

L'Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti

**Le Buone Pratiche 2010:
titoli, contatti e sintesi per il cittadino**

L'Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti

**Le Buone Pratiche 2010:
titoli, contatti e sintesi per il cittadino**

Sezione Qualità e Accreditamento
Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
Tel. 06-427491
Fax: 06-42749488
www.agenas.it

Sommario

Abruzzo	3
Basilicata	9
Calabria	13
Campania	29
Emilia Romagna	33
Friuli Venezia Giulia	47
Lazio	51
Liguria	57
Lombardia	63
Marche	113
Piemonte	115
Provincia Autonoma di Bolzano	129
Provincia Autonoma di Trento	131
Puglia	133
Sardegna	137
Sicilia	139
Toscana	151
Umbria	165
Valle D`Aosta	167
Veneto	171

ABRUZZO

prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

TERAMO - ASL
Unità Operativa di Gestione del Rischio Clinico e Centro
Trasfusionale
Maria Pia Gramenzi
Mariapia.gramenzi@aslteramo.it

Abstract per il cittadino

La procedura ha l'obiettivo di ridurre le reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO evitando che vengano effettuate trasfusioni a persone sbagliate o che venga trasfuso sangue non compatibile. Contiene istruzioni operative riguardo il prelievo del campione di sangue, che deve avvenire previo accertamento dell'identità del al paziente, la compilazione del modulo della richiesta per la determinazione del gruppo sanguigno e delle sacche di sangue, la preparazione e l'erogazione di unità di sangue da parte del centro trasfusionale, fino alla somministrazione della trasfusione che prevede una verifica preventiva da parte di due operatori.

check list per la corretta individuazione del paziente e del sito chirurgico

TERAMO - ASL
Unità Operativa di Gestione del Rischio Clinico e Centro
Trasfusionale
Maria Pia Gramenzi
mariapia.gramenzi@aslteramo.it

Abstract per il cittadino

La checklist prevede 10 step, ognuno dei quali rappresenta uno strumento per l'esecuzione dei controlli finalizzati all'aderenza degli

standard di sicurezza raccomandati dal Ministero e dall'OMS, per prevenire errori di scambio di paziente, di lato o di procedura e ridurre la mortalità e le complicanze relative all'atto chirurgico. Tale strumento sostiene un cambiamento dei comportamenti individuali mediante controlli ripetuti su tutti gli item previsti nella lista a partire dal giorno prima dell'intervento al ritorno del paziente nell'unità operativa

manuale operativo per l'isolamento di pazienti con patologie contagiose e per le misure di controllo dei principali microrganismi sentinella

PESCARA - ASL
Direzione Sanitaria/ufficio Epidemiologico AUSL Pescara
Rosa Fecchio
rosafecchio@virgilio.it

Abstract per il cittadino

Le Precauzioni di Isolamento, mirate a prevenire la trasmissione di microrganismi patogeni da un soggetto colonizzato o infetto ad un altro sano, hanno da sempre rappresentato uno dei cardini dei programmi di controllo delle infezioni in Ospedale. La diffusione a livello mondiale dell'infezione da HIV, con i rischi ad essa associati, ha, infatti, evidenziato drammaticamente come i sistemi di isolamento basati sulla diagnosi di malattia infettiva (precauzioni indirizzate a pazienti sintomatici) fossero insufficienti ad impedire la trasmissione di patogeni attraverso il sangue o altri liquidi biologici, quali HIV e HBV; per impedire la trasmissione di queste infezioni, infatti, è necessario considerare tutti i pazienti ricoverati in ospedale potenzialmente infetti. Le linee guida del CDC/HICPAC 2007 sono un aggiornamento e allargamento delle Linee Guida per le Precauzioni di Isolamento negli Ospedali del 1996. Sono rivolte ad un'ampia gamma di Strutture sanitarie. I punti più importanti sono i seguenti: Il passaggio dell'Assistenza dagli Ospedali ad altri Ambienti Sanitari o Strutture sanitarie (come ad es. strutture domiciliari, ambulatoriali, a lungo termine etc.), ha creato la necessità di emanare raccomandazioni che possano essere applicate in tutti gli ambienti di cura. Il termine Infezioni nosocomiali viene sostituito da Infezioni associate all'Assistenza (HAIs/ICA) per riflettere il cambiamento dei modelli assistenziali. La trasmissione delle infezioni in ambito assistenziale è possibile in seguito all'interazione di tre principali

elementi: una fonte (serbatoio) di microrganismi (uomo, ambiente); un ospite suscettibile ed una porta di ingresso adatta per quello specifico microrganismo; una via di trasmissione specifica per quel patogeno. Per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da un serbatoio ad un paziente suscettibile, è necessario interrompere la catena di trasmissione attraverso l'adozione di: Precauzioni Standard da utilizzare nell'assistenza di tutti gli utenti; Precauzioni basate sulla via di trasmissione, da adottare nell'assistenza di persone nelle quali sia stata accertata o venga sospettata una specifica infezione, della quale sia nota la modalità di trasmissione. Uno dei principali rischi per la sicurezza del paziente, durante il ricovero in Ospedale o in altre Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie, è rappresentato dalla presenza di altri pazienti colonizzati o infetti con microrganismi altamente diffusibili e/o ad elevata patogenicità. Alcuni esempi sono Clostridium difficile, Rotavirus, microrganismi con resistenze multiple ("Multidrug resistant Organism" MDROs), Streptococcus Pyogenes, Tubercolosi multiresistenti, ecc. I microrganismi multiresistenti non causano malattie infettive contagiose, trasmissibili da soggetto infetto a soggetto sano e tanto meno da soggetto infetto agli Operatori Sanitari. Gli Operatori Sanitari, sono, però, il principale veicolo di trasmissione per pazienti suscettibili a tali germi, ove non si adottino le precauzioni necessarie ad evitare la trasmissione tra pazienti.

linee guida per la "corretta gestione di procedure assistenziali e igienico-sanitarie in setting di cura ospedalieri e territoriali"

PESCARA - ASL
Direzione Sanitaria/ufficio Epidemiologico AUSL Pescara
Rosa Feccchio
rosafecchio@virgilio.it

Abstract per il cittadino

Le complicanze infettive associate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e sono in parte evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia. Per questo motivo, l'insorgenza di una complicanza infettiva evitabile nel corso dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, rappresenta uno dei principali problemi di sicurezza del paziente. La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari al 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, al 5% in pazienti residenti in strutture per anziani e all'1% in pazienti assistiti a domicilio. L'intervento proposto mira a promuovere la cultura

della sicurezza sia per il paziente che per gli operatori sanitari, sperimentando e trasferendo nell'operatività del sistema assistenziale interventi in grado di accrescere la percezione del rischio infettivo, individuando l'esistenza di criticità, promuovendo l'adozione di pratiche assistenziali "Evidence Based" che assicurano nel concreto l'adozione di pratiche sicure. L'intervento proposto contiene indicazioni su specifiche misure di base e di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, da adottare nella pratica assistenziale in tutti i Setting di Cura Ospedalieri e Territoriali, nell'ottica della sicurezza dei pazienti e degli operatori. Costituire, per l'Azienda USL di Pescara, i Responsabili Aziendali dei programmi di sorveglianza e controllo e altri Operatori Sanitari interessati, la base per predisporre protocolli operativi in collaborazione con gli operatori delle aree interessate; monitorare l'adesione a pratiche sicuramente in grado di influenzare il rischio per i pazienti di contrarre una complicanza infettiva; individuare obiettivi irrinunciabili dei programmi di controllo delle infezioni; orientare programmi di intervento e programmi di AUDIT dell'adesione a misure di prevenzione efficaci sostenute da evidenze scientifiche forti. La diffusa conoscenza dei comportamenti standard, la costante verifica della loro applicazione, rappresentano il principale strumento di prevenzione delle possibili complicanze infettive. L'utilizzo degli opportuni dispositivi di protezione e il rispetto delle procedure di sicurezza, costituiscono, d'altro canto, una garanzia di tutela degli operatori.

procedura operativa per il conteggio di materiale e strumentario chirurgico

TERAMO - ASL
Unità Operativa di Gestione del Rischio Clinico e Centro
Trasfusionale
Maria Pia Gramenzi
Mariapia.gramenzi@aslteramo.it

Abstract per il cittadino

La procedura, creata con i Coordinatori Infermieristici delle sale operatorie e dei servizi di sterilizzazione della ASL di Teramo, ha l'obiettivo di ridurre gli errori nel conteggio dei dispositivi utilizzati durante l'intervento chirurgico quali garze, lunghette, pezzi, tamponi e strumentario chirurgico. Contiene istruzioni operative dettagliate per il confezionamento e il conteggio dei dispositivi, per la registrazione

numerica e qualitativa di quelli che vengono utilizzati durante l'intervento chirurgico e la verifica, intermedia e finale, della esatta corrispondenza con quelli recuperati al termine dell'intervento.

scheda unica di terapia

TERAMO - ASL
Unità Operativa di Gestione del Rischio Clinico e Centro
Trasfusionale
Maria Pia Gramenzi
Mariapia.gramenzi@aslteramo.it

Abstract per il cittadino

La Scheda Unica di Terapia, creata con un apposito gruppo di lavoro rappresentativo delle varie realtà operative della ASL di Teramo, ha come obiettivo la diminuzione degli errori riguardo la terapia farmacologica, prevedendo che tutti gli operatori, che a vario titolo si avvicendano intorno al paziente, traccino al riguardo il loro operato dalla prescrizione alla somministrazione, utilizzando una singola scheda.

BASILICATA

carta della sicurezza delle cure: dieci suggerimenti al paziente per la sicurezza delle cure

MATERA - ASL
Centro Studi Qualità Formazione Ricerca Matera
Giuseppe Di Taranto
Asl4.centrostudi@rete.basilicata.it

Abstract per il cittadino

Nella considerazione dell'importanza della sicurezza della cura, si è inteso costruire uno strumento ad uso dei pazienti, che li metta in condizione di prendere coscienza che l'essere attori attivi nel proprio processo di cura aumenta il livello di sicurezza. Questo è chiaramente un intervento relazionale, che vede la trasformazione del paziente da oggetto delle cure a soggetto di un percorso clinico-assistenziale in cui esso stesso è attore principale.

l'utilizzo e la conservazione di soluzioni concentrate di potassio cloruro per la correzione dei bagni dialitici

OSPEDALE CIVILE VILLA D`AGRI - Ospedale A Gestione Diretta
Unita' Operativa Di Nefrologia E Dialisi
MARSICOVETERE (PZ)
Vincenzo Cospito
ellenicos@hotmail.it

Abstract per il cittadino

Lo scopo di questa buona pratica è quello di standardizzare le fasi del processo di "utilizzo" e "conservazione" di soluzioni concentrate di

potassio cloruro non iniettabili ma correttori del bagno dialitico in emodialisi. Il fine ultimo è quello della "cultura del rischio e dei sistemi di prevenzione per raggiungere l'obiettivo di miglioramento della qualità. La Società di Nefrologia fornisce la seguente definizione di qualità: fare solo ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica), con il minor costo (efficienza), a chi (accessibilità) e soltanto a chi ne ha veramente bisogno (appropriatezza), facendo fare le cure a chi è competente per farlo (competenza), ottenendo i risultati ritenuti migliori (soddisfazione). Descrizione dell'attività Problematica: La quantità di potassio rimossa durante il trattamento è strettamente legata al suo gradiente di concentrazione tra plasma e bagno di dialisi, pertanto il trattamento dialitico prevede una gestione ottimizzata e personalizzata del potassio nel bagno. Il gradiente di potassio attraverso le membrane cellulari determina l'eccitabilità delle strutture nervose e muscolari, compreso il miocardio. Cambiamenti rapidi e di notevole entità possono creare patologie. La concentrazione di potassio deve essere sempre messa in relazione con il pH in quanto un abbassamento del pH porta ad una uscita di potassio dalle cellule mentre un aumento del pH porta a uno spostamento di potassio all'interno delle cellule. Una acidosi causa iperpotassiemia. Una alcalosi ipopotassemia. La rapida perdita di potassio extracellulare, provoca alterazioni del rapporto intra ed extra. La prevenzione della comparsa di questa complicanza viene eseguita aggiungendo il potassio cloruro nel liquido di soluzione del bagno dialisi: Un flaconcino contenente 50 ml = 175 mmol/L di potassio cloruro aggiunto ad una sacca di soluzione concentrata acida per emodialisi innalza la concentrazione finale del bagno di dialisi di 1 mEq/l : ad esempio da 2 a 3 mEq/l Procedura: La procedura mira a monitorare la gestione della correzione del potassio nel bagno di dialisi e si articola nelle seguenti fasi: Stoccaggio ed approvvigionamento: L'U.O. Farmacia è il centro di stoccaggio ed approvvigionamento di soluzioni concentrate di potassio; Conservazione: Nella U.O. le soluzioni concentrate di potassio sono conservate in un luogo apposito dedicato, esclusivo e chiuso, con esplicita indicazione esterna del contenuto e con la specifica dicitura: "Attenzione: diluire prima dell'uso endovenoso perché altrimenti mortale" e della procedura per l'utilizzo . Emogasanalisi con valutazione degli elettroliti . Prescrizione: Le soluzioni di potassio vanno prescritte e somministrate sotto la diretta responsabilità del medico. La prescrizione deve essere registrata e firmata dal medico sul diario dialitico ove avrà cura di indicare con chiarezza in stampatello per esteso la giusta posologia . Preparazione e somministrazione In linea generale l'infermiere addetto alla preparazione/somministrazione, applica la regola delle 6G: Giusto farmaco (controllo anche della data di scadenza) Giusta dose/diluizione Giusta via di somministrazione Giusto orario Giusta persona Giusta registrazione. L'operatore sanitario preleva le soluzioni

concentrate di potassio controllando la corretta identificazione del prodotto, le scarica sul registro del potassio di scarico e giacenza La soluzione va agitata per almeno 10 volte in modo da essere sicuri che il potassio sia uniformemente diluito nella soluzione stessa. Tracciabilità Registrare l'avvenuta somministrazione apponendo la firma dei due operatori sul diario dialitico vicino alla prescrizione del medico e sulla scheda infermieristica. In particolare per le soluzioni concentrate di potassio occorre IL DOPPIO CONTROLLO (due operatori) sia in fase di preparazione che di somministrazione (aggiunta al bagno di dialisi) come previsto dalla Raccomandazione Ministero della Salute".

CALABRIA

post-mortem audit

A.S.P. CROTONE - ASL
U.O. di MEDICINA LEGALE
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

modello di telepsichiatria

A.S.P. CROTONE - ASL
CSM Cirò Marina-Crotone-Mesoraca Crotone
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

modalità di identificazione paziente sconosciuto

A.S.P. CROTONE - ASL
Pronto Soccorso
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

valutazione e monitoraggio del rischio cardiologico nei pazienti in trattamento con aloperidolo

A.S.P. CROTONE - ASL
Centro Salute Mentale - SPDC Crotone
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

Nella gestione delle emergenze psichiatriche, crisi psicotiche e disturbi cronici del pensiero, l'aloopenidolo rappresenta uno dei farmaci più utilizzati, esso però determina la comparsa di torsioni di punta ed è associato a casi di morte improvvisa

procedura per la gestione clinica del kcl con registro interdivisionale

A.S.P. CROTONE - ASL
Pronto Soccorso
Massimo Rizzo
xrizzo@tin.it

gestione degli interventi in caso di tossinfezioni alimentari (TIA).

A.S.P. CROTONE - ASL
Area Sanità Pubblica Crotone
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

Il progetto elaborato, che dovrà prevedere anche indirizzi comportamentali per i cittadini e per gli operatori del settore alimentare sulla corretta gestione degli alimenti, ha lo scopo di tracciare delle linee guida affinché i preposti servizi dell'ASL possano fornire una risposta estremamente rapida e coordinata in modo da limitare al massimo l'insorgenza di nuovi casi e tutelare gli esposti allo stesso agente eziologico.

l'autopsia mesologica

A.S.P. CROTONE
UO Medicina Legale Nucleo aziendale per la gestione del
rischio clinico
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

Abstract per il cittadino

L'autopsia mesologica è simile all'autopsia psicologica, noto strumento per l'investigazione del suicidio. Non è inappropriato il termine autopsia se inteso nel senso proposto da Erodoto (vedere con i propri occhi) e neanche quello di mesologia, inteso in una accezione sociologica e psicologica, quale studio dei rapporti e delle influenze reciproche tra gli esseri viventi e l'ambiente in cui vivono.

Sotto il profilo suicidologico, ponendo una differenziazione dalle teorie di Durkheim (il suicidio come prodotto delle forze sociali che sono oltre il controllo dell'individuo), l'autopsia mesologica mira ad individuare le varie influenze negative o interferenti sul funzionamento personale, lavorativo, sociale di un individuo, in un determinato contesto economico e culturale, tali da indurre o rafforzare il proposito suicida.

Il principio che ha imposto l'elaborazione dell'autopsia mesologica si basa sul fatto che il suicidio deriva da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali e ambientali.

L'autopsia mesologica diviene, dunque, uno strumento di identificazione del rischio suicida e quindi della sua prevenzione

prontuario di reparto per l'individualizzazione delle cure e la sicurezza del paziente

A.S.P. CROTONE - ASL
Servizio Farmacia Ospedaliera
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

Abstract per il cittadino

Nella gestione clinica del reparto problematiche terapeutiche, quando non eventi avversi, possono insorgere a causa della mancata pronta disponibilità di consultazione o accesso a dati farmacologici essenziali. Perciò è essenziale stabilire la terapia adeguata tenendo conto, in caso di pluriterapia, di eventuali interazioni.

implementazione dei controlli sull'echinococcosi nei macelli

A.S.P. CROTONE
Servizio Veterinario Area B Igiene degli alimenti di origine animale
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

L'echinococcosi o idatidiosi, sostenuta da Echinococcus polymorphus, forma larvale di Echinococcus granulosus, riveste, nel territorio dell'ASP di Crotone così come in tutto il Mezzogiorno d'Italia e le Isole, una grande importanza non solo per i gravi danni economici che arreca agli allevamenti zootecnici ma anche per i suoi notevoli riflessi sociali poiché rappresenta un'incombente pericolo per l'uomo

controllo negli esercizi alimentari attraverso chek list semplificate

A.S.P. CROTONE
Servizio Veterinario Area B Igiene degli alimenti di origine animale via Migliori
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

dispositivi medici dotati di meccanismo di protezione: prevenzione del rischio biologico e riduzione dei relativi costi

A.S.P. CROTONE
Servizio Farmacia Ospedaliera
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

Gli incidenti da puntura accidentale è la seconda causa di infortunio tra gli operatori sanitari con una esposizione concreta al rischio di circa tre milioni di operatori sanitari. Per questo motivo è stata intrapresa una strategia per ridurre i rischi biologici dovuti a punture accidentali da dispositivi acuminati.

attivazione del Comitato Consultivo Misto per implementare l'empowerment aziendale e il grado di soddisfazione dell'utente mediante il metodo dell'intervista

A.S.P. CROTONE
U.O. di Medicina Legale - Nucleo Aziendale gestione del
Rischio Clinico
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

Coinvolgendo i diversi attori presenti sulla scena del servizio sanitario provinciale, dentro una struttura operativa, qual è il Comitato Consultivo Misto Partecipativo, intende assolvere lo scopo di migliorare il rapporto tra il cittadino e le strutture sanitarie aziendali avendo come obiettivo primario l'immagine dell'Azienda, la qualità delle prestazioni e dei servizi resi, in una realtà con un appena sufficiente rapporto di fiducia ed una accentuata emigrazione sanitaria.

attività di triage in pronto soccorso

A.S.P. CROTONE
PRONTO SOCCORSO
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

obbligo e modalità di notifica delle malattie infettive

A.S.P. CROTONE
PRONTO SOCCORSO
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

protocollo tbc in ospedale

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA PRONTO SOCCORSO
Gruppo Operativo C.I.O. Aziendale
Antonella Benvenuto
antonella.benvenuto@inwind.it

Abstract per il cittadino

Dalla seconda metà degli anni 80 l'infezione tubercolare, fino a quel momento in costante riduzione, ha presentato un nuovo e progressivo incremento in tutti i paesi industrializzati. Le cause sono ormai note ed attribuibili a diversi fattori, quali l'infezione da HIV, i flussi migratori da aree ad alta endemia, l'aumento di alcune categorie a rischio e, da ultimo, il progressivo abbandono dei programmi sanitari di controllo e prevenzione dell'infezione. L'allerta per il ripresentarsi di un problema che sembrava destinato ad esaurirsi, ha fatto emergere la necessità di Linee Guida sia internazionali che nazionali aventi lo scopo di contenere il diffondersi dell'infezione.

un nuovo modello organizzativo per le persone in stato vegetativo

ISTITUTO SANT' ANNA
SUAP (Speciale Unità di Accoglienza Permanente)
Paolo Scola
p.scola@istitutosantanna.it

Abstract per il cittadino

Trattasi della progettazione ed implementazione di un modello organizzativo del percorso assistenziale per i pazienti in stato vegetativo cronico

implementazione delle procedure di ispezione sanitaria delle carni nei macelli

A.S.P. CROTONE
Servizio Veterinario Area B Igiene degli alimenti di origine animale
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

L'intervento proposto intende affrontare la problematica relativa al controllo sanitario ufficiale delle carni negli stabilimenti riconosciuti di macellazione in maniera analitica e sistematica in modo da tenere sotto controllo l'intera filiera produttiva nei macelli.

procedura per 'istituzione registri consegne medici di guardia nelle U.O.'

