentazione clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> - apposito spazio per la registrazione del livello di rischio nutrizionale 	



Siamo tutti pazienti: trasparenza in qualità e sicurezza

[Home](#) | [Mappa del Sito](#) | [Accessibilità](#) | [Banche Dati](#) | [Contatti](#)



Servizio Sanitario della Toscana. Cresce la salute.



[PROMOZIONE](#) [PREVENZIONE](#) [CURA](#) [COSA FARE PER](#) [S.S.R.](#) [BACHECA](#) [PARLIAMO DI](#)

Ti trovi qui: [Home Page](#) / [Servizio Sanitario Regionale](#) / [Siamo tutti pazienti](#) / [Attività nelle aziende](#) / [Buone Pratiche per la sicurezza del paziente](#) / [Buona pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale](#)

Dati Azienda

Azienda USL 12 Viareggio

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

Prevenzione del rischio nutrizionale



Buona pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale

La buona pratica relativa alla valutazione e gestione del rischio nutrizionale prevede azioni e strumenti di rilevazione semplici che permettono di valutare il rischio nutrizionale di un paziente e individua azioni da intraprendere per gestire questo rischio.

In collaborazione con: Associazione Nazionale Dietisti, Società Italiana di Nutrizione Umana, Società Italiana Nutrizione Entrale.

Allegati: [ST_nutrizionale.pdf](#)

Data di attestazione: 15 Dicembre 2009

Medicina Riabilitativa degenze riabilitazione intensiva
Medicina Riabilitativa DH riabilitazione intensiva
Medicina Riabilitativa gravi cerebro lesioni acquisite

Buone pratiche attestate a livello aziendale



Patient Safety walkaround/ Gruppo itinerante

Formazione

Buone pratiche/ ES

Raccomandazione

Organizzazione GRC

Clima organizzativo

Standard/indicatori



Frankel A, Graydon-Baker E, Nepl C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26.

DGR n. 704 del 08-10-2007

Stato dell'arte attestazione BP

UO	ES	Audit	M&M	IR	Manipolite	STU	ANT	IP	Dist. spalla	Emor	UdP	Dolore	Nutr	CVC	TVP	antibioti core sistenze	CTA	ME WS	cadute	TAO	TOT
Az. ASL 1 Massa-Carrara	35	48	6		25	14			1			1									95
Az. ASL 2 Lucca	28				29	6	1		2	2					1						41
Az. ASL 3 Pistoia	31	7	3	3	7	33	23		6	6					3						91
Az. ASL 4 Prato	48		4	3	6	18	6	1	1	1	1			1	1						43
Az. ASL 5 Pisa	19		4	4	4	9	7														28
Az. ASL 6 Livorno	27																				0
Az. ASL 7 Siena	30		32	8	33	34	16	2	2	2	2	9		6	1						147
Az. ASL 8 Arezzo	85				85	15			3	3											106

Stato dell'arte attestazione BP

	UO	ES	Audit	M&M	IR	Manipolite	STU	ANT	IP	Dist. spalla	Emor	UdP	Dolore	Nutr	CVC	TVP	antibioti core sistenze	CTA	ME WS	cadute	TAO	TO T
Az. ASL 9 Grosseto	31	62	46	48	48	63	23		47	1	1	2	17		2	4			1	20		385
Az. ASL 10 Firenze	57																					0
Az. ASL 11 Empoli	27				2	17	12															31
Az. ASL 12 Viareggio	42	26					9	9		1	1	3		3		1						53
Az. Osp. Pisana	102	140			7		23									2						172
Az. Osp. Senese	59																					0
Az. Osp. Careggi	99					60	31	4														95
Az. Osp. Meyer	29					32	18															50
Totale Regionale		283	95	66	107	405	203	15	49	17	16	8	27	3	9	13	0	0	1	20	0	1337

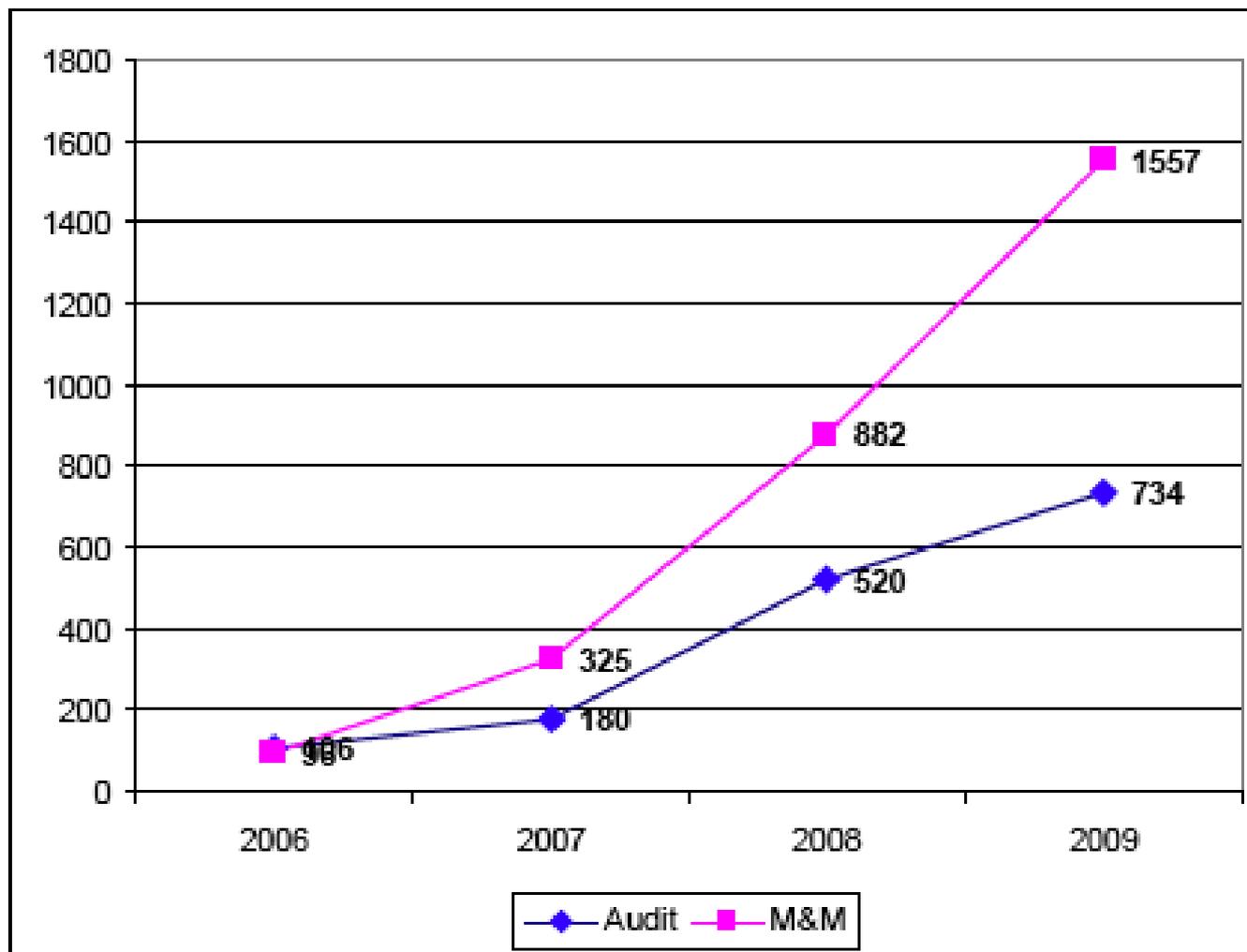
Ultimo
aggiorn. 11
gennaio 2011

Le buone pratiche nel sistema di valutazione delle performance

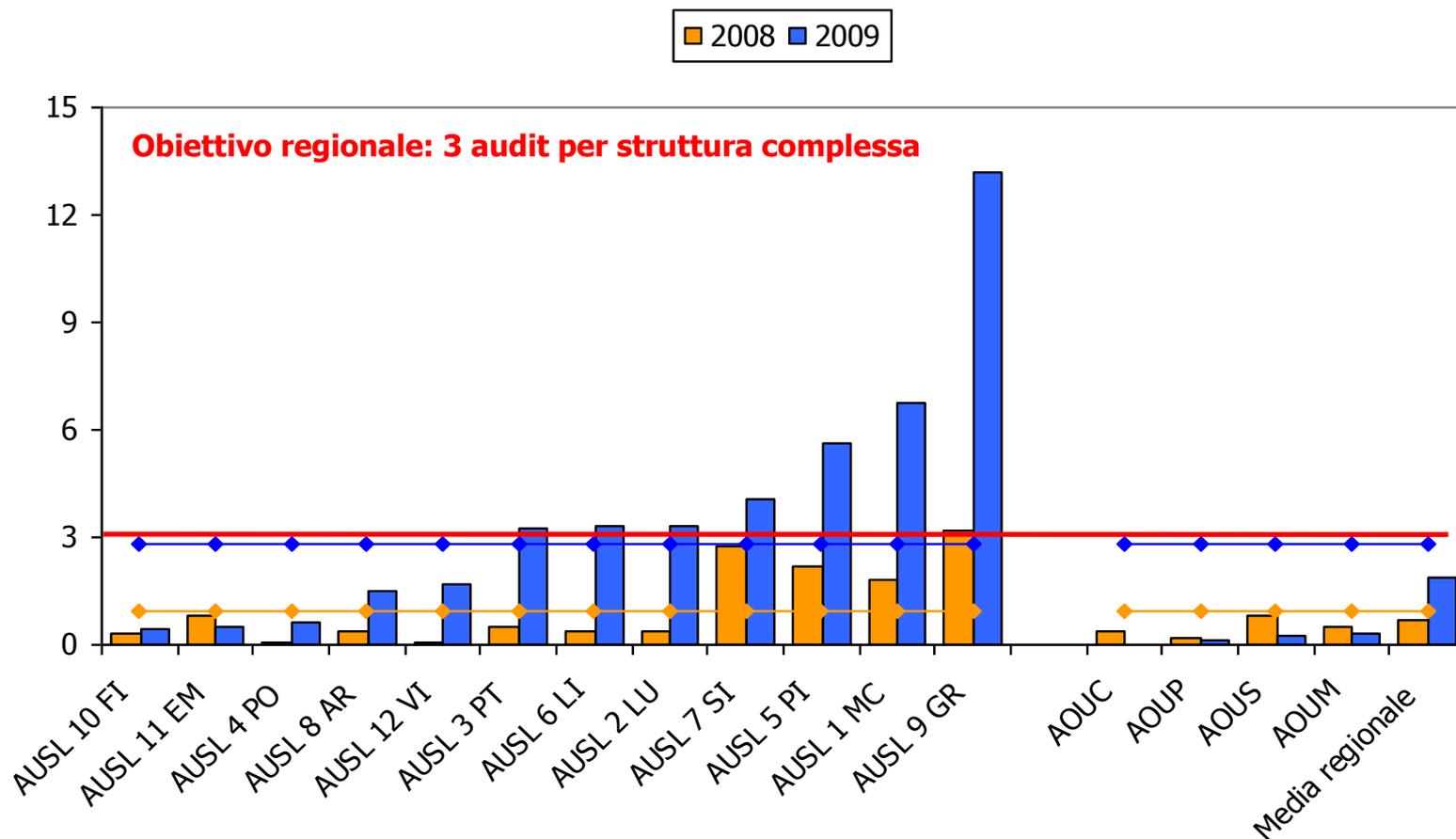
Indicatori gestione rischio clinico

- C6.1 Indice richieste di risarcimento (sistema informativo SGRS)
- C6.2.1 Indice diffusione audit clinici (relazione annuale aziendale)
- C6.2.2 Indice diffusione M&M (relazione annuale aziendale)
- C6.4.1 Tasso di sepsi post-operatoria (dati SDO – AHRH/OCSE)
- C6.4.2 Tasso di mortalità per DRG a bassa mortalità (dati SDO - AHRQ/OCSE)
- C6.4.3 Tasso di trombo-embolia (dati SDO - AHRQ/OCSE)
- C6.5 Indice controllo delle cadute (relazione annuale/SGRS – OCSE)
- **C6.6 Indice di buone pratiche (relazione annuale aziendale)**