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA
Unità Rischio Clinico
Maria Addolorata Vantaggiato
m.vantaggiato@aocs.it

Abstract per il cittadino

L'errata comunicazione o la mancanza di adeguata comunicazione rappresentano spesso le cause iniziali nel determinare il manifestarsi di un evento avverso. L'istituzione di un registro di consegne per ogni Unità Operativa con degenza può rappresentare uno strumento utile a garantire sicurezza ad operatori e pazienti

procedure sulla applicazione e monitoraggio della cartella infermieristica per intensità di cure nel presidio ospedaliero

A.S.P. CROTONE - ASL
U.O. Di Rianimazione del P.O. San Giovanni di Dio Città
Crotone Crotone
Getano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

La mancata registrazione di tutte le prestazioni e la personalizzazione dell'assistenza, appropriatezza delle Informazioni e prestazioni, processo infermieristico

raccomandazione e procedura per la 'prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati'

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA
PRONTO SOCCORSO
Maria Addolorata Vantaggiato
m.vantaggiato@aocs.it

Abstract per il cittadino

I bifosfonati sono farmaci che presentano un'alta affinità per le ossa, di cui hanno la capacità di modulare il turnover e ridurre il rimodellamento in corso di riassorbimento. In alcuni pazienti, essi possono provocare lesioni ossee del mascellare e/o della mandibola. La concomitante chirurgia dento-alveolare e le patologie del cavo orale, inoltre, rappresentano importanti fattori di rischio. Lo scopo della procedura è fornire indicazioni in ambito oncologico per la corretta gestione dei pazienti che devono iniziare o hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati, specialmente quelli sottoposti a terapia per via endovenosa.

procedura aziendale per la "Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto"

AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI - MELACRINO - MORELLI
U.O. Ostetricia e Ginecologia - U.O.S Rischio Clinico
Demetrio Marino
demetri@libero.it

sindrome maligna da neurolettici: valutazione e monitoraggio

A.S.P. CROTONE
CSM Crotona
Elina Suffredini
leilasuffredini@libero.it

rete aziendale ictus cerebrale

A.S.P. REGGIO CALABRIA CROTONE
Dipartimento Emergenza-Urgenza
Rocco Mario Polimeni
comete10@libero.it

Abstract per il cittadino

Il progetto si pone l'obiettivo di affrontare in maniera efficace e pronta il problema dell'ictus cerebrale. Poichè il fattore tempo è determinante per la giusta terapia e per i risultati, viene consigliato il rapido trasporto in ospedale attraverso il sistema di emergenza SUEM 118 che procederà alla individuazione della struttura ospedaliera più idonea al singolo caso. I successivi interventi diagnostico-terapeutici intraospedalieri sono ben codificati al fine di consentire la migliore gestione del singolo caso da trattare.

criteri di identificazione dei pazienti vulnerabili e suscettivi di abuso

A.S.P. CROTONE - ASL
UO Medicina Legale - NARC (Nucleo aziendale per la gestione del rischio clinico) CROTONE
Massimo Rizzo
xrizzo@tin.it

Abstract per il cittadino

Sono ricorrenti le denunce di abusi sessuali e maltrattamenti su pazienti da parte di operatori sanitari. Molto frequenti sono le denunce in ambiente psichiatrico. In questo caso il vaglio degli accadimenti è reso ancora più delicato dalla attendibilità clinica dei pazienti. Per questo motivo è stata elaborata una metodologia, sulla base di una istruzione documentale e di una ricognizione clinica. Le procedure adottate per la valutazione della capacità a testimoniare sono esemplificate nel protocollo Psychowitness. Sulla base di tali criteri è possibile individuare e discriminare soggetti fragili e vulnerabili e nel contempo idonei alla testimonianza.

procedure operative per la prevenzione da intossicazione da funghi freschi spontanei

A.S.P. CROTONE
Regione Azienda ASP di Crotone Crotone Unità Operativa
SIAN - Ispettorato Micologico
Gaetano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

In Italia si ha un gran numero di intossicazioni , anche mortali , dal consumo di funghi freschi spontanei. Molte volte le probabili cause di tali eventi sono dovuti a: Somiglianze per specie velenosi; metodi empirici di identificazione; superficialità, incoscienza, credenze popolari; la non osservazione alle opportune cautele in fase di preparazione e cottura o di consumo per tutti quei funghi generalmente definiti commestibili.

protocollo operativo: "atti formali legati alla trasfusione ed indicazioni all'uso degli emocomponenti e del modello di richiesta per l'albumina"

AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI - MELACRINO - MORELLI
U.O.C. Medicina Trasfusionale - Co.B.U.S.Cosenza
Demetrio Marino
demetri@libero.it

intervento di rete come prevenzione della cronicizzazione della patologia psichiatrica

A.S.P. CROTONE - ASL
Dipartimento Salute Mentale - SPDC Crotone
Gaetano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

La procedura in esame ha lo SCOPO di prevenire la cronicizzazione della patologia con riduzione del numero di ricoveri.

sicurezza alimentare: procedure di prevenzione e vigilanza nelle scuole

A.S.P. CROTONE - ASL
I.P.T.C.A. (Igiene della Produzione, Trasformazione e Commercializzazione degli alimenti di Origine Animale)
Gaetano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

La sicurezza alimentare rappresenta un tema scottante per la società moderna. I diversi episodi di tossinfezioni alimentari ci dimostrano che, nonostante le moderne industrie abbiano recepito ed adottato i principi di buona prassi igienica, tutt'oggi i consumatori non sanno gestire correttamente i propri alimenti. Imparare a conoscere i prodotti di origine animale e le loro caratteristiche, fin da bambini, ed acquisire conoscenze specifiche sui principi di igiene e conservazione degli stessi risulta essere indispensabile per formare consumatori attenti e oculati

introduzione cartella infermieristica e riabilitativa

A.S.P. REGGIO CALABRIA
Servizio Infermieristico e Tecnico
Tanino Todaro
tani.todaro@libero.it

Abstract per il cittadino

Creazione di sistemi di documentazione assistenziali che, integrando la cartella clinica, permetta di comprendere meglio i bisogni assistenziali dei pazienti mediante il corretto trasferimento delle informazioni tra operatori e di attivare oggettive valutazioni sull'andamento dell'assistenza. Ciò permette di rendere visibile, osservabile e misurabile l'assistenza infermieristica erogata. Tra i sistemi di documentazione è compresa la scheda unica di terapia che permetterà di monitorare tutto il processo di somministrazione della terapia sul paziente ed evitare/prevenire così gli eventi avversi. Tale sistema di documentazione permette inoltre la classificazione dei pazienti in base all'assistenza erogata (indice di complessità assistenziale) ed assegnare adeguate risorse infermieristiche (dotazioni organiche).

procedura gestione interdisciplinare cadute in ospedale e di segnalazione dell'evento

A.S.P. CROTONE
S.I.T.A. (Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale)
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

identificazione e monitoraggio dei metalli pesanti nei prodotti ittici del crotonese

A.S.P. CROTONE
Servizio Veterinario Area B Igiene degli alimenti di origine animale
Gaetano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

La massiccia industrializzazione del territorio del comune di Crotona verificatasi negli ultimi decenni ed i relativi versamenti dei sottoprodotti di lavorazione nel suolo, sottosuolo ed acque antistanti il centro abitato ha determinato un inquinamento del territorio specie da metalli pesanti. L'intervento proposto intende affrontare la problematica inerente la rilevazione ed il monitoraggio nel tempo dei metalli pesanti eventualmente presenti nei prodotti ittici dell'area marittima antistante gli insediamenti industriali e il centro abitato del comune Crotona.

l'educazione alimentare al paziente oncologico in ambito ospedaliero e domiciliare

A.S.P. CROTONE
Servizio Dietetico P.O. San Giovanni di Dio
Gaetano Castagnino
medicinalegalekr@libero.it

Abstract per il cittadino

Alcuni fra i problemi che con maggiore frequenza deve affrontare chi è affetto da malattia oncologica sono legati alle difficoltà nutrizionali. Oggi sappiamo che più dell'80% dei pazienti neoplastici presenta, nel corso della malattia, difficoltà legate all'assunzione o alla digestione del cibo. La perdita di peso e la malnutrizione sono spesso sintomi strettamente correlati con l'insorgenza della patologia neoplastica e tendono ad aggravarsi con l'evoluzione della malattia.

gestione del paziente violento in pronto soccorso

A.S.P. CROTONE
PRONTO SOCCORSO
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

protocolli delle principali patologie acute in emergenza

A.S.P. REGGIO CALABRIA
Dipartimento Emergenza-Urgenza
Rocco Mario Polimeni
comete10@libero.it

Abstract per il cittadino

Il progetto si pone l'obiettivo di razionalizzare il percorso diagnostico-terapeutico del malato affetto da patologie acute quali lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria acuta e la sincope, fornendo al personale sanitario indicazioni sulle procedure diagnostiche e sugli interventi terapeutici da mettere in atto in situazioni di emergenza, supportati da una organizzazione efficiente.

denuncia di reato all'autorità giudiziaria

A.S.P. CROTONE
Pronto Soccorso
Referente Dott. G. Diano
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

procedura condivisa di prevenzione del tromboembolismo venoso

A.S.P. CROTONE
PRONTO SOCCORSO
Referente Dott. Giuseppe Diano
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

Incentivazione degli incident reporting attraverso gli indicatori di professionalità

A.S.P. CROTONE
RISK Management Ufficio Formazione
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

Abstract per il cittadino

L'elaborazione di indicatori di professionalità integrano gli indicatori di produttività e di qualità per la valutazione del livello di accreditamento dell'unità di produzione. In particolare gli indicatori di professionalità oltre a documentare il livello scientifico e l'aggiornamento degli operatori sanitari costituiscono uno stimolo per incentivare l'incident reporting, fondamentale strumento di segnalazione spesso disatteso o osteggiato dagli operatori.

gestione del morso del cane in pronto soccorso

A.S.P. CROTONE
Pronto Soccorso
Massimo Rizzo
xrrizzo@tin.it

CAMPANIA

le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione dei rischi in chirurgia: linee di indirizzo regionali di implementazione a livello aziendale

Assessorato alla Sanità - Campania
Settore Assistenza Ospedaliera - Gruppo Tecnico Operativo
R. Pizzuti
M. Pezzella
r.pizzuti@regione.campania.it

Abstract per il cittadino

Il considerevole numero di interventi chirurgici ha focalizzato l'attenzione sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza in ambito chirurgico. Il documento Regionale di implementazione delle Raccomandazioni n. 2 "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" e n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" intende fornire linee di indirizzo al fine di favorire l'applicazione locale delle Raccomandazioni ministeriali attraverso la stesura e l'implementazione nelle singole aziende di procedure applicative.

gestione rischio clinico: cartella clinica integrata

AVELLINO
Presidi Ospedalieri Ariano Irpino e Solofra UU.OO. Chirurgia,
Anestesia e Rianimazione, Igiene Ospedaliera, Qualità e
Accreditamento/Formazione ASL Avellino
Lucio Vsconti
luciovisconti@libero.it

Abstract per il cittadino

Introduzione L'integrazione tra le attività mediche ed infermieristiche ha da sempre caratterizzato le professioni sanitarie. Al fine di una maggiore

efficacia di integrazione è emersa la necessità di creare uno strumento (cartella integrata) che pianifichi l'assistenza con l'obiettivo di ridurre gli errori. L'utilizzo di questo strumento assistenziale aiuta a stabilire una corretta comunicazione nell'ambito di tutta l'equipe sanitaria, dà una visione sinottica sulle condizioni del paziente e consente di ridurre notevolmente gli eventi avversi. Definizione: la cartella clinica integrata è uno strumento di lavoro in linea con il modello organizzativo che cambia, con la visione olistica del paziente, con il concetto di care. È l'identificazione di un modello di documentazione che sia: integrata, che agevoli la pianificazione multidisciplinare dell'assistenza, che sia fruibile da tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, che accompagni il paziente attraverso tutte le fasi dell'intensità di cura. Obiettivi L'adozione della cartella integrata dovrebbe consentire di: diminuire sia gli eventi indesiderati che i Near Miss; instaurare una corretta comunicazione tra tutti gli operatori; sperimentare nuovi percorsi assistenziali attraverso l'utilizzo della scheda terapeutica unica, del diario clinico infermieristico; applicazione la Check list prevista dalle indicazioni Ministeriali per la gestione del paziente chirurgico, (pre-operatoria, intraoperatoria e post operatoria); attuare la procedura attraverso la realizzazione e l'utilizzo di una apposita scheda che consente un adeguato controllo del numero delle garze, degli aghi e dello strumentario chirurgico utilizzato per l'intervento a cui il paziente è sottoposto. Materiale e metodi Indicazioni Ministeriali Indicazioni Regionali Campane Per poter applicare le indicazioni precitate e non solo, nell'ambito del team Aziendale „Rischio Clinico, è stata costituita un'apposita commissione per la costruzione, sperimentazione e attuazione della cartella clinica integrata. La commissione appositamente istituita si è riunita in più sedute e ha predisposto la cartella clinica integrata. Inoltre ha programmato anche un corso di formazione (teorico - pratico), della durata di 208 ore, con 26 edizioni ciascuna di due giornate per un totale di 52 giornate formative, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo della gestione del paziente chirurgico. I corsi sono stati tenuti da personale dipendente esperto del settore nell'ambito di ciascun Presidio Ospedaliero afferente alla ASL Avellino. Risultati Realizzazione della cartella clinica integrata costituita da n. 24 pagine, consensi informati specifici, la scheda unica di terapia, diario clinico, allegati vari ed infine una check list di verifica alla dimissione; Ore di didattica teoriche e pratiche svolte n. 208 Operatori complessivamente formati n. 357 Sperimentazione con decorrenza 01/01/2011 per sei mesi limitatamente alle sole Unità Operative Chirurgiche dei P.O. Aziendali. Risultati attesi dopo la sperimentazione: adozione di uno strumento multidisciplinare che permette ai vari professionisti di documentare e rendere comprensibile (osservabile, misurabile, evidente) il processo di presa in carico della persona nel

percorso terapeutico assistenziale; realizzazione di una integrazione trasversale tra i diversi attori del percorso assistenziale con focalizzazione dell'attenzione sul processo piuttosto che sul singolo atto/compito; corretta gestione delle procedure previste dalla cartella clinica integrata; sensibile riduzione degli eventi avversi e Near Miss; corretta identificazione dei ruoli e dei compiti previsti per ciascun operatore. Dopo la fase di sperimentazione si prevede l'applicazione di tale strumento per tutte le Unità Operative chirurgiche dei Presidi della ASL di Avellino. Tutto il lavoro svolto dall'apposita commissione è stato validato e formalizzato da una specifica delibera del Commissario Straordinario della ASL di Avellino. Conclusione La motivazione di tutto il personale coinvolto nella presa in carico e nel processo del paziente chirurgico, la corretta applicazione delle direttive previste dal documento cartella clinica integrata, rappresentano un percorso obbligato per ridurre gli eventi avversi e i Near Miss. Tutto quanto migliora la qualità dell'assistenza, la comunicazione fra gli operatori e soprattutto è l'unica vera forma di tutela in caso di contenzioso.

attuali percorsi di gestione delle emergenze e strategie di primo soccorso in un policlinico universitario

UNIVERSITÀ STUDI NAPOLI - FEDERICO II – FACOLTÀ DI
MEDICINA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
ELENA GIANCOTTI
elenagiancotti@libero.it

Abstract per il cittadino

L'Università Federico II non ha attualmente un PS strutturato, di conseguenza si è provato a gestire le emergenze occorrenti tramite la costruzione di un sistema di emergenza e primo soccorso ζ On demand ζ . La fattibilità di questa ipotesi è stata verificata attraverso la misura della tipologia e del peso degli incidenti, in linea con la creazione di un flusso di valore secondo il lean system e il modello toyota. È stata condotta una survey di 6 mesi sugli incidenti occorrenti agli accompagnatori dei pz della AOU Federico II nell'ambito di un laboratorio di eventi catalogati dalla Direzione Medica di Presidio. I dati sono stati raccolti e catalogati per : Tipologia, Frequenza, Barriere al primo soccorso, Training passato

dei soccorritori, Disponibilità di Beni sanitari occorrenti. In sei mesi in cui vi è una media di 15000 Pz in RO e oltre 30000 accessi DH , con un accompagnatore ciascuno circa, sono stati rilevati N.10 incidenti senza nessuna morte. Nell'88% dei casi è stato prestato primo soccorso, nei restanti si è ricorso al 118 regionale. Sincope 44% e dolore toracico 22% sono state le sindromi più frequenti. Un sistema di primo soccorso on demand è coerente alla struttura organizzativa e all'eterogeneità di un policlinico universitario, seppure sprovvisto di primo soccorso, ma integrato nella rete delle emergenze. Un sistema di attivazione on demand reticolare come quello documentato in questo 6 mesi può funzionare grazie ad un'azione di coordinamento h 24 prestata dalla Direzione Medica di Presidio ed è coerente al lean system flow del modello toyota.