Audit clinici GRC e M&M



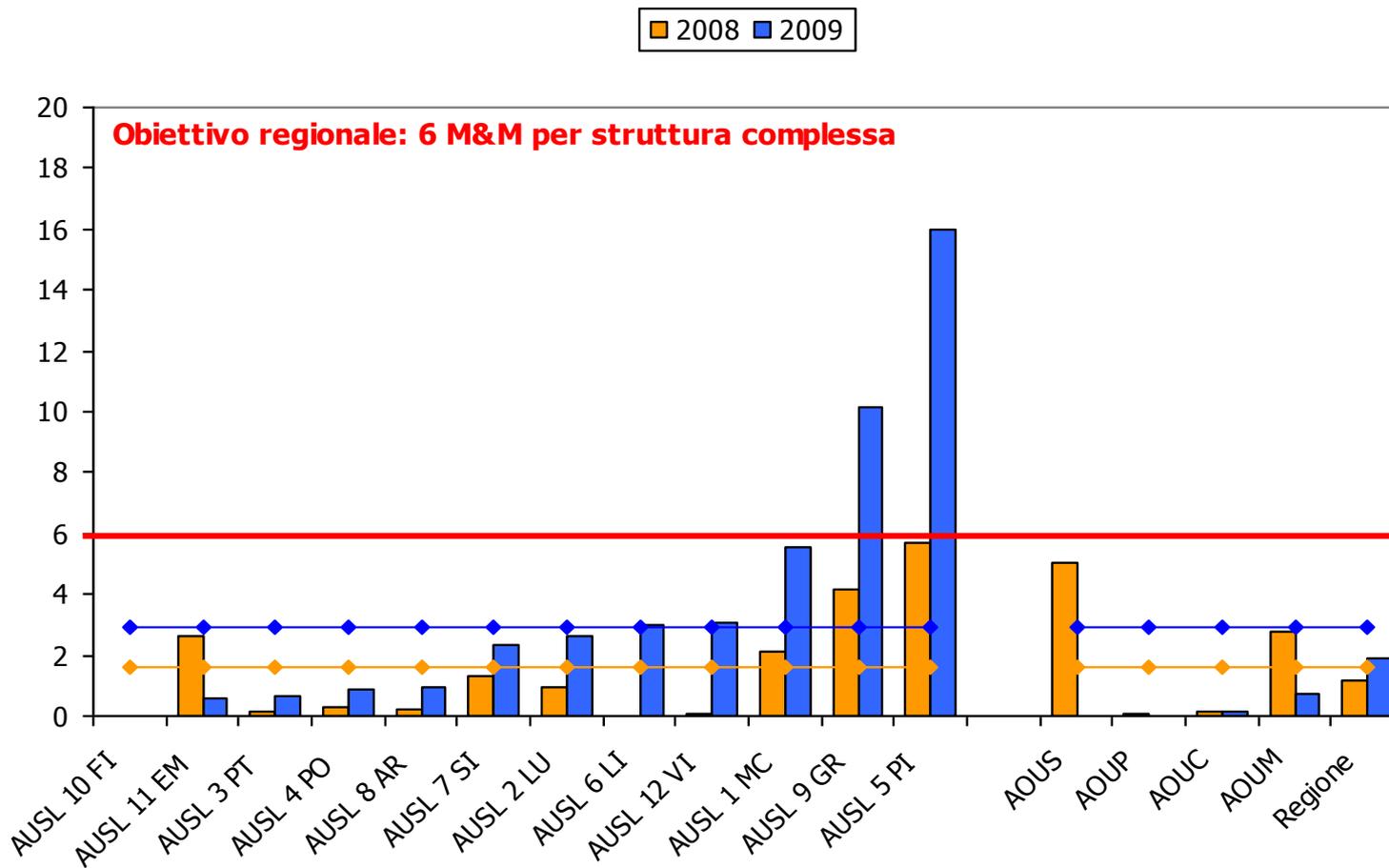
C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit clinici Trend 2008-2009



Per l'AUSL 6 i dati del 2009 si riferiscono al periodo Gennaio-Settembre 2009.

Per tutte le aziende il numero delle strutture complesse è stimato con il numero di reparti (da flusso

C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M Trend 2008-2009



Per l'AUSL 6 i dati del 2009 si riferiscono al periodo Gennaio-Settembre 2009.