EMILIA ROMAGNA

monitoraggio di pazienti neuromuscolari ad alto contenuto assistenziale supportati a domicilio da tecnologie biomediche

AZIENDA USL RIMINI

Gestione del Rischio Clinico e Medicina Legale - Ingegneria Clinica

Nunzia Boccaforno

nboccaforno@auslrn.net

Abstract per il cittadino

Oggi giorno ai pazienti cronici ad alto contenuto assistenziale sono offerte opportunità di gestione delle complicanze cardio-polmonari in grado di tradursi in una prolungata sopravvivenza ed una migliore qualità di vita, in assenza di una cura definitiva: l'ospedalizzazione domiciliare e gli ausili tecnologici (es. ventilatore polmonare) rappresentano una risposta efficace alle aspettative ed esigenze di questi pazienti. I piani di cure domiciliari integrate ad elevata intensità ad essi dedicati richiedono programmi articolati per soddisfare bisogni medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici e farmaceutico-assistenziali. Per questo motivo si è reso necessario un radicale mutamento delle strategie sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo di progetti di cure a domicilio: si passa dunque dall'erogazione di cure hospital-based a cure home-based. Il quadro di riferimento del progetto è il territorio dell'AUSL di Rimini, in cui sono presenti circa 400 pazienti domiciliari assistiti a domicilio da tecnologie biomediche in carico ad un servizio di ventiloterapia, di cui circa 30 sono pazienti neuromuscolari ad alto contenuto assistenziale che necessitano di ventilazione assistita e di visite multispecialistiche. Lo scopo di questo progetto è di creare una rete di sicurezza in un ambiente meno controllato dell'ospedale, quale il domicilio, attraverso la produzione di una piattaforma informativa in cui possa avvenire una diffusione capillare di informazioni clinico-assistenziali e tecnico-configurative relative ai pazienti ospedalizzati a domicilio e relative apparecchiature biomediche salvavita. A tale piattaforma attingono e contribuiscono i professionisti delle Unità Operative ospedaliere, Medici di Medicina Generale, Tecnici e Infermieri, al fine di promuovere la gestione d'équipe del paziente domiciliare e il monitoraggio delle apparecchiature che lo assistono.

i referti di laboratorio on line: una delle applicazioni dell'e-gov in sanita'

AZIENDA USL MODENA
Vania Maselli
v.maselli@ausl.mo.it

Abstract per il cittadino

Il facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni offerte da una Azienda sanitaria pubblica passa anche attraverso un processo di progressiva "sburocratizzazione" dei rapporti fra utente e servizio sanitario: a tale scopo il ricorso alle tecnologie informatiche che sfruttano la "rete" come strumento di comunicazione verso e dai cittadini è uno degli strumenti per avviare e realizzare questo tipo di processo. La possibilità di consultare in via telematica i risultati dei propri esami di laboratorio e di stampare il relativo referto che potrà essere esibito all'occorrenza al proprio medico curante e/o ad uno specialista, rappresenta una delle tappe di tale processo che va ad incardinarsi non solo nel più ampio progetto di semplificazione dei rapporti tra amministrazione pubblica e cittadini con un forte impatto socio-economico ed ambientale (riduzione del traffico e dell'inquinamento) ma anche in un articolato piano della sicurezza dei pazienti che vede nell'attivo coinvolgimento del cittadino (come paziente o come caregiver) uno degli strumenti più potenti di gestione proattiva del rischio, degli errori e degli incidenti correlati alle cure. Oltre a favorire la cosiddetta mobilità virtuale su quella fisica, facilitando ed accelerando la consultazione del referto da parte del cittadino in un contesto tecnologico che offre solide garanzie rispetto alla tutela della riservatezza e di semplice fruibilità, la consultazione on line dei referti di laboratorio è uno degli ingranaggi del sistema sicurezza e qualità delle cure, nella misura in cui il cittadino-utente competente, quandanche non esperto della rete, diviene il primo e diretto interlocutore delle risultanze dei propri esami di laboratorio, potendosi attivare tempestivamente nei confronti delle figure sanitarie di riferimento quale "lettore" consapevole ed informato del proprio stato di salute.

assistenza domiciliare ad alto contenuto tecnologico: metodo di analisi della compliance degli utilizzatori all'utilizzo sicuro dei dispositivi

AZIENDA USL RIMINI
Gestione del Rischio e Medicina Legale - Ingegneria Clinica
Nunzia Boccaforno
nboccaforno@auslrn.net

Abstract per il cittadino

Negli ultimi decenni l'utilizzo a domicilio di tecnologie avanzate per il trattamento e la riabilitazione è in aumento, creando nuove opportunità per pazienti cronici che necessitano terapie per medio-lungo periodo. Nel territorio dell'Azienda USL di Rimini è presente un paniere di utenza di circa 1.300 pazienti che usufruisce a domicilio delle terapie di ventilazione e/o terapie di ossigeno. Si tratta di pazienti affetti da patologie quali insufficienza respiratoria cronica grave, insufficienza respiratoria in pazienti tracheostomizzati e disturbi respiratori durante il sonno. Si tratta quindi di un paniere di utenza in cui non vi è omogeneità di gestione delle apparecchiature in quanto il livello di autonomia dei pazienti e le reti assistenziali sono diversi; pertanto anche l'acquisizione delle conoscenze da parte del personale non esperto per svolgere il ruolo di caregiver presenta carattere di non uniformità. Il livello di formazione e informazione del paziente / familiare / caregiver si traduce in una percezione soggettiva del rischio correlato all'utilizzo della tecnologia, in base alla quale vengono poste in atto differenti modalità di gestione, dalla completa serenità nell'utilizzo, all'eccessiva confidenza nell'interagire con l'apparecchiatura ed infine al timore che può comportare il mancato utilizzo. L'intervento si propone quale indagine conoscitiva e opportunità formativa di supporto per i gestori delle apparecchiature (paziente / familiare / caregiver), al fine di promuovere una rete di sicurezza e sensibilizzazione in un ambiente meno controllato dell'ospedale quale il domicilio.

progetto Lab-Rer2 - sistema di rilevazione, analisi e valutazione dei rischi nel laboratorio

II.OO. RIZZOLI - BO
S.S.D. di Genetica Medica e Malattie Rare Ortopediche
Marina Mordenti
marina.mordenti@ior.it

Abstract per il cittadino

Lab-RER2 è un applicativo creato per gestire e controllare i processi di un unità di Genetica Medica. Questo strumento informatico, accessibile via web e di semplice utilizzo, monitora l'entrata dei campioni, lo stato di avanzamento delle indagini diagnostiche e degli studi molecolari sia per assistenza che per ricerca. Al tempo stesso Lab-RER2 guida l'operatore nell'inserimento di eventuali segnalazioni per 'eventi indesiderati' che si possono verificare riferibili indifferentemente ai rischi clinici, al rischio tecnologico, al rischio lavorativo grazie a una scheda di registrazione unificata e distribuisce l'informazione tra le figure istituzionali di competenza mediante segnalazioni via e-mail e messaggistica.

rischio clinico in laboratorio. applicazione integrata di sistemi reattivi e proattivi di gestione del rischio

II.OO. RIZZOLI - BO
SC Anatomia e Istologia Patologica-Uff. Risk Management
Patrizio Di Denia
patrizio.didenia@ior.it

Abstract per il cittadino

In letteratura, i riscontri bibliografici evidenziano come, anche in diagnostica di laboratorio ed in particolare in un settore come l'anatomia patologica (ancora scarsamente informatizzato rispetto ad esempio ai laboratori di patologia clinica e di medicina trasfusionale) possano avvenire errori con gravi conseguenze per il paziente (es. scambi di campione, errori di refertazione, falsi positivi/negativi, ecc.). Malgrado queste evidenze, risultano presenti ancora scarse esperienze di

applicazione sistematica di strumenti di risk management nei laboratori di anatomia patologica. L'obiettivo di questo studio è stata l'applicazione integrata di metodi reattivi e proattivi (sistema di segnalazione degli errori/non conformità e tecniche di analisi di processo) per l'identificazione, l'analisi ed il monitoraggio dei rischi nel Servizio di Anatomia e Istologia Patologica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, con lo scopo di prevenire e ridurre gli/le errori/non conformità presenti nell'ambito del processo di trattamento del campione istologico. E' stato quindi possibile individuare un profilo di rischio specifico del Servizio e definire le principali criticità su cui intervenire. Le azioni intraprese a seguito dell'analisi effettuata hanno permesso una significativa riduzione degli errori rilevati sia per quanto riguarda la frequenza che la gravità degli esiti ed una maggiore affidabilità e sicurezza del processo.

identificazione corretta del paziente ricoverato: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA

Direzione Medica di Presidio - Direzione Professioni Sanitarie -

U.O. Oculistica - U.O. ORL - U.O. Medicina 3 - Servizio

Tecnologie Informatiche - Servizio Farmacia

Francesco Vercilli

vercilli.francesco@asmn.re.it

Abstract per il cittadino

La sicurezza del paziente all'interno di una struttura sanitaria si costruisce attraverso l'adozione sistematica di strumenti di gestione del rischio clinico, al fine di identificare i pericoli, analizzare i rischi e individuare "barriere" in grado di ridurre sensibilmente il rischio di errore. Tra le possibili cause di eventi avversi in ambito sanitario (e in particolare ospedaliero) rientra la non corretta identificazione del paziente, che può portare ad errori sia in relazione alla diagnosi che alla terapia (trasfusione errata di emocomponenti, errata somministrazione di terapia, procedura chirurgica su paziente sbagliato, ecc.). L'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia ha introdotto in via sperimentale in alcuni reparti una nuova procedura di identificazione del paziente: in particolare, all'atto del ricovero ospedaliero, l'operatore

sanitario effettua il riconoscimento attraverso la lettura del codice fiscale e, successivamente, stampa su un braccialetto autoadesivo l'anagrafica dell'utente e il relativo barcode identificativo. Il braccialetto, di colore bianco, privo di lattice e protetto da un rivestimento impermeabile, viene applicato al polso dell'utente e rappresenta un valido dispositivo per facilitare la corretta identificazione durante l'intero arco della degenza. Il braccialetto ha consentito di migliorare la sicurezza e ridurre il rischio di errori anche grazie all'abbinamento con il programma di gestione informatizzata della terapia farmacologica, che prevede la sistematica identificazione del paziente attraverso la lettura del barcode prima di procedere alla somministrazione del farmaco.

uso della check list ministeriale per la sicurezza in sala operatoria

AZIENDA USL PARMA

U.O. di Chirurgia Ospedale S. Maria di Borgo Val di Taro

Massimo Facchini

mfacchini@ausl.pr.it

Abstract per il cittadino

Oggetto: Valutare l'impatto dell'introduzione della check list sulla sicurezza del paziente in sala operatoria. Metodi: nel dipartimento chirurgico è stata introdotta la check list per sicurezza in sala operatoria e la scheda di segnalazione degli eventi avversi (incident reporting) .L'utilizzo degli strumenti introdotti è stato monitorato per sei mesi. Al termine del periodo è stata effettuata un'indagine di gradimento tramite un questionario anonimo somministrato ai medici ed agli infermieri. Risultati : nel corso del periodo considerato la check list è stata utilizzata nel 58% degli interventi chirurgici effettuati nelle tre U.O. del Dipartimento. L'incident reporting ha evidenziato quattro eventi avversi. Le risultanze del questionario di gradimento della check list hanno evidenziato percentuali di risposte positive molto elevate relativamente all'utilità della check ed alla sua possibilità di utilizzo (> 90% sia per medici che per infermieri). Analoghe sono state le risultanze per quanto concerne la percezione dell'uso della check come strumento utile sia per ridurre gli errori, sia per assicurare una maggior tutela dei professionisti per quanto concerne la loro responsabilità professionale. Positive, anche se in misura inferiori alle precedenti, sono risultate le risposte relative all'introduzione delle check quale strumento di miglioramento del lavoro

(80%). Il livello di collaborazione fra operatore è risultato positivo per il 67% degli infermieri e per il 77% dei medici Conclusioni. L'introduzione della chek list in sala operatoria è stato ampiamente apprezzato dagli operatori a conferma della validità dello strumento.

percorso di cura del paziente con tumore alla mammella: iort e analisi proattiva del rischio per il miglioramento della qualità assistenziale

AZIENDA USL BOLOGNA
UOC Qualità e Accreditamento-Staff Aziendale; Dipartimento Oncologico
Teresa Palladino
t.palladino@ausl.bologna.it

Abstract per il cittadino

Nell'ambito delle dimensioni della qualità al fine di rendere più sicuri i percorsi diagnostico-terapeutici l'analisi del rischio clinico diventa un passaggio imprescindibile. In conformità a quanto previsto dal programma PRI ER (Programma Ricerca e Innovazione Emilia-Romagna) sono stati avviati progetti mirati alla ottimizzazione del trattamento radioterapico del tumore della mammella. Per tale motivo l'Azienda USL di Bologna si è prioritariamente impegnata nell'istituzione del percorso di diagnosi e cura del paziente affetto da tale patologia. Il Dipartimento Oncologico dell'azienda ha avviato un gruppo di lavoro sull'analisi del rischio nella fase IORT (radioterapia Intraoperatoria) di detto percorso diagnostico-terapeutico. L'identificazione e l'analisi di rischio della fase IORT sono state condotte secondo la tecnica FMEA/FMECA volta ad identificare con analisi quali-quantitativa quello che potrebbe succedere (il modo di guasto/errore) se si verificasse un difetto, una omissione, un errore al fine di identificare sulla base delle criticità emerse le possibili azioni di miglioramento.

sos.net rete sale operatorie sicure: realizzazione di un network regionale per il monitoraggio degli outcomes sull'utilizzo della surgical safety check list all'interno delle sale operatorie degli ospedali dell'emilia romagna e valutazione delle ricadute sulla sicurezza del processo chirurgico

AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO
Direzione Sanitaria AOU Policlinico di Modena
Consuelo Basili
basili.consuelo@policlinico.mo.it

Abstract per il cittadino

L'interesse sollevato per le cure chirurgiche deriva dal fatto che queste stanno assumendo un impatto sempre maggiore in termini di sanità pubblica: infatti si stima che ogni anno nel mondo vengano effettuati 234 milioni di interventi chirurgici e che, nei paesi industrializzati, a questi si associno tassi di complicanze post-operatorie compresi tra il 3 e il 17% e tassi di mortalità compresi tra lo 0,4 e 0,8%. Dalla letteratura si evince inoltre che quasi la metà di questi eventi avversi sono evitabili (Alex B. Haynes et al NEJM 2009:360; 491:499). Il programma del W.H.O. si prefigge appunto lo scopo di ridurre la mortalità e le complicanze associate alle procedure chirurgiche, attraverso il rispetto di standard minimi di sicurezza declinati in specifici obiettivi all'interno del documento di linee guida emanato nel luglio 2009. Questi obiettivi sono stati recepiti ed integrati anche a livello nazionale, nel Manuale per la sicurezza in sala operatoria, emanato nel novembre 2009 dal Ministero della Salute e, a livello Regionale, nelle Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria, emanate dalla Regione Emilia Romagna nel febbraio 2010. Per il controllo e la verifica del rispetto degli standard di sicurezza, viene raccomandato nei documenti di linee guida, l'utilizzo dello strumento di prevenzione proattivo rappresentato dalla surgical safety check list (SSCL), la quale prevede il controllo delle fasi e dei passaggi critici della procedura chirurgica, consentendo di intercettare il pericolo prima che si verifichi l'evento avverso. Dal novembre del 2008 presso il Policlinico di Modena è stata avviata una sperimentazione dove, in un anno di utilizzo della SSCL, sono stati monitorati circa 1.600 interventi chirurgici. I

risultati preliminari di questa esperienza hanno evidenziato che la percentuale di deviazioni rispetto all'applicazione degli standard di sicurezza è risultata essere pari al 15% sul totale degli interventi monitorati; le deviazioni più frequenti sono risultate essere quelle relative alla mancanza del segno del sito chirurgico (68%), potenziale rischio di errore per intervento chirurgico nel sito sbagliato. Nel 100% dei casi l'uso della SSCL ha permesso di correggere la deviazione rispetto alle raccomandazioni e di ricondurre il processo allo standard di sicurezza prevenendo il verificarsi di eventi avversi per il paziente.

osservatorio informatizzato delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio: dai cittadini, agli URP, al follow up clinico organizzativo

AZIENDA USL BOLOGNA

Risk Management, Comunicazione e relazioni con il cittadino,
Governo clinico, Sistemi per la Sicurezza

Teresa Palladino

t.palladino@ausl.bologna.it

Abstract per il cittadino

Realizzazione di un percorso organizzativo finalizzato alla definizione delle modalità di selezione attraverso l'attribuzione di codice colore delle segnalazioni effettuate dai cittadini e pervenute all'URP che rivestono carattere di interesse per la gestione del rischio. Integrazione di tale tipologia di segnalazione con ulteriori tipologie che spaziano dalla segnalazione di evento-quasi evento, caduta del paziente in ambito ospedaliero, evento sentinella ed evento che ha dato luogo a richiesta di risarcimento e contenzioso. Questo al fine di implementare un osservatorio informatizzato in un ottica di gestione integrata del rischio con l'intento di prevenire il ripetersi degli eventi e delle problematiche ad essi correlate.

la tecnica FMECA come strumento per condividere esperienze, migliorare il sistema ed il benessere percepito dal professionista. L'esperienza del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia

ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
Dipartimento Emergenza Urgenza - Direzione Infermieristica -
Direzione Sanitaria
Francesco Vercilli
vercilli.francesco@asmn.re.it

Abstract per il cittadino

Nell'ambito del progetto aziendale di implementazione della cultura alla gestione del rischio, si è intrapreso un percorso di analisi, mediante FMECA, del processo di accesso dell'utente al Pronto Soccorso (accoglienza, triage, attività ambulatoriale, dimissione). Tale progetto ha evidenziato non solo la necessità di implementare "barriere", ma anche di rivedere e valutare l'efficacia di alcune già esistenti. È nato così un percorso di valutazione e revisione della barriera "formazione". Il percorso, originato dall'analisi e valutazione dei dati relativi alla "sottostima della gravità clinica durante la fase di triage", proseguito con il corso di formazione sul campo "il rischio di ascoltare", è culminato con l'individuazione di alcune criticità, relative al percorso di inserimento e formazione del neoinserito/assunto. L'analisi effettuata ha portato alla definizione di nuove barriere, dalla revisione della procedura di inserimento del neoassunto, alle modifiche ai vari step del percorso di inserimento dei professionisti, alla valorizzazione dei momenti di valutazione e confronto tra pari, fino alla predisposizione o al miglioramento di alcuni strumenti, quali: alert su sistema informatico, controlli periodici clinico-assistenziali codificati per ogni fase prevista durante la permanenza dell'utente nella struttura, schede diluizioni farmaci, manuale tecnologie presenti, manuale per "sopravvivenza" del neoinserito. La condivisione delle esperienze ed il contributo di tutto il gruppo (neoinseriti ed "infermieri esperti" - responsabili del processo di inserimento e formazione), legittimato ad esporre difficoltà, timori, idee e possibili soluzioni, hanno consentito di ipotizzare e mettere in campo azioni per migliorare l'inserimento, la formazione, il benessere dell'operatore e la qualità offerta.

la gestione dei pazienti ospedalizzati con catetere vescicale a permanenza, appropriatezza e gestione del rischio.

AZIENDA USL REGGIO EMILIA
Direzione Infermieristica Aziendale
Stefano Mastrangelo
stefano.mastrangelo@ausl.re.it

Abstract per il cittadino

I cateteri vescicali (CV) sono strumenti comunemente utilizzati nella gestione dei pazienti ospedalizzati, al fine di monitorare la diuresi e garantire il drenaggio vescicale. I CV, ad oggi, trovano impiego nel 15-25% dei casi. Il progetto mira a diminuire il grado di variabilità delle pratiche clinico-assistenziali legate al CV, attraverso l'adozione di una procedura aziendale, basata sulle migliori evidenze di efficacia, e contenente indicazioni di buona pratica. Inoltre, con il prezioso contributo dei pazienti, si intende valutare il grado di appropriatezza dell'impiego dei CV in alcuni ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia. In definitiva, il progetto consentirà di valutare l'aderenza degli operatori alla nuova procedura e la sicurezza nella gestione dei pazienti con CV.

prevenzione del tromboembolismo venoso (tev) in area chirurgica

AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO
Struttura semplice Malattie della Coagulazione e Servizio
Assicurazione Qualità
Marco Marietta
marco.marietta@unimore.it

Abstract per il cittadino

Gentile paziente, Il suo sangue ha dei meccanismi che normalmente formano dei coaguli che fermano il sanguinamento quando c'è una lesione dei vasi, ad esempio quando ci si taglia. A volte però questi meccanismi possono funzionare male, e far formare i coaguli all'interno dei vasi sanguigni senza che ci sia nessuna lesione. In questo caso il coagulo prende il nome di "trombo", e se il fenomeno si verifica all'interno di una vena (per lo più degli arri inferiori) si ha una malattia che si chiama "Trombosi venosa profonda (TVP)". Se poi il trombo si sposta lungo il sistema venoso può arrivare fino ai polmoni e portare ad una patologia grave, potenzialmente fatale, che si chiama "Embolia Polmonare (EP)". TVP ed EP sono anche conosciute complessivamente come "TromboEmbolismo Venoso (TEV)". Molte malattie rendono il sangue più denso e l'immobilità a letto, o una mobilità fortemente ridotta lo fa defluire dalle vene più lentamente. Tutto questo aumenta il rischio di TEV durante i ricoveri in ospedale. Il suo rischio di TEV dipende in parte dalla malattia per la quale è stato ricoverato ed in parte dal tipo di trattamento che dovrà eseguire, ad esempio dal tipo di intervento chirurgico. I Medici che l'hanno in cura compileranno una scheda la prima parte della quale aiuterà a stabilire in modo oggettivo, basato su criteri scientifici, l'entità del suo rischio di TEV durante il ricovero ed alla dimissione. In base all'entità del rischio le verranno proposti diversi presidi per la prevenzione di questa complicanza, che possono essere: 1. Calze antitrombo, che servono per favorire la circolazione del sangue venoso riducendo quindi il rischio di TEV dovuto alla stasi del sangue nei vasi delle gambe 2. Farmaci anticoagulanti, per lo più EPARINE E BASSO PESO MOLECOLARE, che servono ad impedire che si formino i trombi nei vasi sanguigni. Questi farmaci, proprio perché agiscono impedendo in qualche misura la coagulazione del sangue, comportano un sia pur minimo rischio emorragico (intorno al 2% circa), e quindi la scelta di

utilizzarli, a che dose e per quanto tempo deve bilanciare da un lato il rischio di trombosi e dall'altro quello di emorragia. La seconda parte di questa scheda rappresenta una guida per il suo Medico per identificare lo schema di cura più sicuro ed efficace per proteggerla dal rischio di TEV in base al suo personale profilo di rischio trombotico ed emorragico.

adozione di un programma informatizzato di prescrizione e somministrazione personalizzata e gestione delle terapie

ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
Direzione Sanitaria, Servizio di Farmacia, Servizio di
Tecnologia Informatiche e Telematiche
Francesco Vercilli
vercilli.francesco@asmn.re.it

Abstract per il cittadino

I rischi di incidenti legati all'uso dei farmaci sono un fenomeno ampiamente riconosciuto e riportato in letteratura, soprattutto negli Stati Uniti dove da almeno 10 anni esistono studi e indicazioni per le figure professionali coinvolte nella gestione delle terapie: medici, infermieri, farmacisti. Le problematiche e le cause degli errori di terapia sono generalmente di origine multifattoriale e multidisciplinare e hanno luogo a causa di mancanza di conoscenze, procedure non ottimali, dimenticanze o difetti del sistema. L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ha avviato un progetto di informatizzazione della terapia per singolo paziente: dalla prescrizione alla somministrazione, nonchè integrazione con il sistema operativo gestionale per il reintegro delle scorte nell'armadio di reparto/ambulatorio. Il software consente la prescrizione informatizzata da parte del medico e la registrazione delle somministrazioni da parte dell'infermiere che utilizza un sistema di lettura barcode per il riconoscimento della terapia del singolo paziente (lettura dei farmaci nelle confezioni originali e del codice a barre del braccialetto identificativo). Tali dati di somministrazione vengono acquisiti automaticamente dal magazzino informatizzato di reparto/ambulatorio, consentendo un riordino alla farmacia in relazione alle somministrazioni (= consumi reali) ed alla scorta minima di sicurezza. Il progetto ha contribuito a migliorare la sicurezza del paziente riducendo il rischio di errori nel complesso processo di gestione clinica del farmaco.

FRIULI VENEZIA GIULIA

analisi sistemica degli eventi avversi e programma MCQ successivo a tentato suicidio in area psichiatrica

FRIULI OCCIDENTALE
Dipartimento di Salute Mentale
Paolo Andrian
paolo.andrian@ass6.sanita.fvg.it

Abstract per il cittadino

A seguito di un tentativo di suicidio (esiti gravi) di una paziente ospite in un CSM aperto sulle 24 ore (evento sentinella), l'azienda ha attivato un programma di analisi delle cause dell'evento ed ha avviato un programma di miglioramento.

la corretta identificazione del paziente

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Igiene Ospedaliera e Gestione del Rischio Clinico
Luigi Castriotta
castriotta.luigi@aoud.sanita.fvg.it

Abstract per il cittadino

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale e possono riguardare sia i pazienti vigili che quelli sedati o disorientati. È quindi necessario rendere più sicuro il processo di identificazione del paziente, ponendo particolare attenzione ad alcuni momenti quali la somministrazione di farmaci, sangue ed emocomponenti, il prelievo di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici e l'esecuzione di altre terapie o procedure. A tal fine è stata resa standard la procedura che prevede l'utilizzo di un doppio identificativo (es. nome, cognome e data di nascita) e l'ausilio di un braccialetto per il corretto riconoscimento del paziente.

prevenzione cadute accidentali dei pazienti

BASSA FRIULANA
Neurologia
Anna Brunetti
brunetti@aslto2.it

Abstract per il cittadino

Prevenzione cadute accidentali dei pazienti ricoverati presso la struttura attraverso il monitoraggio puntuale degli eventi accaduti con l'attivazione di attività preventive per i pazienti ritenuti più a rischio dopo una valutazione iniziale.

la sicurezza del paziente chirurgico

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Igiene Ospedaliera e Gestione del Rischio Clinico
Luigi Castriotta
castriotta.luigi@aoud.sanita.fvg.it

Abstract per il cittadino

Gli errori correlati alle procedure chirurgiche o invasive possono essere causa di eventi particolarmente gravi; l'obiettivo è il miglioramento della sicurezza di tutti i pazienti che si sottopongono ad una procedura chirurgica ed in particolare la prevenzione degli errori attraverso verifiche e procedure che il personale sanitario effettua prima, durante e dopo un intervento.

la gestione dei farmaci ad alto rischio

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Farmacia ospedaliera
Luigi Castriotta
castriotta.luigi@aoud.sanita.fvg.it

Abstract per il cittadino

L'iniziativa ha lo scopo di aumentare la sicurezza nell'utilizzo, da parte del personale sanitario, dei farmaci ad alto rischio (soluzioni elettrolitiche concentrate), la cui errata somministrazione può essere fatale.

LAZIO

atto di nomina a responsabile esterno del trattamento

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management
Lucia Vecchi
lucia.vecchio@aslromab.it

Abstract per il cittadino

procedura per garantire la tutela dei dati personali.

linea guida corretto uso dei disinfettanti

ROMA/E - ASL
Maria Vescia
maria.vescia@asl-rme.it

Abstract per il cittadino

L'efficacia di antisettici e disinfettanti è condizionata da tre fattori: caratteristiche del preparato, corretta indicazione d'uso e modalità di impiego. A tal fine è stata realizzata una Procedura operativa sul corretto uso dei disinfettanti ed antisettici in ospedale. Tale necessità è emersa tra l'altro, dai risultati di una indagine effettuata presso il Presidio Ospedaliero Centrale con lo scopo di verificare le procedure di utilizzo ed i relativi antisettici/disinfettanti. La Procedura si prefigge i seguenti scopi:

- Usare sostanze/prodotti idonei all'impiego e non tossici per gli utenti/operatori;*
- Uniformare le metodiche di disinfezione ed antisepsi ed eseguire correttamente tecniche di disinfezione;*
- Prevenire l'insorgenza di resistenze batteriche;*
- Eliminare prodotti non corrispondenti alle evidenze scientifiche;*
- Prevenire e controllare le infezioni ospedaliere*

la promozione della salute psicofisica dei luoghi di lavoro

ROMA/E - ASL
Maria Vescia
maria.vescia@asl-rme.it

la prevenzione degli errori in terapia farmacologica: i farmaci sound alike e look alike sala

ROMA/E - ASL
Maria Vescia
maria.vescia@asl-rme.it

prevenzione e trattamento lesioni da pressione (LdP)

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

Abstract per il cittadino

Tale procedura contiene le informazioni finalizzate alla valutazione dei fattori di rischio di LdP, lo strumento di valutazione del paziente nei confronti del rischio di insorgenza di LdP, gli interventi preventivi, gli interventi da attuare per il corretto trattamento e l'utilizzo razionale dei dispositivi per medicazioni avanzate delle lesioni croniche da pressione.

prevenzione delle trombosi venose profonde post chirurgiche

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

fornitura di microinfusori per insulina e relativo materiale d'uso

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

Abstract per il cittadino

Tale procedura fornisce alle strutture sanitarie, agli specialisti ed ai Medici di Medicina Generale e ai pazienti affetti da diabete mellito informazioni per razionalizzare i percorsi diagnostici e terapeutici per la fornitura dei microinfusori per insulina e relativo materiale di consumo

identificazione del paziente in radiologia: stato dell'arte nel 2010

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI
Dipartimento Diagnostica per Immagini
Mara Giorgia Migliazza
mara.migliazza@medipass.it

Abstract per il cittadino

L'identificazione del paziente è una problematica cruciale quando i pazienti si recano in qualsiasi struttura sanitaria ed un errore di identificazione in ciascuna fase del percorso di diagnosi, cura e

trattamento può avere conseguenze gravi sulla salute stessa del paziente. Questa esperienza si è sviluppata all'interno della Radiologia dell'IFO (Roma), dove si è voluto intraprendere un percorso di miglioramento continuo della qualità, partendo da uno dei dipartimenti . Iniziata nel 2008, ha portato ad oggi evidenti risultati di un miglioramento della sicurezza legata all'identificazione del paziente in ogni sua fase, dalla prenotazione alla consegna del referto.

prevenzioni possibili incidenti nella gestione del paziente nei trial clinici di sperimentazione farmaci

IRCCS FONDAZIONE G.B. BIETTI
IRCCS FONDAZIONE G.B. BIETTI PER LO STUDIO E LA
RICERCA IN OFTALMOLOGIA ONLUS
Enrico Bisson
enrico.bisson@fondazionebietti.it

istruzione operativa: modello di informativa e raccolta del consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management (gruppo privacy)
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

Abstract per il cittadino

L'Istruzione Operativa (I.O.) detta le linee operative che l'insieme delle strutture facenti capo alle ASL dovranno adottare in merito al rilascio dell'informativa agli assistiti e all'acquisizione del relativo consenso. Tale I.O. sarà inserita nel Regolamento Aziendale in materia di privacy per la sicurezza e la tutela dei dati personali dei suoi assistiti.

fornitura di beni farmaceutici non rimborsati dal SSN per pazienti affetti da malattie rare

ROMA/B - ASL
UOC Farmaceutica Territoriale, UOC Qualità aziendale e Risk Management
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

Abstract per il cittadino

La procedura descrive le modalità operative ed uniforma i comportamenti rispetto a richieste ed erogazione dei prodotti farmaceutici non rimborsati dal SSN per i pazienti affetti da patologie rare in ottemperanza alla normativa vigente.

procedura per l'utilizzo dei Servizi Informatici Aziendali

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

Abstract per il cittadino

Tale procedura ha lo scopo di fornire le disposizioni che ogni dipendente è tenuto a seguire nell'utilizzo dei Servizi informatici (Internet e posta elettronica) aziendali.

gestione e monitoraggio della cadute

ROMA/E - ASL
Maria Vescia
maria.vescia@asl-rme.it

Abstract per il cittadino

Questo progetto si propone di fornire agli operatori sanitari che operano nelle strutture della ASL Roma E le più aggiornate raccomandazioni multiprofessionali e multidisciplinari, basate sulle evidenze scientifiche e sul consenso del team di progetto, per ridurre il numero delle cadute tra le persone ricoverate in ospedale. Questo protocollo include informazioni riguardo i fattori di rischio, gli strumenti di valutazione, gli interventi, e la valutazione degli esiti che si riferiscono al paziente nei reparti di degenza.

procedura per la validazione informatica per la fornitura di dispositivi medici rimborsati dal SSN per pazienti affetti da diabete

ROMA/B - ASL
UOC Qualità e Risk Management
Lucia Vecchio
lucia.vecchio@aslromab.it

audit sulle cartelle cliniche chiuse

AZ. OSPEDALIERA UNIVERSITARIA S. MARTINO
Ufficio Qualità Accreditamento e URP (Unità di gestione del rischio)
Rita Rosso
rita.rosso@hsanmartino.it

Abstract per il cittadino

La Certificazione Aziendale conseguita secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008, l'evoluzione del modello di Gestione del rischio Clinico Aziendale prevedono sempre più che la Cartella Clinica sia conforme a determinati requisiti, per questo motivo è stato formalizzato un Progetto di Miglioramento dedicato alla sua verifica che negli anni precedenti era descritto in modo meno esaustivo all'interno del progetto aziendale sul rischio clinico. Gli orientamenti della giurisprudenza in tema di responsabilità professionale e gli studi dell'ANIA relativi alle cause dell'aumento del contenzioso giudiziario sono univoci nel sottolineare la necessità di documentare bene l'attività assistenziale eseguita. L'adozione a partire dal novembre 2007 di modello aziendale cartaceo di cartella clinica con schede allegate, l'implementazione di una istruzione operativa aziendale sulle modalità di compilazione e archiviazione, la presenza di sistemi informatici ha rappresentato la premessa affinché tutti i professionisti impegnati potessero gestire correttamente, secondo la norma e il codice deontologico, nonché secondo scienza e coscienza questo tassello fondamentale della continuità assistenziale, rispondendo ai criteri che la sua compilazione richiede quali: Chiarezza, Accuratezza e Rintracciabilità. Obiettivo del Progetto è stato quello di valutare le cartelle cliniche chiuse circa la loro completezza documentale attraverso una scheda che riporta gli standard da verificare. La lettura delle cartelle cliniche è stata eseguita secondo un Planning definito che copre quasi tutte le UUOO assistenziali sia mediche che chirurgiche.

prevenzione delle lesioni da pressione (LdP)

ASL3 GENOVESE
UGR - UNITA' GESTIONE RISCHIO CLINICO
Marco Marchelli
marco.marchelli@asl3.liguria.it

Abstract per il cittadino

Il presente documento descrive l'eziopatogenesi delle LDP, i fattori di rischio generali e locali e le modalità di prevenzione delle LDP. Si pone come obiettivo di ridurre l'incidenza delle LDP attraverso interventi basati sulle evidenze scientifiche aggiornando le conoscenze e competenze del personale infermieristico e di supporto sull'eziopatogenesi delle LDP, i fattori di rischio generali e locali e le misure preventive.

gestione sicura delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio

E.O. OSPEDALI GALLIERA
S.C. Qualita' e Comunicazione
Marco Briganti
marco.briganti@galliera.it

Abstract per il cittadino

La procedura definisce metodologie e regole per una corretta gestione delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio e altre soluzioni concentrate contenenti potassio. L'obiettivo è la prevenzione degli eventi sentinella ed eventi avversi relativi alla somministrazione di tale farmaco.

Istruzione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

SAVONESE - ASL
Unità gestione rischio clinico
Elio Garbarino
e.garbarino@asl2.liguria.it

Abstract per il cittadino

Gli interventi chirurgici nel paziente sbagliato o in una parte del corpo sbagliata identificano una procedura errata e rappresentano eventi sentinella particolarmente gravi. È auspicabile che, effettuando dei controlli ripetuti e da parte di personale diverso, tali eventi possano essere prevenuti. (Raccomandazione n° 3, marzo 2008 Ministero della Salute).

gestione della terapia farmacologica mediante foglio unico di terapia

E.O. OSPEDALI GALLIERA
S.C. Qualità e Comunicazione
Marco Briganti
marco.briganti@galliera.it

Abstract per il cittadino

La procedura definisce le regole per la corretta compilazione e utilizzo del Foglio Unico di Terapia Farmacologica quale unico strumento, in assenza di un sistema informatizzato, per il miglioramento della sicurezza nella prescrizione e somministrazione del farmaco e per la riduzione dell'evento avverso prevenibile ad esse collegato.

cartella operatoria

ASL3 GENOVESE
Unità di Gestione del Rischio Clinico
Isabella Cevasco
isabella.cevasco@asl3.liguria.it

Abstract per il cittadino

La sicurezza in sala operatoria e' un problema serio di salute pubblica. rispetto ad altri settori, la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessita' caratterizzante tutte le procedure impiegate: numero persone e professionalita' coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantita' di informazioni richieste, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, ecc.

la diagnostica informatizzata al servizio del clinico: clinical patient repository (cpr)

OSPEDALE S. PAOLO - SAVONA
Laboratorio di Patologia Clinica
Rita Scarso e Cinzia Scarone
r.scarso@asl2.liguria.it, c.scarone@asl2.liguria.it

Abstract per il cittadino

La ASL2 Savonese, su input del Dipartimento di Patologia Clinica, ha implementato il popolamento di un Clinical Patient Repository (CPR) che costituisca la base per una più efficace strategia diagnostica, garantita dall'accorciamento dei tempi tra la prescrizione e la disponibilità del referto e dall'accesso a tutte le informazioni cliniche (visione unificata di esami attuali e pregressi), permettendo all'intera struttura sanitaria di evolvere verso nuovi traguardi di efficienza ed efficacia. Il sistema è conforme al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.° 176, in materia di protezione dei dati personali.

prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

E.O. OSPEDALI GALLIERA
S.C. Qualita' e Comunicazione
Marco Briganti
marco.briganti@galliera.it

Abstract per il cittadino

La procedura definisce la metodologia per la gestione sicura della terapia trasfusionale. La terapia trasfusionale è un processo che prevede come input il prelievo per la determinazione del gruppo e la richiesta di emocomponenti e come output l'infusione dell'emocomponente e la monitorizzazione del paziente. L'obiettivo generale del documento elaborato è rappresentato dall'applicazione della Raccomandazione n. 5 del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO del Marzo 2007. Gli obiettivi specifici sono la standardizzazione delle modalità operative della terapia trasfusionale e il miglioramento della sicurezza della terapia trasfusionale.

incident reporting

OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE
Direzione Sanitaria
Daniela Pezzano
dpezzano@oeige.org

chek list operatoria

ISTITUTO NAZ. PER LA RICERCA SUL CANCRO
Blocco operatorio
Giovanni Andreoli
giovanni.andreoli@istge.it

braccialetto identificativo

CHIAVARESE – ASL
S.S. Gestione del Rischio, Accreditamento e Qualita'
Cristina Giordano
cgiordano@asl4.liguria.it

Abstract per il cittadino

Si sottolinea l'importanza della corretta identificazione del paziente per il buon esito delle cure

LOMBARDIA

implementazione del modello di assistenza al malato con patologia cronica (CCM - Chronic Care Model) nella A.O. Spedali Civili di Brescia