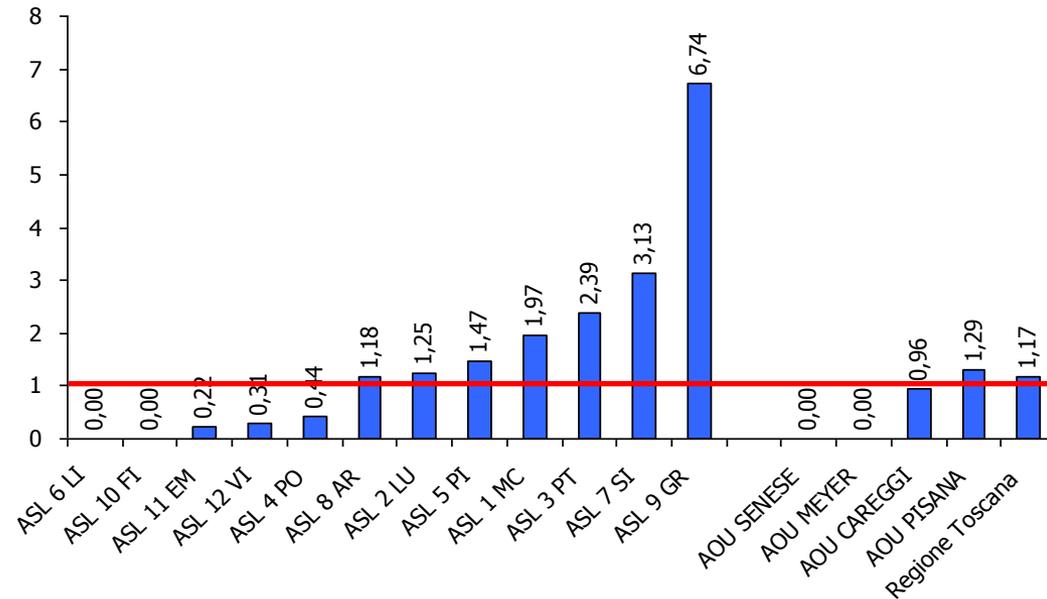
Per tutte le aziende il numero delle strutture complesse è stimato con il numero di reparti (da flusso)

Il sistema delle buone pratiche

Anno 2009

AZIENDA SANITARIA	2009		
	N. buone pratiche attestate	N. Strutture complesse	Indicatore (N attestazioni/N strutture complesse)
ASL 1 MC	69	35	1,97
ASL 2 LU	35	28	1,25
ASL 3 PT	74	31	2,39
ASL 4 PO	21	48	0,44
ASL 5 PI	28	19	1,47
ASL 6 LI	0	27	0
ASL 7 SI	94	30	3,13
ASL 8 AR	100	85	1,18
ASL 9 GR	209	31	6,74
ASL 10 FI	0	57	0
ASL 11 EM	6	27	0,22
ASL 12 VI	13	42	0,31
AOU PISANA	132	102	1,29
AOU SENESE	0	59	0
AOU CAREGGI	95	99	0,96
AOU MEYER	0	29	0
Toscana	876	749	1,17
Media Regione	103	88	1,33

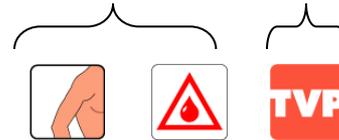
B.P. trasversali sulle strutture



Il sistema delle buone pratiche

Anno 2009

B.P. specifiche: ginecologia ortopedia



Az. ASL 1 Massa-Carrara			
Az. ASL 2 Lucca	1	1	1
Az. ASL 3 Pistoia	1	1	1
Az. ASL 4 Prato			1
Az. ASL 5 Pisa			
Az. ASL 6 Livorno			
Az. ASL 7 Siena	0,5		0,5
Az. ASL 8 Arezzo	1	1	
Az. ASL 9 Grosseto	1	1	1
Az. ASL 10 Firenze			
Az. ASL 11 Empoli			
Az. ASL 12 Viareggio	1	1	1
Az. Osp. Pisana			1
Az. Osp. Senese			
Az. Osp. Careggi			
Az. Osp. Meyer			

Legenda:

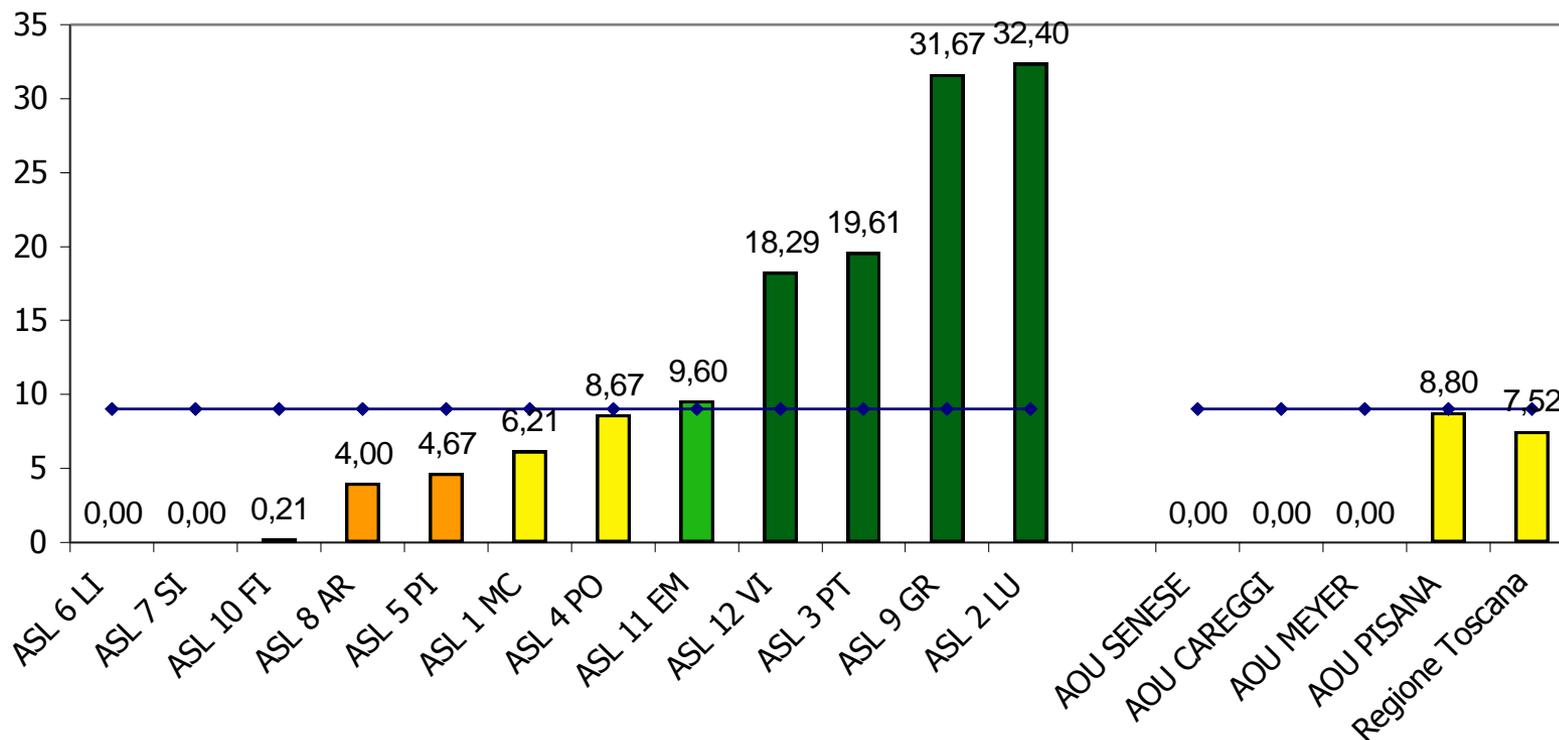
 Tutte le strutture hanno attestato la buona pratica

 L'azienda non ha attestato nessuna delle 3 buone pratiche

C6.6 Capacità di controllo delle cadute

Anno 2009

Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema IR e le cadute che esitano in un sinistro.