A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA
Gruppo di Progetto Chronic Care Model
Enrico Comberti
unita.gestione.rischio@spedalicivili.brescia.it

Abstract per il cittadino

Il miglioramento delle condizioni di vita, i progressi della medicina ed il conseguente allungamento dell'età media hanno determinato negli ultimi anni una profonda trasformazione dell'assistenza sanitaria. La cura e la gestione delle persone con problemi acuti rappresenta ormai solo una minima parte dei problemi che devono essere affrontati in medicina, mentre si è assistito nel mondo ad un progressivo incremento delle malattie croniche (malattie metaboliche, del sistema C.V., del sistema digestivo, del sistema muscolo-scheletrico, del sistema nervoso, neoplasie, malattie respiratorie, malattie renali, ecc.) che sono diventate una vera emergenza, infatti: rappresentano più dell'80% delle malattie che colpiscono le popolazioni dei paesi occidentali e sono in drammatico aumento (invecchiamento della popolazione, sedentarietà, alimentazione scorretta, superamento delle malattie acute, inquinamento, ecc ...); assorbono più del 70% dei costi sanitari diretti e una cifra identica in costi sanitari indiretti; provocano più dell'80% dei ricoveri ospedalieri determinati da episodi acuti della malattia cronica; sono responsabili del 56% di tutte le morti; NON sono solo appannaggio dell'età avanzata, ma si presentano anche sin dai primi anni di vita; sono in continuo aumento (invecchiamento della popolazione, stili di vita.); richiedono un'assistenza sanitaria più complessa e articolata rispetto alla malattia acuta ed è spesso difficile mantenere la continuità e il coordinamento assistenziali; ̣ richiedono controlli (visite mediche, esami strumentali) e terapie da modificare continuamente secondo piani stabiliti, e spesso per tutta la vita; più del 50% dei pazienti cronici non mette in atto le terapie prescritte; di conseguenza la malattia non viene messa sotto controllo provocando episodi acuti e complicanze croniche invalidanti. Tuttavia oggi si possono curare bene e con successo . Da queste constatazioni

nasce l'esigenza di un approccio specifico alle malattie croniche, diverso da quello abitualmente usato per le patologie acute che, per loro definizione, sono transitorie e necessitano di poco coinvolgimento del paziente nella gestione della malattia e relativa terapia. La pratica medica è spesso strutturata secondo una gerarchia che vede il medico al vertice della scala, al di sopra degli altri professionisti della salute, con il paziente al livello più basso: l'atteggiamento che ci si attende dal paziente in questo modello assistenziale, una volta segnalato al proprio medico lo stato di malessere, è quello di affidarsi a lui e di seguire attentamente le sue indicazioni. Queste forme di passività sono proprie della cura di malati acuti, come i traumatizzati, la cui partecipazione al processo di cura è necessariamente limitata, ma nell'assistenza alle persone con malattia cronica può indurre una sorta di elusione delle proprie responsabilità, e può causare il fallimento di programmi di prevenzione e di promozione della salute. È pertanto opportuno introdurre nuove forme di responsabilizzazione e di coinvolgimento attivo nel processo di cura perché l'assistito ed i suoi familiari possano acquisire gli strumenti per autogestirsi e collaborare in forma proattiva con il proprio medico (patient empowerment). Rispetto al malato acuto che subisce passivamente la cura, il malato cronico deve essere un soggetto centrale ed attivo. La centralità della persona non ha solo un significato etico, ma nel caso della malattia cronica diventa l'elemento essenziale per il successo della terapia: anche la cura più efficace, moderna, costosa non dà alcun risultato se il paziente non è in grado di metterla correttamente in atto. Coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura ('patient empowerment'). L'educazione terapeutica può essere definita come un approccio medico centrato sul paziente poiché sua peculiarità è la centralità attribuita appunto a quest'ultimo all'interno della cura. Questa branca della medicina ha assunto una sua specifica identità con la pubblicazione della prima definizione ufficiale data dall'OMS nel 1998 : L'educazione terapeutica deve permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta pertanto di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente. L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione , ai comportamenti di salute e ai fattori di rischio. È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia ed il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita. In questo approccio il paziente non è più un oggetto di cura relativamente passivo (si fa curare) ma diventa attore della propria cura poiché è chiamato ad apprendere nozioni ed acquisire

competenze che lo rendano in grado di autogestirsi in maniera corretta giorno per giorno. L'efficacia dell'Educazione Terapeutica nella cura delle malattie croniche si è dimostrata avere effetti positivi a diversi livelli: miglioramenti dello stato di salute empowerment del paziente effetti economici vantaggiosi: riduzione delle complicanze croniche, uso corretto dei farmaci, accesso appropriato ai diversi livelli assistenziali (pronto soccorso, ricovero, ambulatorio specialistico, ambulatorio del curante di primary care) Ospedale e diverse intensità di cura L'organizzazione dell'Ospedale per intensità di cura prevede l'alta intensità (rianimazioni, chirurgie..), la media intensità (medicine), la bassa intensità che corrisponde alla assistenza di quelle malattie croniche gravi, gestite abitualmente in regime ambulatoriale (diabete, malattie respiratorie, scompenso di cuore, epilessia, neoplasie) che richiedono una presa in carico dello specialista, in quanto troppo complesse per la sola gestione da parte del medico del Territorio. La continuità assistenziale viene affidata alla implementazione dei Percorsi Assistenziali che si basano sulla condivisione tra primary e secondary care delle linee guida di riferimento. I PA così declinati nella maggior parte dei casi non prendono in considerazione il ruolo del paziente e ciò è causa spesso della scarsa applicabilità e dimostrandosi poco efficaci. Il progetto nasce dall'esigenza di mettere al centro del Percorso il paziente che ne diventa l'attore principale e strumento di miglioramento dell'efficacia clinica e dell'efficienza organizzativa dal ricovero all'ambulatorio.

informatizzazione delle segnalazioni degli eventi e quasi eventi

A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA
Unità di Gestione del Rischio
Enrico Comberti
unita.gestione.rischio@spedalicivili.brescia.it

Abstract per il cittadino

L'informatizzazione delle segnalazioni degli eventi e dei quasi eventi consentirà l'accesso al sistema anche da parte delle associazioni che rappresentano il cittadino che potranno segnalare tutte quelle situazioni di disagio o di danno subito. L'informatizzazione faciliterà e ridurrà i tempi di elaborazione dei dati e le successive azioni di miglioramento preventive/correttive ed un rapido feed back all'utenza.

elaborazione di un modello di comunicazione con la stampa nell'ambito dell'azienda regionale emergenza urgenza (areu)

Azienda Regionale Emergenza Urgenza A.R.E.U.
Comunicazione
Stefania Favetti
s.favetti@areu.lombardia.it

Abstract per il cittadino

Per le COEU (Centrali Operative Emergenza Urgenza) dell'AREU il rapporto con la stampa è diventato sempre più importante. Proprio far permettere che questo sia gestito in modo corretto e tempestivo (in modo da accogliere le richieste di notizie dei mass media senza generare difficoltà alla normale attività sanitaria della COEU), AREU ha realizzato un sistema di comunicazione efficace, che è in grado di garantire un'informazione a 360°. Il sistema si basa su un modello di trasmissione di informazioni via internet: ai Giornalisti è stata riservata un'area del sito internet di AREU, dove si può consultare l'elenco di tutte le missioni di soccorso, pubblicato con un minimo ritardo sul real time (ora dell'evento, numero delle persone coinvolte, codice di gravità, mezzi intervenuti ecc.). In questo modo si garantisce un'informazione tempestiva ed omogenea ai media, in piena osservanza delle regole della privacy dei cittadini.

checklist chirurgica per la identificazione corretto paziente, corretto sito, corretta procedura

CLINICA SAN CARLO - PADERNO DUGNANO
Struttura Qualità e Gestione Rischio Clinico
Giuliana Muti
muti@clinciasancarlo.it

Abstract per il cittadino

Le notizie di cronaca purtroppo riportano, sia pur raramente, di errori chirurgici che si sono verificati in qualche ospedale: intervento su

paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliato (ginocchio destro invece che sinistro, ad esempio). Questi sono definiti eventi sentinella, cioè errori che possono e devono essere prevenuti, e che obbligano le strutture sanitarie a mettere in atto nuove procedure di sicurezza utili a prevenire il verificarsi di questi eventi. Nella Clinica San Carlo di Paderno Dugnano un gruppo di lavoro composto da chirurghi, anestesisti e infermieri, dal 2008 ha iniziato un percorso di miglioramento della sicurezza in area chirurgica, seguendo le raccomandazioni delle più importanti organizzazioni sanitarie internazionali e nazionali, al fine di garantire ai suoi pazienti la massima sicurezza possibile.

attivazione della procedura di gestione degli eventi avversi e dei near misses nell'ambito dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)

Azienda Regionale Emergenza Urgenza A.R.E.U.
Direzione Sanitaria, Qualità
Stefania Favetti
s.favetti@areu.lombardia.it

Abstract per il cittadino

Nell'ambito di una organizzazione complessa, quale è l'AREU, riveste particolare importanza la rilevazione e l'analisi delle criticità, al fine di evitare il loro ripetersi. A tal fine, l'AREU ha attivato nell'ambito delle 12 AAT (Articolazioni Aziendali Territoriali) una procedura finalizzata alla rilevazione di eventi avversi e near misses. Tale procedura prevede che gli operatori rilevino e segnalino ad un gruppo di lavoro costituito in seno alla Direzione (composto da Risk Manager, Referente Qualità e Referente Affari Generali) le criticità riscontrate nell'ambito dell'attività lavorativa, con modalità definite e condivise a livello regionale. Il gruppo di lavoro, dopo un'analisi effettuata in sinergia con i rilevatori, identifica le possibili azioni correttive finalizzate a rimuovere le cause generanti delle criticità e le eventuali azioni preventive associate. Una volta condivise, le azioni sono implementate in contesti specifici o, più frequentemente, a livello regionale. Ad intervalli pianificati (in genere due/tre volte l'anno) vengono organizzati incontri informali con gli operatori con l'obiettivo di discutere gli eventi e le azioni messe in atto. In questo modo, tutta l'organizzazione ha l'opportunità di conoscere e comprendere le criticità

che si sono verificate e di valutare, con l'aiuto di opportuni indicatori, se le azioni poste in essere risultano essere efficaci e di agevole attuazione.

procedura per la prevenzione delle cadute nei pazienti ricoverati

FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA
SC Qualità e Risk Management
Simona Amato
s.amato@smatteo.pv.it

Abstract per il cittadino

Il fenomeno delle cadute in Ospedale rappresenta uno degli eventi sentinella più studiato in letteratura. Dalla letteratura più recente emerge che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale correlate a molteplici fattori di rischio (anamnesi di precedenti cadute, problemi di equilibrio e di andatura che determinano instabilità della marcia, alterazioni della mobilità, deficit della vista, assunzione contemporanea di più farmaci, deficit cognitivi), la cui presenza aumenta la probabilità del paziente di cadere. La NPSA indica i seguenti fattori di rischio nei pazienti ospedalizzati: andatura instabile, agitazione, incontinenza o necessità di utilizzare frequentemente il bagno, anamnesi di precedenti cadute, assunzione di farmaci sedativi o ipnotici. L'OMS identifica come intrinseci i fattori sopra riportati, mentre definisce come estrinseci quelli propri dell'ambiente ospedaliero e delle attrezzature in esso contenute (es. letti, carrozzine, ausili per la deambulazione). La presente procedura ha lo scopo di descrivere le modalità per la prevenzione ed il trattamento delle cadute accidentali che si possono verificare durante la degenza ospedaliera. L'obiettivo generale è ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati.

gestione del rischio nell'attività pre-operatoria

IST.CLINICO VILLA APRICA SPA-COMO
Blocco Operatorio
Pasquale Farina
pasquale.farina@grupposandonato.it

Abstract per il cittadino

L'FMECA nasce sia come strumento di identificazione dei possibili guasti (failure mode) mediante un'analisi qualitativa, sia come strumento di valutazione quantitativa dei loro effetti sul sistema (effect analysis) al fine di stimare il livello di criticità (critical) degli inconvenienti individuati. si vogliono considerare l'alta rischiosità per l'utente-paziente (gravità in termini di mortalità/complicanze), l'alta complessità per il professionista (identificazione del paziente, del sito operatorio, verifica delle procedure), gli alti costi per l'organizzazione (contenziosi con possibili risarcimenti elevati, prolungamenti delle cure), l'ansia dei professionisti (responsabilità etica e medico legale).

la documentazione sanitaria nell'ambito dell'azienda regionale emergenza urgenza (areu): progettazione di strumenti condivisi e definizione di procedure omogenee in ambito regionale

Azienda Regionale Emergenza Urgenza A.R.E.U.
Direzione Sanitaria, Direzione infermieristica, Qualità
Stefania Favetti
s.favetti@areu.lombardia.it

Abstract per il cittadino

L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) ha l'obiettivo di garantire, implementare e rendere omogeneo nel territorio della Regione Lombardia, il soccorso sanitario di emergenza e urgenza. AREU realizza tale obiettivo attraverso 12 AAT (Articolazioni Aziendali Territoriali) che per ogni ambito di riferimento comprendono la COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza) e il sistema di postazioni di soccorso sul territorio afferenti alla singola COEU. In questo scenario di complessità dove vi sono molti aspetti di forte interdipendenza e di discrezionalità decisionale decentrata, l'attuazione di comportamenti organizzativi omogenei rappresenta il presupposto per consentire un razionale ed efficace funzionamento del sistema. È quindi immediato comprendere il ruolo della documentazione: costituisce uno strumento per l'omogeneizzazione

dei comportamenti organizzativi, favorisce l'integrazione delle diverse realtà, supporta i processi di sensibilizzazione, formazione del personale, permette di registrare le attività svolte e di verificare il raggiungimento degli obiettivi, rappresenta un elemento di collegamento al contesto socio - economico all'interno del quale l'organizzazione opera. Le due principali tipologie di documentazione utilizzate nell'ambito del soccorso sanitario di emergenza urgenza sono l'applicativo gestionale di COEU e le Relazioni dei Mezzi di Soccorso di Base (MSB), Intermedi (MSI) ed Avanzati (MSA). L'applicativo gestionale di COEU costituisce lo strumento per la gestione dei soccorsi: consente di registrare dati e informazioni che scaturiscono dall'intervista telefonica, informazioni relative all'evento, alla missione, alle condizioni cliniche del Paziente, agli interventi effettuati e all'eventuale trasporto in Ospedale. Le Relazioni di soccorso costituiscono la documentazione a disposizione dei Soccorritori dei MSB e dell'équipe sanitaria di MSI e MSA nell'ambito dell'attività di soccorso extraospedaliero. Uno degli obiettivi dell'AREU per il 2010 è la standardizzazione della documentazione e delle modalità di compilazione e gestione della stessa.

documentazione sanitaria e consenso informato in odontoiatria

A.O. OSPEDALE CIVILE - VIMERCATE
UOC Risk Management
Roberto Agosti
roberto.agosti@aovimercate.org

Abstract per il cittadino

La corretta compilazione della documentazione sanitaria e la corretta applicazione della procedura di informazione e consenso all'atto medico, sono garanzia di qualità e sicurezza delle cure.

protocollo terapeutico aziendale per la profilassi antibiotica perioperatoria

FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA
CIO-DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
Simona Amato
s.amato@smatteo.pv.it

Abstract per il cittadino

La profilassi antibiotica, se appropriatamente eseguita, è lo strumento per prevenire le infezioni del sito chirurgico. Il protocollo in oggetto standardizza i comportamenti ritenuti efficaci nella compressione del rischio correlato all'insorgenza di una infezione correlata alla assistenza a seguito di una procedura invasiva, mininvasiva e chirurgica.

implementazione del progetto: "La prevenzione del rischio di interazioni farmacologiche nelle politerapie"

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA
U.O.C. Governo Assistenza Farmaceutica
Silvia Vecchio
silvia_vecchio@asl.pavia.it

cadute in rsa: prevenzione e gestione del rischio caduta

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI
Medicina Legale, Risk Management e Qualita'
M. Cristina Appezzo
cristina.oppezzo@asl.lodi.it

Abstract per il cittadino

Poichè è noto che gli anziani istituzionalizzati sono esposti ad un rischio di caduta elevato questo lavoro, partendo da un'analisi delle cadute delle Ospiti psichiatriche di una RSA a gestione diretta, si è dato l'obiettivo di: - valutare la possibile correlazione con l'assunzione di più farmaci, cosa abbastanza consueta in questo tipo di pazienti; - impostare modalità di segnalazione dell'evento caduta in modo da definire azioni di prevenzione.

l'efficacia della informazione e la validità del consenso

FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA
Centro
Simona Amato
s.amato@smatteo.pv.it

Abstract per il cittadino

Il consenso informato rappresenta uno strumento privilegiato di comunicazione con il cittadino oltre che di empowerment. In quest'ottica la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha implementato una check list per la verifica di efficacia delle informazioni offerte al Paziente sia in fase di accesso alla struttura sia al momento di richiedere e raccogliere la firma che attesti il consenso all'esecuzione ad una procedura diagnostica-terapeutica e/o chirurgico o anestesiologicala. La check list permette al cittadino di riflettere sull'intero percorso del consenso informato e di richiedere eventuali ulteriori notizie.

indirizzi generali di gestione del farmaco domiciliare in ambito ospedaliero

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Ortopedia e Traumatologia
Emilio Gardini, Simonetta Afretti, Lodovico Renzi Brivio
emilio.gardini@aopoma.it

Abstract per il cittadino

Gentile cliente, entrando in ospedale vieni inserito in un'organizzazione complessa in cui diversi professionisti si prenderanno cura del tuo stato di salute. L'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia ha deciso di definire i ruoli e le responsabilità delle persone che ti seguiranno e in particolare di coloro che sono chiamati a prescriverti, metterti a disposizione e somministrarti i farmaci che assumi abitualmente a casa. Il nostro obiettivo è di cercare di mantenere il più possibile una continuità di cura tra ciò che avviene a domicilio e ciò che avviene una volta ricoverati in ospedale. Una volta accolto presso il nostro Pronto Soccorso ortopedico o presso il nostro reparto un medico e un infermiere ti chiederanno di elencare i farmaci che assumi abitualmente e possibilmente di portare loro le confezioni. Sarai chiamato a condividere il tuo piano terapeutico cosicché il personale possa mantenere per quanto possibile le tue abitudini rispetto agli orari in cui assumi i farmaci. Ti chiediamo di non prendere nessun farmaco senza avvisare il personale di reparto, alla somministrazione penseranno gli infermieri del reparto. I farmaci verranno dispensati 4 volte al giorno alle ore 6,30 - 13,30 - 17,30 - 20,30 con la possibilità di personalizzare questi orari in caso di terapie complesse. Nel caso che uno dei tuoi farmaci non sia immediatamente disponibile il personale ti chiederà di poter utilizzare momentaneamente quelli che hai portato da domicilio finché non sarà riuscito a procurarlo. In questo caso ti verrà restituita una confezione integra del farmaco alla tua dimissione. Ogni giorno il medico responsabile del reparto per la settimana in corso prenderà visione della terapia in atto e della tua situazione clinica. Le eventuali modifiche dovute a una prescrizione di un consulente o alla tua situazione clinica ti verranno prontamente comunicate in modo che tu sappia cosa ti viene somministrato. Tuttavia ti esortiamo a chiedere informazioni sulla terapia in corso tutte le volte che avrai un dubbio. In questo reparto è attiva una procedura che cerca di diminuire il rischio di ricevere un danno dovuto a una cattiva gestione del farmaco.