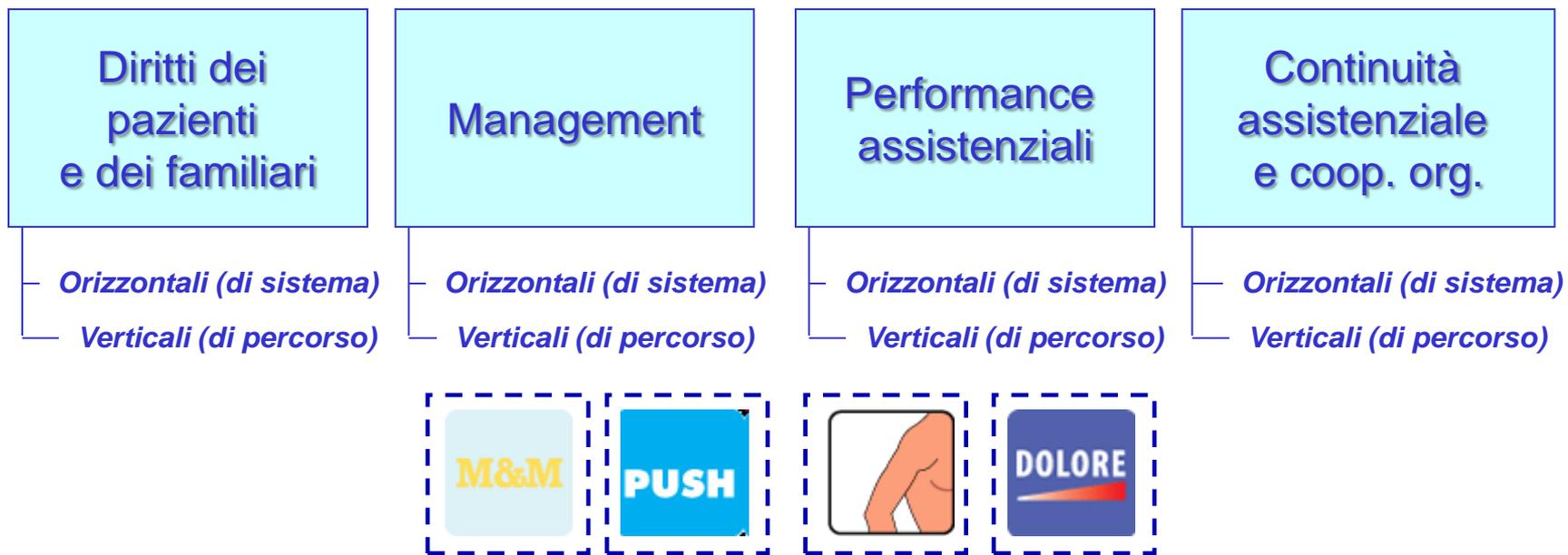


Su 100 cadute se ne attendono 65 senza danni apparenti e 35 con danno (Toscana circa 190 richieste di risarcimento/anno per cadute - seconda tipologia di incidente)

Dato regionale coerente con la letteratura internazionale (Int. J. Quality in Health Care, 2009)

Le buone pratiche nel sistema di accreditamento istituzionale

La legge regionale 51/ 2009



L'accreditamento istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono gli standard base per ogni singola struttura organizzativa funzionale per almeno il **70% dei requisiti**.



Devono comunque raggiungere gli standard base di alcuni **requisiti** definiti come **essenziali**

A1*	M5*	M11*	M25*	M26*	M31*	M36*	M40*	M42*	M47*	M49*	M51*
-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Tali indicatori sono identificati con l'asterisco

Elementi innovativi

- Percorso di area chirurgica
- Percorso di area oncologica/ screening
- Percorso di area medica
- Percorso di area critica/ emergenza
- Percorso di area ortopedica-traumatologica
- Percorso area materno infantile (nascita/ pediatrico)
- Percorso dipendenze patologiche
- Percorso della salute mentale
- Percorso di riabilitazione



Possesso
requisiti come
dichiarazione
sostitutiva di
atto di notorietà

La dichiarazione del DG ha
valore legale

Il processo di accreditamento: indicatori e standard

53 indicatori comuni

CONTINUITA' OSPEDALE E TERRITORIO

REQ. L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero processo di cura compresa la fase di dimissione
INDICATORE % pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso

STANDARD raccolta del dato

TIPOLOGIA FONTE sistema di valutazione delle performance (report indagine ricoveri)

La **valutazione** supera l'evidenza per spingersi verso l'**esito**: indicatori di processo e di esito con definizione di soglie di base. I **requisiti indicano cosa fare** e non come (fanno eccezione le aree in cui ci sono linee di indirizzo regionali già approvate e condivise)

N indicatori specifici: es Chirurgia

EQUITA' E ACCESSO

REQ. Il tempo di attesa per gli interventi chirurgici programmati ospedalieri e ambulatoriali è contenuto entro un periodo massimo.

INDICATORE % interventi classe priorità A erogati entro 3 mesi dalla prenotazione e per gli oncologici entro 1 mese

STANDARD 90%

FONTE DATI documentazione- valut. performance

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio interno; valutazione delle performance

PER I PRIVATI

INDICATORE % interventi erogati entro la data concordata (vedi standard privati per tipologia di procedura chirurgica)

STANDARD 90%

FONTE DATI monitoraggio interno

L'approccio: partire dall'esistente

Il sistema di accreditamento regionale precedente

STANDARD

Politica, obiettivi e attività
 Struttura organizzativa
 Gestione risorse umane
 Gestione risorse strutturali
 Gestione risorse tecnologiche
 Gestione, valutazione, miglioramento dei
 Linee guida regolamenti interni
 Sistema informativo
 Informazione all'utenza