gestione del rischio di caduta

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Struttura Qualità Accreditamento e Controllo Strategico
Enrico Burato, GAD cadute
enrico.burato@aopoma.it

Abstract per il cittadino

La procedura si prefigge di aumentare la sicurezza dei pazienti ricoverati attraverso un sistema di valutazione del rischio di caduta dei pazienti all'ingresso e la rivalutazione durante il ricovero e l'attuazione di misure di prevenzione al rischio di caduta dei pazienti.

protocollo gestione reclami - contenzioso

A.O. IST.ORTOPEDICO GAETANO PINI-MILANO
UOC COR e Risk Management
Claudia Giudici
Claudia.Giudici@gpini.it

Abstract per il cittadino

Obiettivo del progetto è permettere al paziente che sporga un reclamo o denuncia per un evento che abbia avuto o meno conseguenze sul suo stato di salute, di poter essere affiancato attraverso la possibilità di essere sottoposti a valutazione da parte del risk management ed, eventualmente, a essere sottoposti, attraverso un canale preferenziale, ad eventuali esami strumentali diagnostici e/o terapie di supporto, nelle strutture aziendali.

stop - sorveglianza del tromboembolismo venoso nell'ospedale San Paolo

A.O. `SAN PAOLO` - MILANO
Tutte le Unità Operative di Medicina e di Chirurgia,
Cardiologia e UCC, Rianimazione, Malattie Infettive,
Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Ginecologia
e Ostetricia, Ortopedia, Chirurgia Toracica, Urologia,
Riabilitazione, Pediatria
Valentina Bettamio
valentina.bettamio@ao-sanpaolo.it

Abstract per il cittadino

Il tromboembolismo venoso (l'occlusione da parte di trombi delle vene, generalmente profonde, delle gambe o di altri distretti, o del circolo polmonare) è una importante causa di mortalità ospedaliera. Quando non è fatale, complica però la degenza allungandone i tempi, interferendo con la malattia di base e le sue terapie. Il tromboembolismo venoso si può prevenire somministrando un farmaco, l'eparina, in eventuale associazione con le calze elastiche o altri mezzi meccanici. La corretta prevenzione riduce il tromboembolismo venoso dell'80%. I fattori di rischio per tromboembolismo venoso sono frequenti durante la degenza in ospedale: l'età avanzata, l'allettamento, l'intervento chirurgico, le fratture, le infezioni gravi, alcune malattie che coinvolgono il cuore e i polmoni ecc ecc. Per potere prevenire il tromboembolismo venoso mediante una corretta profilassi, è indispensabile che si riconoscano i pazienti che presentano più di un fattore di rischio. Tale identificazione si può fare nel corso della visita di accettazione in reparto, mediante la raccolta della storia clinica del paziente e la visita medica o chirurgica. Nonostante la prevenzione del tromboembolismo venoso sia così efficace e i fattori di rischio per lo più noti, negli ospedali meno della metà dei pazienti riceve la profilassi, sia nei paesi europei che negli Stati Uniti. E' quanto emerge da una serie di studi che hanno valutato la pratica clinica in molti diversi ospedali su migliaia di pazienti. Ne è derivato che il problema del tromboembolismo venoso, di apparente facile soluzione, è invece diventato una emergenza sanitaria nei paesi anglosassoni. Attualmente le linee guida internazionali raccomandano che ogni ospedale si debba dotare di una strategia attiva e di linee guida interne condivise per la prevenzione del tromboembolismo venoso. Il nostro ospedale ha elaborato una strategia diversificata per alzare il livello di attenzione sul problema del tromboembolismo venoso, valutare il rischio individuale di ogni paziente all'ingresso in reparto, documentandolo, e mediante la creazione di linee guida condivise, provvedere ad una appropriata prevenzione del tromboembolismo venoso quando indicata. Tale progetto coinvolge tutti i reparti e tutto il personale e ha come obiettivo finale quello di garantire al cittadino che entra in degenza nel nostro ospedale che il problema del tromboembolismo venoso non venga trascurato.

trasfusioni sicure integrate

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Gestione Ricerca e Sviluppo sistemi informativi - ICT e
Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
(SIMT)
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

L'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda ha attivato nel 2009 un progetto finalizzato a garantire la sicurezza del processo trasfusionale a tutela di pazienti ed operatori. Il progetto prevede che al momento dell'accettazione in reparto al paziente venga applicato, da personale infermieristico, un bracciale dotato di supporto informatico sul quale vengono registrati, mediante un palmare, i dati anagrafici. Prima di eseguire una trasfusione di sangue e/o emocomponenti vengono effettuati dei controlli per verificare la corrispondenza tra i dati anagrafici registrati nel bracciale e quelli registrati nelle etichette apposte sulle provette di controllo gruppo e nelle etichette di assegnazione apposte sulle sacche di sangue al fine di prevenire eventuali errori trasfusionali. Al termine dell'accesso in reparto, il bracciale viene rimosso e distrutto. La soluzione è a disposizione del personale di alcuni reparti del Dipartimento Oncologico di Niguarda sin da Febbraio 2009 e ha riscontrato apprezzamenti sia da parte del personale sanitario che da parte dei pazienti coinvolti della nuova procedura: si tratta di un intervento semplice, che non modifica il percorso clinico e garantisce un ottimo livello di sicurezza.

progetto: mereafaps

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

Le reazioni avverse a farmaci costituiscono un problema tutt'altro che raro e, nei casi più severi possono richiedere il ricorso del paziente al Pronto Soccorso. Nonostante ciò avvenga con frequenza, raramente dai Pronto Soccorso giungono segnalazioni di Farmacovigilanza. Per tale motivo abbiamo dato vita a questo progetto che partito nel giugno del 2006 ha permesso a tutt'oggi di raccogliere più di 11.000 segnalazioni dai Pronto Soccorso della Lombardia che hanno partecipato al progetto stesso (15 PS dal 2006 al maggio 2009, 33 PS dal giugno 2009 ad oggi). Il progetto ha consentito un incremento importante del tasso di segnalazioni della Lombardia e, indirettamente, di tutta Italia, tale che AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha richiesto un allargamento del progetto a livello nazionale su adesione volontaria (fino ad oggi hanno aderito Abruzzo, Campania, Toscana, Veneto). I dati emersi da questo monitoraggio hanno permesso di identificare quali sono i farmaci più sovente coinvolti in queste reazioni, quali tipi di reazioni sono più comuni, quali sono le reazioni evitabili (circa il 15-16%) e quali sono le popolazioni più a rischio (anziani).

cartella clinica integrata

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Struttura Complessa Qualità Accreditamento e Controllo
Strategico
Camelia Tiron, Borsatti Graziella
camelia.tiron@aopoma.it

profilassi del tromboembolismo venoso perioperatorio

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Chirurgia Generale
Francesco Di Lecce, Coriolano Pulica
francesco.dilecce@aopoma.it

progetto di prevenzione mirato alla riduzione del rischio associato alle infezioni ospedaliere nell'assistenza sanitaria

A.O. `G. SALVINI` - GARBAGNATE
Ufficio Risk Management
GIANCARLO CORDANI
gcordani@aogarbagnate.lombardia.it

Abstract per il cittadino

Per tale progetto si è voluto attuare un piano di lavoro che potesse migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e la riduzione del rischio associato alle infezioni ospedaliere, attraverso il più corretto e razionale uso degli antibiotici nei pazienti ospedalizzati. Il progetto prevede una prima analisi degli agenti microbiologici sentinella, associato alla valutazione delle resistenze microbiche evidenziate dal laboratorio, confrontato con gli effettivi consumi per tipologia di antibiotici utilizzati a livello ospedaliero. Il Progetto sarà articolato nelle seguenti fasi: Pianificazione e programmazione dello studio: Elaborazione e organizzazione dello studio ad opera dell'area Risk management aziendale con valutazione e indicazione delle risorse disponibili e degli obiettivi da raggiungere Raccolta dei dati sulle infezioni ospedaliere e i loro specifici agenti sentinella: Attraverso un sistema informatizzato di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere già attualmente presente in Azienda, sulla base delle segnalazioni delle unità operative integrate dai dati di laboratorio, sarà possibile monitorare il rischio specifico delle infezioni ospedaliere confrontandolo con i dati relativi alle resistenze e al consumo degli antibiotici. Analisi e valutazione dei dati Analisi e valutazione dei dati emersi dallo studio ad opera dell'area Risk Management in collaborazione con gli operatori coinvolti e con i referenti aziendali per la sorveglianza, il controllo delle infezioni ospedaliere e per verificare la reale incidenza del corretto e razionale uso degli antibiotici sullo sviluppo di infezioni nosocomiali associate a microrganismi multi resistenti e agenti sentinella Diffusione e comunicazione dei risultati Comunicazione e informazione degli operatori sanitari attraverso le riunioni dei C.I.O. e C.L.I.O. aziendali dei risultati dello studio Elaborazione e definizione di linee guida o procedure organizzative specifiche predisposizione di un piano specifico per la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e definizione di una strategia aziendale con eventuale predisposizione di procedure linee guida

aziendali per il corretto uso degli antibiotici; Applicazione delle procedure di prevenzione identificate Attraverso una capillare comunicazione delle informazioni acquisite attraverso lo studio e una parallela formazione e sensibilizzazione degli operatori, si cercherà di arrivare alla graduale applicazione sul campo di tutte le procedure di prevenzione proposte ed evidenziate nel corso dello stuo Fase di verifica e controllo delle attivate avviate verifica e controllo delle procedure attraverso un piano integrato nell'annuale programma di sorveglianza delle infezioni ospedaliere aziendale

introduzione di una check list nei processi vaccinali

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE
Dipartimento Di Prevenzione Medico - Servizio Medicina
Preventiva di Comunità
Silvano Omarini
omarinis@asl.varese.it

Abstract per il cittadino

A seguito di un evento avverso si è ritenuto necessario attivare un sistema di controllo che permetta di eliminare eventuali possibili errori in tutte le fasi del processo vaccinale, dal momento dell'incontro con il genitore/tutore/ delegato fino al momento in cui, dopo la vaccinazione, è possibile lasciare la sede vaccinale

indicatori di safety

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

progetto mani pulite

POLIAMBULANZA - BRESCIA
Servizio Risk Management&Qualità / S.I.T.
Gomasca Walter
walter.gomasca@poliambulanza.it

Abstract per il cittadino

Nonostante l'incremento della complessità delle cure e delle tecnologie in medicina, la prevenzione delle infezioni che possono essere acquisite durante un ricovero ospedaliero passa ancora oggi attraverso una semplice azione: l'adeguata igiene delle mani. Il progetto, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità mira a diffondere in modo capillare fra tutti gli operatori i principi per un corretto lavaggio / disinfezione delle mani e a creare un sistema interno di verifica dell'aderenza da parte degli operatori alle indicazioni fornite

incident reporting "dalla teoria alla pratica"

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA
Ufficio per la gestione del rischio
Giorgio Valle
risk.management@aslmn.it

Abstract per il cittadino

Dalla ricerca dell'errore nei processi quotidiani alla sua segnalazione: imparare dall'errore.

adeguamenti in tema di sicurezza

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA
Consultorio Familiare integrato
Massimo Alonzo
riskmanager@aslcremona.it

Abstract per il cittadino

Accogliendo la raccomandazione Ministeriale n 8 volta a prevenire gli episodi di violenza in danno degli operatori, presso il Consultorio Familiare integrato dell'ASL di Cremona si è provveduto ad installare sistemi di allerta volti alla segnalazione di situazioni di pericolo in atto durante lo svolgimento di attività istituzionali, si da facilitare la tempestiva identificazione e il ripristino di condizioni di sicurezza.

gestione del rischio a domicilio dei pazienti dipendenti dalla ventilazione meccanica a lungo termine nell'ambito di un programma di assistenza domiciliare respiratoria domiciliare (ADR) ad alta intensità

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Pneumologia e UTIR
Carlo Sturani, G. De Donno, V. Galavotti,
M. Galetti, L. Bitasi, A. Ravelli, E. Burato
carlo.sturani@aopoma.it

identificazione del lato in oculistica

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Unità Operativa di Oculistica - Ospedale di Asola
Enrico Burato
enrico.burato@aopoma.it

progetto di identificazione del paziente con RFID in pronto soccorso e medicina d'urgenza

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza ed Osservazione
Breve - Dipartimento Emergenza
Mario Luppi, Ivano Giacomini, Marco Germinasi
mario.luppi@aopoma.it

processo trasfusionale sicuro e integrato (PT6)

FOND.IRCCS `ISTIT.NAZ.LE TUMORI` MILANO
ICT in collaborazione con SIMT
Michele Torresani
michele.torresani@istitutotumori.mi.it

Abstract per il cittadino

Nonostante i progressi tecnologici dei sistemi informativi in Sanità, si riscontra tutt'oggi uno scarso livello di supporto in termini di strumenti operativi volti alla riduzione del rischio clinico che consentano, a partire dalla corretta identificazione del paziente, la verifica sicura dell'associazione paziente/trattamento, la tracciabilità completa delle attività svolte sul paziente ed il tempestivo monitoraggio delle sue condizioni di salute (ad esempio per quanto riguarda la segnalazione delle reazioni avverse da farmaco). Da qui la necessità di implementare strumenti ICT che aumentino significativamente i livelli di sicurezza del paziente, tutela dell'operatore sanitario, tracciabilità delle attività sul paziente e quality assurance dei processi interni e che riducano efficacemente il rischio clinico. Per garantire quanto appena citato, l'Istituto Tumori ha sviluppato, da alcuni anni, una piattaforma RFID integrata che, a partire dall'identificazione univoca di pazienti ed operatori a livello aziendale (rispettivamente con badge di riconoscimento e braccialetto identificativo), consente di garantire sicurezza e tracciabilità di processo, migliorando la gestione del rischio clinico, integrando flussi informativi, supportando il personale sanitario nella quotidiana operatività bordo letto. L'implementazione di questa soluzione ha avuto inizio nell'ambito del processo trasfusionale nel quale

è indispensabile il riconoscimento del paziente, il matching paziente/sacca da trasfondere oltre che il binomio paziente/provetta. La soluzione ormai consolidata è operativa ed utilizzata in tutti i reparti di degenza ed ha permesso di colmare esigenze di tracciabilità e controllo di processo prima irrisolte. Ad oggi il sistema è in corso di ulteriore affinamento per adattarsi meglio ai cambiamenti dell'organizzazione. Ulteriori funzionalità del sistema sono in corso di realizzazione per migliorare il monitoraggio in tempo reale del processo trasfusionale al letto del paziente. Il progetto è stato peraltro selezionato al concorso "Premiamo i risultati" indetto dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione ed è stato riconosciuto caso di studio di rilevanza internazionale dalla Commissione Europea (DG Enterprise e-Business W@tch 2007) e da IDC (EMEA 2007 Award for ICT Innovation).

gestione terapia

A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI
presidio ospedaliero di Lodi
Fulvia Maria Rita Folli
fulvia.folli@ao.lodi.it

Abstract per il cittadino

con l'introduzione del braccialetto, con codice a barre, identificativo del paziente e l'implementazione dell'applicativo Galileo che gestisce tutta la documentazione clinica del paziente in formato elettronico, è stato possibile mettere sotto controllo e in sicurezza la gestione della terapia farmacologica dall'atto di prescrizione sino alla somministrazione e registrazione.

realizzazione di un servizio di continuità assistenziale pediatrica nel territorio dell'asl di milano

A.S.L. DI MILANO
Servizio Continuità Assistenziale e Guardia Medica
Laura Speccher
lspeccher@asl.milano.it

Abstract per il cittadino

ASL di Milano ha elaborato un progetto sperimentale, per la realizzazione di un servizio di continuità assistenziale pediatrica, come potenziamento del servizio di continuità assistenziale già attivo sul territorio e nel quale operano medici con competenze specifiche orientate alla gestione delle patologie in età adulta. Il potenziamento della continuità assistenziale con un servizio pediatrico sul territorio prevede la possibilità di assicurare una migliore risposta ai bisogni e alle aspettative della popolazione mediante consulenza specialistica, visita ambulatoriale o al domicilio per la gestione delle principali patologie in età pediatrica. Il servizio è stato attivato nelle seguenti fasce orarie: dalle ore 20,00 alle ore 24,00 nei giorni feriali; dalle ore 8,00 alle ore 12,00 e dalle ore 15,00 alle ore 19,00 nei giorni di sabato, domenica e festivi. La ricezione delle chiamate avviene attraverso il n. 02.34567 già attivo per la Guardia Medica; il pediatra, ricevuta la chiamata, ed effettuato un appropriato triage telefonico, valuterà la tipologia di intervento necessario.

la checklist quale strumento per la sicurezza del percorso del paziente chirurgico

A.O. `IST.CLIN.PERFEZIONAMENTO` -MILANO
UO Qualità, Accreditamento e Rischio
Anna Palermo
anna.palermo@icp.mi.it

Abstract per il cittadino

Nell'AO ICP è stata introdotta una checklist per la sicurezza del paziente chirurgico che consente un controllo costante di alcuni elementi (procedurali, clinici, organizzativi, di comunicazione) considerati potenziali fonti di rischio, nell'ambito delle diverse fasi del percorso diagnostico assistenziale cui è sottoposto il paziente chirurgico dal momento del precovero, al momento del rientro nella Unità di degenza. L'utilizzo della check list fornisce garanzie al paziente riguardo all'applicazione della migliore pratica clinico-assistenziale e consente di prevenire o intercettare eventuali errori.

prevenzione delle lesioni da pressione

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica - Direzione infermieristica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

Le lesioni da pressione sono aree di lesione localizzate alla cute ed al tessuto sottocutaneo. Sono generalmente il risultato di forze esterne (pressione, taglio, frizione). Il loro sviluppo si verifica in ambienti istituzionali e di comunità e si rileva più frequentemente in persone anziane, debilitate e con ridotta mobilità, in pazienti con malattia acuta severa e in soggetti con deficit neurologici.

migliorare la qualità dell' assistenza e di vita della persona con dispositivo biotecnologico tipo port a cath

A.O. `BOLOGNINI` - SERIATE
S.I.T.R.A - U.O. Oncologia Day Hospital
Giulia Esposito
giulia.esposito@bolognini.bg.it

Abstract per il cittadino

Al fine di facilitare la gestione del Catetere Venoso Centrale (CVC) tipo Port sono stati elaborati alcuni strumenti organizzativi, assistenziali per il personale e informativi ad uso della persona assistita. In questo modo ci si prefigge di contenere il più possibile le complicanze e mantenere continuità assistenziale nel corso degli anni

la nutrizione enterale domiciliare: manuale per il paziente

OSP. GENERALE DI ZONA VALDUCE - COMO
U.O.C. Gastroenterologia
Tudor Draghici
tdraghici@valduce.it

Abstract per il cittadino

Il Manuale "La Nutrizione Enterale Domiciliare" nasce quale strumento di informazione utile alla gestione in ambito domiciliare dei Pazienti nutriti artificialmente. Redatto dai nostri specialisti gastroenterologi e nutrizionisti, il Manuale illustrato è il supporto indispensabile per: - la gestione dei dispositivi: sondino naso-gastrico, PEG e PEJ, - informare sulle caratteristiche delle miscele nutrizionali, le loro modalità di utilizzo, di conservazione e di somministrazione, - fornire le norme di comportamento quotidiano, - gestire i possibili problemi, - indicare in quali circostanze è necessario ricorrere all'intervento medico.

lo spazio della cura: accogliere il paziente in contesti positivi

A.O. OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Unità Operativa Dipartimentale Centro Oncologico -
Dipartimento della Direzione Medica di Presidio
Maurizio Grassi
m.grassi@hcrema.it