Il sistema di gestione del rischio clinico

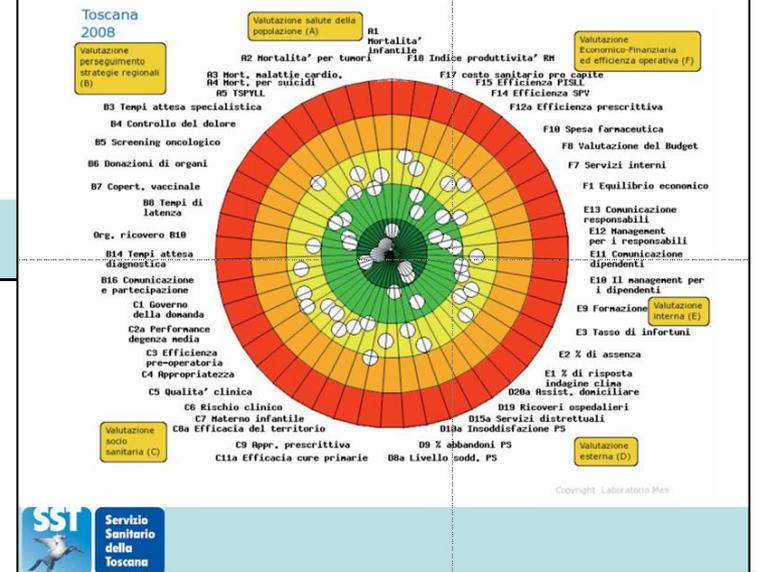


Requisiti di accreditamento: rischio clinico. Integrazioni e modifiche alla DCR 30/2000

Ogni azienda è tenuta ad avere:

- Sistema di coordinamento aziendale per la GRC
- Programma di formazione
- Piano aziendale GRC
- Sistema informativo incident reporting

Il sistema di valutazione delle performance



Le buone pratiche come parte integrante

La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza

- **INDICATORE 1** % di buone pratiche regionali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di buone pratiche regionali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di buone pratiche regionali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 50%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC
- **INDICATORE 2** % di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
NUMERATORE Numero di raccomandazioni ministeriali in uso di interesse
DENOMINATORE Numero di raccomandazioni ministeriali pubblicate di interesse
STANDARD BASE 70%
TIPOLOGIA FONTE Centro GRC

Applicazione di una procedura per la corretta identificazione del paziente



- **INDICATORE** % di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale

NUMERATORE Numero di pazienti ricoverati con braccialetto con layout coerente con le indicazioni della buona pratica regionale

DENOMINATORE Totale pazienti ricoverati

STANDARD BASE 90%

TIPOLOGIA FONTE monitoraggio applicazione supporto braccialetto

Il controllo delle infezioni

L'attività di sorveglianza e controllo delle infezioni è documentata e diffusa con rapporti periodici e indicatori specifici

- **INDICATORE 1** Evidenza della diffusione del report
STANDARD BASE sì
TIPOLOGIA FONTE documento aziendale



- **INDICATORE 2** Diffusione delle infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)

NUMERATORE Numero di infezioni correlate all'assistenza (urinarie, ventilazione assistita polmonare, sito chirurgico, sepsi, cateterismo)

DENOMINATORE Numero cartelle cliniche revisionate

STANDARD BASE % segnalata coerente con la letteratura internazionale

TIPOLOGIA FONTE revisione delle cartelle cliniche

Il processo di accreditamento: la fonte dei dati

- Sistema di valutazione delle performance
- **Centro GRC: buone pratiche**
- Flussi correnti
- Indagini rivolte ai pazienti
- Documento aziendale
- Monitoraggio interno aziendale
- Revisione cartelle cliniche

La comunicazione pubblica

I risultati dell'accreditamento saranno inseriti come indicatori di valutazione delle aziende nel sistema di valutazione della performance

Publicazione dei risultati del sistema di accreditamento in:

- Sito di valutazione delle performance
- Sito Centro GRC
- Sito Regione Toscana
- Strumenti aziendali di comunicazione pubblica



REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE



- Attività nelle aziende sanitarie
- Buone Pratiche per la sicurezza del paziente
- Calendario Eventi
- Siti di maggiore rilevanza
- Parla con me (Forum)
- Vai alla Home Page

Sede
Regione Toscana
Direzione generale del Diritto alla
Salute e delle Politiche di
Solidarietà
V. Taddeo Alderotti, 26 N -
50139 Firenze

Contatti
Tel. 055 43.83.325-3826
Fax. 055 43.83.232
E-mail
rischio.clinico@regione.toscana.it

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE



Grazie per l'attenzione



Sara Albolino, PHD CRM

rischio.clinico@regione.toscana.it

<http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischio-clinico.shtml>