Abstract per il cittadino

Lo spazio fisico in cui le persone si muovono è in grado di influenzare i loro vissuti psicologici. Per questo motivo, lo spazio dove le persone si curano deve essere accogliente e in grado di favorire emozioni e sensazioni positive e limitare i vissuti negativi di ansia e paura che possono generarsi. L'uso ragionato dei colori, delle luci e degli arredi può fornire ai pazienti e agli operatori un clima positivo in cui trovare migliori condizioni per affrontare i problemi che il processo di cura comporta. La

progettazione degli spazi si sposta da una logica centrata sulle esigenze del progettatore a una logica di esigenze dei fruitori di tali spazi, pazienti ed operatori, che vengono considerati centrali nei loro bisogni di avere intorno a sè uno spazio accogliente, gradevole, ben organizzato e facile da fruire.

protocollo organizzativo per la gestione del taglio cesareo in regime di emergenza

A.O. `BOLOGNINI` - SERIATE
OSTETRICIA-GINECOLOGIA ALZANO L.DO
Sergio Bovenga
s.bovenga@usl9.toscana.it

Abstract per il cittadino

L'attuazione di questo protocollo consente di eseguire in sicurezza,efficacia ed efficienza un taglio cesareo in condizioni di emergenza avvalendosi di personale non dedicato alla sala operatoria al fine di ridurre i tempi di operatività per garantire un migliore esito neonatale.

il consenso informato quale strumento proattivo di gestione del rischio clinico

OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica (coordinamento), DMPO,
Direzione Amministrativa di Presidio, tutte le Strutture
aziendali di degenza (applicazione) e Affari Generali e legali
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

censimento ed analisi delle cadute accidentali negli istituti della Fondazione Salvatore Maugeri

FOND. MAUGERI-CENTRO MEDICO DI PAVIA
Tutti gli Istituti della Fondazione Salvatore Maugeri
Direzione Sanitaria Centrale
direzione.sanitaria@fsm.it

Abstract per il cittadino

La Fondazione Salvatore Maugeri anche per la dislocazione delle sue numerose sedi in tutta Italia, si è posta l'obiettivo di avere modalità di segnalazione delle cadute accidentali uguali in tutti gli Istituti. E' stata, quindi, realizzata una istruzione operativa centrale per la gestione delle cadute accidentali, che rispondesse alla esigenza di una registrazione sistematica, a prescindere da un eventuale danno per il paziente. Il modulo di segnalazione delle cadute è stato condiviso con gli operatori dei vari Istituti di Fondazione, che hanno segnalato le loro esigenze. Obiettivo fondamentale del processo di segnalazione delle cadute accidentali è senz'altro la possibilità di identificare le cause. Per far questo sono state adottate 2 scale per la valutazione del rischio caduta dovuto alle condizioni cliniche del paziente (inserite direttamente nel sistema informatizzato per la gestione sanitaria). Per avere informazioni su eventuali altri motivi di caduta, è stata prevista una parte sul modulo di segnalazione dedicata ad una analisi dettagliata delle possibili cause e da compilarsi a cura degli operatori. La registrazione della caduta potrà essere collegata alla valutazione numerica derivante dall'utilizzo delle scale che, unita ad una elaborazione analitica delle possibili cause di evento, potrà così suggerire eventuali azioni preventive/correttive, con prevedibile diminuzione del rischio per i pazienti.

prevenzione degli errori di lato in chirurgia

OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

progetto delfino "rete ospedaliera per la disabilità"

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Parogni Pierpaolo, Mario Luppi
pierpaolo.parogni@aopoma.it

prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nell'utilizzo di dispositivi medici semicritici

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Pneumologia e UTIR
Andrea Comel, Enrico Burato
andrea.comel@aopoma.it

controllo legionella nelle unita' di offerta residenziali per anziani e disabili (rsa e rsd)

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO
UO Programmazione e Bac e Dipartimento di Prevenzione
Medico
Andrea Ma raffio
qualita.riskmanagement@asl.sondrio.it

Abstract per il cittadino

Il progetto prevede il monitoraggio della presenza di legionella nelle acque delle rsa e rsd , l'obiettivo e' quello di evitare il diffondersi d'infezioni tra le persone con un sistema immunitario compromesso quali anziani e malati cronici

percorso ECG (elettrocardiogramma)

A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI
tutta l'AO della Provincia di Lodi
Fulvia Maria Rita Folli
fulvia.folli@ao.lodi.it

Abstract per il cittadino

Ogni paziente all'atto del ricovero viene dotato di braccialetto identificativo con codice a barre. Quando deve essere sottoposto a ECG con la semplice lettura del braccialetto la macchina riconosce ed identifica il paziente ed invia il tracciato ai reparti di cardiologia di riferimento dove il cardiologo referta ed reinvia il responso ai medici di reparto inviante. Il tutto viene gestito "on-line", in sicurezza e riducendo gli errori (in particolare scambio di tracciati e referti) e migliorando la qualità della refertazione avvalendosi sempre di medici di specialità cardiologica, il tutto in tempo "reale".

il modello hub & spoke della gestione integrata a rete dell'urgenza-emergenza nel bacino della Valle Trompia. il dipartimento E.A.S. degli Spedali Civili di Brescia ed il pronto soccorso del P.O. di Gardone Val Trompia

A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA
Pronto Soccorso Gardone
Enrico Comberti
unita.gestione.rischio@spedalicivili.brescia.it

Abstract per il cittadino

L'ospedale sta diventando sempre più una piattaforma di servizi sanitari di alto contenuto tecnologico e specialistico con una prospettiva di continuità assistenziale con le altre strutture sanitarie del territorio, come il 118 e i medici di medicina generale. Nelle Aziende Ospedaliere multi presidio (quali gli Spedali Civili di Brescia) la partecipazione delle varie strutture ad un network aziendale permette di valorizzare la loro

vocazione storica indipendentemente dalle dimensioni, mettendo a fattor comune tutti gli elementi per i quali è fondamentale la massa critica complessiva. La condivisione all'interno del network di elementi organizzativi, tecnologici, logistici e di supporto comuni offre una risorsa in più alle strutture periferiche. Si identificano così per ognuno dei centri di eccellenza (Hub) i bacini di popolazione di riferimento, in modo da elaborare processi e percorsi assistenziali idonei.

implementazione web hospital risk management

A.O. FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO-MILANO
Direzione Medica del Presidio Fatebenefratelli
Giovanni Monza
giovanni.monza@fbf.milano.it

definizione e validazione delle modalità di esecuzione dello screening di primo livello del tumore del colon retto

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO
Ufficio Ricerca E Sviluppo Medicina Preventiva Di Comunità
Antonina Ilardo
antonina.ilardo@asl.lecco.it

Abstract per il cittadino

Lo screening che è effettuato mediante la ricerca del sangue occulto su un piccolo campione fecale è associato a una riduzione della mortalità per carcinoma coloretale. La ricerca del sangue occulto nelle feci è un'iniziativa di prevenzione oncologica rivolta ad una popolazione costituita da uomini e donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni che ogni due anni ricevono l'invito. Tale esame aiuta ad identificare i casi di malattia nella fase asintomatica e tutte le alterazioni che predispongono alla malattia (es: adenomi) nelle loro prime fasi di sviluppo dando così la possibilità di un tempestivo intervento terapeutico. Nei casi di tumori

maligni, la diagnosi fatta in uno stato precoce, consente un miglior approccio chirurgico

introduzione check list perioperatoria

A.O. DESENZANO DEL GARDA - DESENZANO G.
Unità Gestione Qualità e Rischio
Antonio Rovere
antonio.rovere@aod.it

Abstract per il cittadino

Garanzia di sicurezza del paziente chirurgico in quanto vengono presi in essere tutte le attività dal momento dell'invio in blocco operatorio al ritorno nella Unità Operativa di degenza.

prevenzione cadute accidentali dei pazienti

POLICLINICO SAN PIETRO S.P.A.
Vincenzo Ferreri
qualita.psp@grupposandonato.it

Abstract per il cittadino

Prevenzione cadute accidentali dei pazienti ricoverati presso la struttura attraverso il monitoraggio puntuale degli eventi accaduti con l'attivazione di attività preventive per i pazienti ritenuti più a rischio dopo una valutazione iniziale.

efficacia della applicazione di pdta (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) basati sull'evidenza: ictus cerebrale

A.O. OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Sistema Qualita' Aziendale - U.O. Neurologia - Dip.
Cardiocerebrovascolare
Roberto Sfogliarini
direzione.medica@hcrema.it

Abstract per il cittadino

L' ictus rappresenta nei paesi industrializzati la prima causa di disabilità, la prima causa di morte e la seconda causa di demenza ed è uno dei principali problemi socio-assistenziali attuali. E' importante che il cittadino affetto da tale patologia riceva il più presto possibile la diagnosi ed il trattamento efficace sia al suo ingresso in ospedale che durante tutto il periodo di ricovero ed alla dimissione. Presso l' Ospedale Maggiore di Crema - Regione Lombardia -è stato verificato il miglioramento delle cure prestate ai pazienti affetti da ictus dopo la applicazione delle Linee Guida basate sulla evidenza scientifica mediante il monitoraggio di indicatori specifici del percorso intraospedaliero evidenziando un buon livello in termini di tempestività della risposta e di appropriatezza delle cure prestate.

acquisizione fotografica e archiviazione informatica di tutti i pezzi operatori al momento dell'esame macroscopico eseguito dall'anatomo patologo

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Anatomia Patologica
Alberto Giovanni Bellomi
alberto.bellomi@aopoma.it

il percorso del malato terminale a Cremona: un esempio di O.D.C.P.

A.O. ISTITUTI OSPEDALIERI - CREMONA
Cure Palliative Hospice, Direzione Medica, Risk Management
margherita fornaciari
m.fornaciari@ospedale.cremona.it

Abstract per il cittadino

Dal 2008 ad oggi presso l'ospedale di cremona oltre all'ambulatorio di cure palliative, un hospice intraospedaliero e' possibile effettuare una forma di assistenza alternativa che e' rappresentata dalla ospedalizzazione domiciliare. È un percorso che consente al malato di rimanere in un ambiente familiare mantenendo i benefici assistenziali di un ricovero ospedaliero e quindi in un ambiente generalmente con meno rischi e più confortevole per il malato.

introduzione del foglio unico di terapia (FUT) nella pratica clinica

CASA DI CURA S. PIO X - MILANO
Tutti i reparti di degenza
Giorgio Tarassi
segsan.spiox.plv@camilliani.net

Abstract per il cittadino

Il foglio unico di terapia è il documento che attesta l'attività clinica (medica ed infermieristica) di gestione della terapia farmacologica destinata ai pazienti ricoverati. È il documento da cui risultano le annotazioni di prescrizione del medico (prescrizione, sospensione e variazione della terapia) e quelle di somministrazione del personale infermieristico (somministrazione avvenuta / non avvenuta). Riduce gli errori legati alla gestione della terapia farmacologica dovuti a: - trascrizione - errata interpretazione - duplicazione o mancanza della somministrazione - mancata annotazione o difettosa segnalazione di stati allergici e/o reazioni avverse Inoltre consente: - una visione d'insieme del piano terapeutico e delle somministrazioni effettuate per ciascun farmaco - la segnalazione evidente per tutti gli operatori di eventuali stati allergici e/o reazioni avverse a farmaci - identificazione univoca di chi prescrive e

di chi somministra - identificazione univoca del paziente a cui si prescrive e si somministra

gestione pazienti potenzialmente infetti da tubercolosi

A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA
Ufficio Qualità e Accreditamento
Anna Levati
anna_levati@ospedali.pavia.it

Abstract per il cittadino

Adozione di provvedimenti atti a ridurre il rischio di esposizione a persone con tubercolosi attiva (definizione di protocolli per la tempestiva identificazione, l'isolamento, la diagnosi e il trattamento dei soggetti con probabile tubercolosi; programmi di educazione, informazione e addestramento del personale sanitario); uso di protezioni respiratorie individuali nelle aree dove persista il rischio di esposizione al Mycobacterium Tuberculosis (per es. nelle stanze di isolamento per tubercolosi).

prevenzione e valutazione lesioni da decubito

POLIAMBULANZA – BRESCIA
Servizio Risk Management&Qualità / Servizio Infermieristico e Tecnico
Gomasasca Walter
walter.gomasasca@poliambulanza.it

Abstract per il cittadino

Nei pazienti costretti a letto per troppo tempo, è possibile che si sviluppino lesioni (LDD), anche gravi, nelle zone sottoposte a maggior pressione. Il lavoro svolto in Poliambulanza ha inteso fornire agli operatori sanitari le più aggiornate raccomandazioni, basate sulle evidenze scientifiche recuperate dalla letteratura internazionale per individuare i pazienti a rischio di sviluppare LDD, gestirli con un adeguato

piano di prevenzione e sottoporli ai necessari trattamenti qualora sviluppino LDD.

la prevenzione dell'errore in ambito anestesologico con l'utilizzo delle check list

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

analisi sistematica della qualità e della sicurezza clinica nella gestione dell'infarto miocardio acuto

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Cardiologia e UTIC
antonio.izzo@aopoma.it
Antonio Izzo, Roberto Zanini
antonio.cesare.izzo@virgilio.it

Abstract per il cittadino

Nell'ambito delle attività cliniche per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto abbiamo sviluppato un sistema di raccolta di tutti i dati necessari per misurare le nostre attività e migliorare la qualità e la sicurezza del servizio.

comunicazione di risultati 'critici' di esami di laboratorio

OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
Laboratorio di Analisi chimico cliniche Patologia clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

corretta identificazione del paziente

CASA DI CURA S. PIO X - MILANO
Tutti i Reparti di Degenza
Giorgio Tarassi
segsan.spiox.plv@camilliani.net

Abstract per il cittadino

Al fine di identificare correttamente il paziente con l'intento di ridurre gli errori derivanti dalla somministrazione di farmaci e procedure, è stato introdotto in tutti i reparti della struttura un braccialetto identificativo del paziente. I dati riportati sul braccialetto fanno riferimento al nome, cognome, sesso, data di nascita e numero progressivo della cartella clinica. Il paziente, dunque, risulta correttamente identificato in tutte le fasi del percorso assistenziale a partire dal suo ingresso nella nostra struttura.

il comanagement chirurgico ed internistico in ortopedia

OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

raccomandazioni per la esecuzione di interventi chirurgici e procedure invasive in elezione in pazienti in terapia anticoagulante orale o antiaggregante piastrinica

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Chirurgia Generale
Francesco Di Lecce, Coriolano Pulica
francesco.dilecce@aopoma.it

percorso anafilassi intraospedaliera

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Pneumologia e UTIR - SS Allergologia
Maria Teresa Costantino, Carlo Sturani
mariateresa.costantino@aopoma.it

ambulatori infermieristici per persone con stomia

Ambulatori Infermieristici per persone con stomia
S.I.T.R.A. - U.O. Gastroenterologia - Dipartimento Chirurgico
Giulia Esposito
giulia.esposito@bolognini.bg.it

Abstract per il cittadino

Al fine di offrire continuità assistenziale alle persone con stomia il presente progetto propone l'attivazione di ambulatori infermieristici nei diversi ospedali dell'Azienda Ospedaliera gestiti da infermieri esperti e coordinati dall'enterostomista aziendale. Tali ambulatori applicano un unico protocollo organizzativo e assistenziale definito a livello aziendale e condiviso con i professionisti medici specialisti. L'obiettivo è quello di garantire ai pazienti portatori di stomia una risposta assistenziale competente e tempestiva, prevenendo il più possibile temibili complicanze.

dimissione infermieristica

OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale - ICT
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

La dimissione non rappresenta l'atto finale del ricovero ospedaliero, ma assume una funzione decisiva soprattutto per coloro che necessitano di continuità assistenziale. La dimissione dovrebbe rappresentare il momento in cui viene assicurata un'attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso e vengono predisposte le operazioni necessarie per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori. Per tali motivi si sviluppa secondo un processo di pianificazione e non rappresenta un evento isolato. La sua pianificazione deve essere precoce per creare le condizioni affinché pazienti e familiari siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere.

audit emorragie post partum

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Ostetricia E Ginecologia
Isabella Marzia Maini, Gabrio Zacchè
marzia.maini@aopoma.it

Abstract per il cittadino

L'incidenza dell'emorragia severa in ambito ostetrico è stimata variare tra 4 e 5 per 1000 gravide, o 1 in 200 - 250 parti. Nei paesi industrializzati, il trattamento è in genere efficace e questo porta approssimativamente ad un caso di morte materna su 600 - 800. Tuttavia l'emorragia ostetrica rimane un problema sia in termini di mortalità che di morbidità severa. (1, 3, 11 CEMACH) Nell'ultimo report pubblicato nel Regno Unito sulle cause di mortalità materna, è stata prestata molta attenzione alla drastica riduzione di morti da emorragie ostetriche negli ultimi 50 anni e sono state sottolineate alcune possibili ragioni di ciò. (CEMACH 2003-2005). Nel 58% dei casi riportati nell'ultimo report pubblicato nel Regno Unito, è stata riconosciuta una assistenza sub-ottimale.

il sistema di vigilanza sui dispositivi medici: gestione degli incidenti e degli avvisi di sicurezza

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Farmacia / Direzione Medica di Presidio
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

Il Sistema di Vigilanza sui Dispositivi Medici nell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda prevede un approccio uniforme e coordinato alla gestione degli eventi avversi, attraverso la valutazione degli incidenti e degli avvisi di sicurezza, e l'eventuale successivo intervento correttivo. L'obiettivo del sistema di Vigilanza sui Dispositivi Medici è quello di incrementare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri, riducendo così il rischio che uno stesso tipo di incidente possa ripetersi in luoghi e in tempi diversi.

prelievo sicuro

A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI
presidio ospedaliero di Lodi
Fulvia Maria Rita Folli
fulvia.folli@ao.lodi.it

Abstract per il cittadino

con l'introduzione del braccialetto identificativo con codice a barre del paziente è stato possibile garantire una maggior tracciabilità anche dell'attività di prelievo fornendo all'operatore un ulteriore strumento di controllo per garantire la corrispondenza tra richiesta, paziente e provette inviate al laboratorio.

promozione dell'igiene delle mani

CLINICHE GAVAZZENI SPA - BERGAMO
Tutta la struttura ospedaliera
Felice Lanzeni
dirsan@gavazzeni.it

Abstract per il cittadino

I pazienti ospedalieri generalmente non stanno bene, si stanno riprendendo da un intervento chirurgico o potrebbero avere un sistema immunitario debole, per cui sono a maggior rischio di infezioni da germi. Il nostro intento è di evitare questo tipo di infezioni perchè mentre molti germi non sono nocivi alle persone sane, possono causare gravi infezioni alle persone che stanno già poco bene. Il primo e più semplice modo per evitare il diffondersi delle infezioni è che il personale medico ospedaliero, i pazienti e visitatori pratichino una buona igiene delle mani.

un possibile modello di mediazione in ambito ospedaliero

A.O. S.ANTONIO ABATE - GALLARATE
Direzione Sanitaria
Angela Trentin - Fabio Banfi
Fabio Banfi
direzione.sanitaria.azienda@aogallarate.it

Abstract per il cittadino

Che cosa si intende per mediazione? È un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderabili di un conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti per poter raggiungere un obiettivo concreto: una riorganizzazione delle relazioni che risulti il più soddisfacente possibile per tutti. Il terzo accompagna le parti a trovare esse stesse la migliore soluzione possibile per loro in quel momento. La mediazione di comunità non risolve i conflitti, ma aiuta le persone che liberamente decidano di farvi ricorso a gestirli in maniera opportuna, trasformandoli in occasioni di crescita, in opportunità. L'ospedale ritiene opportuno offrire al

cittadino che sia stato, o si ritenga, direttamente o indirettamente protagonista di eventi dannosi, un ambito di ascolto e di confronto con gli operatori coinvolti al fine di ripristinare il rapporto di fiducia con la struttura nonché con il sistema sanitario nel suo complesso. A questo scopo, nel condurre gli incontri di mediazione, la struttura potrà utilmente avvalersi dell'intervento di operatori specificatamente formati alla mediazione di comunità in sinergia, per i casi in cui la componente organizzativa e/o tecnico-professionale sia fortemente implicata, con il direttore sanitario, attore organizzativo in grado di esprimere in modo esplicito l'orientamento aziendale in merito all'utilizzo delle pratiche mediative e la piena assunzione degli elementi di rischio clinico e giuridico in capo all'organizzazione nel suo complesso. Al cittadino e all'operatore viene offerto un ambito di ascolto individuale delle loro istanze, vissuti, difficoltà. In questa fase viene proposto l'incontro congiunto che può aver luogo esclusivamente a seguito di adesione volontaria di entrambi i soggetti implicati.

pratiche no-restraint in SPDC

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Dipartimento di Salute Mentale
Andrea Pinotti
andrea.pinotti@aopoma.it

mediazione dei conflitti

FOND.IRCCS `ISTIT.NAZ.LE TUMORI` MILANO
Paolo Vigano
paolo.vigano@istitutotumori.mi.it

Abstract per il cittadino

I dati sulla responsabilità professionale medica indicano, a partire dalla fine degli anni '90, un incremento delle denunce da parte dei cittadini che, sovente, è legato a cause da ricercarsi in motivazioni differenti, di cui, fra le principali, da una parte c'è una diversa percezione del concetto di diritto alla salute da parte dei cittadini, con maggiori aspettative di risultati dalla medicina, dall'altra il mutare del modo di intendere giuridico

del concetto di colpa professionale medica. Inoltre, la riduzione della "soggezione" nei confronti dei professionisti e del sistema sanitario genera un aumento oggettivo rispetto al passato della propensione dei cittadini a chiedere risarcimenti in caso di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili ad errori o meno. Una quota delle lagnanze è oggetto di richiesta di risarcimento a causa di una inadeguata comunicazione fra l'individuo malato e/o i suoi familiari e il personale sanitario; in molti altri casi l'interessato, convinto dell'onnipotenza della medicina, vive come fallimento eventi che configurano complicanze o che si identificano con la mancata guarigione, denunciandoli come errori di trattamento. Data la complessità dei fenomeni e la loro rilevanza sono stati introdotti all'interno della Fondazione percorsi che possano mitigare i rischi collegati alla conflittualità delle relazioni tra medici/infermieri e pazienti. Tenendo in considerazione tutto quanto sopra si è costituito un gruppo di lavoro via via allargatosi per comprendere diverse figure professionali della Fondazione (medici, infermieri, psicologi, personale amministrativo). L'attività del gruppo ha portato, tra le altre cose, alla riflessione sulla circostanza che, fra le attività che è possibile adottare per fronteggiare il fenomeno del contenzioso sanitario, vi è anche la gestione, attraverso le tecniche della mediazione trasformativa, di quei casi in cui la relazione fra l'organizzazione ed il paziente ha caratteristiche di conflittualità che impediscono di far venire meno la reciproca diffidenza che si può instaurare tra gli stessi. Con il gruppo così costituito è iniziato presso la Fondazione un percorso di formazione che ci consentirà di affrontare il tema della mediazione in modo professionale. Tale percorso si sta sviluppando, nel corso degli anni 2009-2010, con una serie di lezioni (che si concluderanno nel mese di dicembre 2010) e che, fin da subito, ci hanno consentito di affrontare alcuni reclami nei quali veniva ventilata l'ipotesi di richiesta di risarcimento danni. La mediazione trasformativa dei conflitti è un processo che, attraverso la facilitazione della comunicazione operata dai mediatori, consente agli attori di un conflitto di esprimere e confrontare il proprio punto di vista (vissuti, emozioni, percezioni, opinioni, valori, ecc.) rispetto all'accaduto, così da permettere il prodursi di un riconoscimento reciproco e la creazione di un rapporto di fiducia. I benefici attesi dalla attivazione della funzione di mediazione sono i seguenti: 1) dare la possibilità ai pazienti ed ai professionisti di essere ascoltati nelle situazioni di conflitto, così da integrare i normali percorsi di accertamento dell'evento segnalato con un'attenzione alla persona che vale, da un lato, a risolvere i vissuti di abbandono sperimentati dal paziente e i suoi sentimenti ostili verso l'organizzazione e, dall'altro, a far sentire all'operatore che la Fondazione non lo lascia solo a fronteggiare una situazione critica, ma si preoccupa della sua condizione professionale/personale; 2) ridurre l'avvio di procedure giudiziarie e di

richieste di risarcimento; 3) risolvere quelle ostilità, sospettosità e spirito di rivalsa che impediscono spesso una soluzione concordata delle vicende e rimediare ad un sistema di risposte che spesso crea delusione e insoddisfazione nel paziente, aumentando la conflittualità; 4) recuperare o evitare le talora gravi perdite che si potrebbero patire in termini di immagine della Fondazione.

audit taglio cesareo per distocia

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Ostetricia e Ginecologia
Marzia Maini, Gabrio Zacchè
marzia.maini@aopoma.it

Abstract per il cittadino

L'incidenza dei TC in Italia è oggetto di particolare attenzione da parte delle Regioni e del Ministero della Salute. L'indicatore relativo alla frequenza dei TC è stato ricompreso tra quelli che costituiscono il Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. In Italia è stato stabilito un parametro di riferimento del 15-20%.

sistemi informatizzati "securblood" e "i-trac" di rintracciabilità paziente-sacca per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SIMT - DMTE
Enrico Capuzzo, Rosalia Turdo
enrico.capuzzo@aopoma.it

la prevenzione della malattia tromboembolica e tvp

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

CASA DI CURA VILLA S. GIUSEPPE
Reparto di degenza
Monica Chiussi
monica.chiussi@villasangiusepecdc.it

Abstract per il cittadino

La procedura descrive le modalità di approvvigionamento, conservazione e di preparazione delle soluzioni di elettroliti concentrate, per evitare gli errori che più frequentemente si associano all'uso improprio delle soluzioni (ad esempio quelle di potassio), garantendo però la tempestiva disponibilità del farmaco al bisogno.

miglioramento della pratica del consenso informato dei pazienti agli atti medici in chirurgia

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Chirurgia generale e d'urgenza
Coriolano Pulica
coriolano.pulica@aopoma.it

I'ospedale interculturale

OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
Direzione Infermieristica - S.C. Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

Sempre di più le Aziende Ospedaliere devono confrontarsi con la condizione delle persone straniere che, non comprendendo la lingua italiana e non conoscendo il funzionamento del sistema sanitario, rischiano di ricevere cure e assistenza non appropriate. Tuttavia queste specifiche vulnerabilità possono essere ridotte con la creazione di servizi sanitari, competenti sul piano etnico-culturale, in grado di superare quelle barriere linguistiche e culturali che creano disparità nell'accesso ai servizi e mettono a rischio la sicurezza delle cure e dell'assistenza

la prevenzione delle infezioni chirurgiche

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

La prevenzione delle infezioni chirurgiche poggia su molte azioni che in sinergia garantiscono il percorso del paziente da prima dell'ingresso in camera operatoria fino alla dimissione dall'ospedale, e al follow-up nelle settimane successive alla dimissione. Uno dei cardini della prevenzione è la profilassi antibiotica in chirurgia che per essere efficace deve rispettare alcuni criteri che si possono così riassumere: stabilire se la profilassi antibiotica è necessaria, se sì, scegliere l'antibiotico appropriato per il tipo di intervento e per le caratteristiche del paziente, al dosaggio corretto, e garantendo la somministrazione in tempi corretti. Questo percorso è una garanzia di sicurezza per il paziente, di riduzione delle resistenze batteriche agli antibiotici in ambito ospedaliero, e infine, ma

non meno importante, di contenimento della spesa sanitaria sia in termini di minor costo degli antibiotici che in termini di ricoveri più brevi, perchè non complicati.

implementazione sistema gestionale web hospital risk management

A.O. `MELLINO MELLINI` - CHIARI
Medicina Legale Gestione Rischio Clinico
Giuseppe Cutillo
medicinalegale@aochiari.it

Abstract per il cittadino

Ottimizzazione del processo di comunicazione interna aziendale nella segnalazione e gestione delle informazioni sul rischio attraverso l'informatizzazione della scheda tecnica per l'incident reporting già diffusa e utilizzata dagli operatori. Il software in oggetto permette infatti attraverso l'interfaccia utente, la segnalazione libera, anche in forma anonima, da parte dei segnalatori delle varie unità operative aziendali, e attraverso il pannello di controllo del Risk Manager, l'identificazione dei rischi, con la facile estrazione di dati statistici e circostanziati, nonché l'analisi e la trattazione delle criticità emerse attraverso la sezione gestione gruppi di lavoro aziendali/attività e piani di miglioramento. Il sistema permette di segnalare near miss, eventi avversi senza danno, eventi avversi con danno, eventi sentinella.

schemi di terapia empirica antibiotica

POLICLINICO SAN PIETRO S.P.A.
Direzione Sanitaria
Vincenzo Ferreri
qualita.psp@grupposandonato.it

Abstract per il cittadino

divulgare le migliori linee guida per la terapia antibiotica empirica in modo da migliorare la qualità delle cure erogate ai pazienti.

elaborazione triage trasfusionale

A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO
Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT),
Presidio di Busto Arsizio
Giovanni Provetti
gcrovetti@aobusto.it

Abstract per il cittadino

Lo sviluppo di un protocollo di Triage Trasfusionale si inserisce un processo di ottimizzazione della gestione della richiesta trasfusionale in relazione al grado di urgenza della stessa.

identificazione paziente

CASA DI CURA MATER DOMINI - CASTELLANZA
Federica Neuroni
federica.negrone@materdomini.it

Abstract per il cittadino

Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente IDENTIFICAZIONE del PAZIENTE Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale del paziente e possono riguardare pazienti sedati o disorientati ma anche pazienti vigili. Tutto il personale sanitario e di supporto che si trova coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni al paziente deve effettuare la corretta identificazione dello stesso. Al fine di garantire la sicurezza del paziente e prevenire il rischio di errore, Humanitas Mater Domini, promuove la formazione di tutto il personale affinché l'identificazione del paziente avvenga : durante il momento della visita e all'atto della prescrizione terapeutica da parte dei medici durante la somministrazione della terapia farmacologia da parte degli infermieri prima della preparazione del paziente per un'indagine diagnostica da parte di tutti gli operatori sanitari prima di una trasfusione di sangue durante ogni altro atto che preveda la sicurezza dell'univocità del paziente durante il trasporto in o da un altro servizio e durante il trasporto in o dalla sala operatoria Per far sì che la pratica di corretta identificazione del paziente fosse il più sicura possibile, la strategia adottata in Humanitas

Mater Domini è stata l'introduzione del braccialetto identificativo in tutte le unità operative e servizi di cura. Tale strumento contiene le informazioni che permettono di identificare in maniera univoca il paziente : nome - cognome - data di nascita - unità operativa - numero cartella clinica. Le informazioni stampate sul braccialetto sono fornite in automatico dal sistema informativo che ne produce la relativa stampa al termine dell'accettazione amministrativa e che il personale amministrativo inserisce nella cartella clinica del paziente. Il personale infermieristico che accoglie il paziente in unità operativa o servizio, applica il braccialetto al polso o alla caviglia dello stesso avendo cura di verificare che il braccialetto non sia di intralcio alle eventuali manovre mediche necessarie durante la cura del paziente e/o non corrisponda in caso di pazienti operandi al lato/sito chirurgico. In caso di trasferimento interno del paziente, anche in caso di invio dal pronto soccorso, è cura del personale infermieristico del reparto accettante, effettuare la sostituzione del braccialetto dopo aver identificato il paziente e averlo sostituito con quello aggiornato. IDENTIFICAZIONE RISCHIO CADUTE e ALLERGIE A seguito della valutazione del paziente e per la sicurezza dello stesso, apposite etichette identificative vengono applicate al braccialetto, diventandone parte integrante, dal personale infermieristico per la segnalazione di : RISCHIO CADUTA ; colore BLU ALLERGIE - colore ROSSO In questo modo gli eventuali rischi sopra indicati, possono essere facilmente riconosciuti da tutto il personale che segue la cura del paziente, all'interno della propria degenza e presso i servizi di diagnosi e cura presso i quali potrebbe essere necessario inviare il paziente per l'esecuzione di indagini/procedure. CHECK LIST - TIME OUT Al braccialetto identificativo, durante tutti i processi di cura del paziente, sono stati associati specifici strumenti organizzativi, più comunemente denominati "check list" di controllo. Si tratta di documenti ufficiali, che allegati alla cartella clinica, consentono di verificare prima di ogni atto chirurgico e/o indagine diagnostica : identità del paziente, corretto lato e sito chirurgico, consenso informato all'effettuazione dell'intervento, corretta posizione del paziente per eseguire l'intervento, disponibilità di dispositivi, attrezzature speciali, numero delle garze e della strumentazione utilizzata.

polmoniti di comunità

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

procedura per il corretto utilizzo soluzioni concentrate di potassio

A.O. FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO-MILANO
U.O. Farmacia
Giovanni Monza
giovanni.monza@fbf.milano.it

Abstract per il cittadino

La procedura descrive le modalità per la conservazione ed il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio al fine di prevenire il rischio di sovradosaggio accidentale derivante dall'uso improprio.

riduzione della presenza di soluzioni concentrate di potassio nei reparti di degenza

A.O. `S.CARLO BORROMEO` - MILANO
Dipartimento di Sicurezza Clinica
Emanuela Marinello
Dir.Medica.Presidio@sancarlo.mi.it

Abstract per il cittadino

Per ridurre il rischio clinica legato all'uso di soluzioni elettrolitiche concentrate sono state definite le aree in cui è presente la soluzione diluita, sono state aggiornate ed elaborate specifiche IO, che vengono divulgate capillarmente nei reparti dal Dipartimento di Scienze Farmacologiche in collaborazione con il SITRA.

conteggio materiale utilizzato durante l'intervento chirurgico

POLICLINICO SAN PIETRO S.P.A.
blocchi operatori
Vincenzo Ferreri
qualita.psp@grupposandonato.it

Abstract per il cittadino

continuo ed efficace monitoraggio e controllo e prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.

miglioramento della metodica di consegna dell'esame istologico al paziente

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
Chirurgia Generale Mini-invasiva e Oncologia
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

Abstract per il cittadino

Il paziente dopo l'intervento verrà convocato in un giorno stabilito e gli verrà comunicato l'esito dell'esame istologico, verrà precisato quale sarà l'iter terapeutico e quali dovranno essere le aspettative in merito alla patologia di cui è affetto.

processo decisionale di fine vita in UTIR: effetti di un programma di miglioramento

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
SC Pneumologia e UTIR
Carlo Sturani, Vanni Galavotti
carlo.sturani@aopoma.it

audit strutturati in chirurgia generale

A.O. `CARLO POMA` - MANTOVA
Chiurgia Generale
Coriolano Pulica
coriolano.pulica@aopoma.it

identificazione del paziente

CASA DI CURA VILLA S. GIUSEPPE
Reparto di degenza e ambulatorio
Monica Chiussi
monica.chiussi@villasangiusepecdc.it

Abstract per il cittadino

La procedura è utile per garantire il riconoscimento del paziente in senso univoco. Per le visite effettuate nel poliambulatorio è necessario che il personale di accettazione verifichi l'identità del paziente al momento della pagamento del ticket. Successivamente è compito del medico specialista verificare prima dell'inizio della visita, l'identità del paziente. Per il reparto di degenza sono in uso i braccialetti identificativi per facilitare il riconoscimento, comunque per tutti i pazienti deve essere utilizzato il metodo di riconoscimento tramite richiesta di nome, cognome e data di nascita.

la prevenzione delle cadute del paziente

A.O. `OSP.NIGUARDA CA'GRANDA` -MILANO
SC Qualità e Sicurezza Clinica - Direzione Infermieristica
Luciana Bevilacqua
luciana.bevilacqua@ospedaleniguarda.it

implementazione di un nuovo approccio all'impiego del mezzo di contrasto organo- iodato per via iniettiva (MDC)

PRESIDIO OSPEDALIERO FERMO
U.O.S. Dip. NEURORADIOLOGIA
Andrea Vesprini
a.vesprini@asl11.marche.it

Abstract per il cittadino

Il mezzo di contrasto organo-iodato per via iniettiva (Mdc) è molto usato in Diagnostica per Immagini, per esempio in caso di molti esami eseguiti con la TAC. Come per qualunque altro farmaco introdotto nell'organismo, alle volte si possono osservare nel paziente che assume il Mdc delle reazioni avverse, per esempio di tipo allergico, anche molto gravi. E' opportuno quindi assumere tutte le precauzioni possibili per ridurre al minimo gli effetti dannosi al paziente che potrebbero derivare dall'uso del Mdc. A tal fine la metodologia presentata prevede l'inquadramento clinico del paziente con la compilazione da parte del medico inviante di una semplice nota informativa col calcolo del filtrato glomerulare, previa dosaggio della creatininemia (esame di laboratorio a basso costo). Ciò ha anche lo scopo di evidenziare eventuali fattori di rischio all'uso del Mdc. I fattori di rischio sono: l'insufficienza renale, il diabete, l'ipertiroidismo, una precedente reazione allergica allo iodio, l'insufficienza epatica, l'asma, le allergie e l'insufficienza cardiovascolare gravi, il mieloma multiplo, la disidratazione, l'etilismo, l'uso di alcuni farmaci. Solo per i pazienti a rischio saranno richiesti accertamenti aggiuntivi e/o trattamenti prima e dopo l'esame con mezzo di contrasto.

la sorveglianza degli esiti nella gestione dei pazienti con catetere venoso centrale

A.O.U. OSPEDALI RIUNITI - ANCONA
Direz. Med. Osp., Div. Anest. e Rianim., Ch. Vascolare, Nefrol.

e Dialisi, Medicina Gen., Medicina Gen.-Sett. Subintensivo, Clinica Oncologia, Clinica Ematologia, Dietologia e Nutrizione, Malattie Infettive, Clinica Malattie Infettive, Clinica Medica
Dr. R. Papa, Dr.ssa B. Gabrielli, Dr. M. Marcosignori, Dr. G. Serafini
roberto.papa@ospedaliriuniti.marche.it

Abstract per il cittadino

L'obiettivo del progetto è quello di raccogliere i dati relativi a tutti gli esiti rilevati nei pazienti in cui viene posizionato un catetere venoso centrale. Per esiti si intendono tutti gli eventi conseguenti alla procedura di posizionamento e alla gestione nel tempo dei cateteri. I risultati che ne deriveranno consentiranno di mettere in atto le azioni correttive necessarie per ridurre le complicanze connesse ai cateteri venosi centrali.

PIEMONTE

etichettatura automatica delle provette di laboratorio

AL - ASL
Dipartimento area diagnostica
Cristiana Bertoglio
cbertoglio@aslal.it

Abstract per il cittadino

Presso i centri prelievi dei Laboratori Analisi del Presidio ospedaliero di Ovada e Valenza appartenenti alla ASLAL sono presenti rispettivamente un BC robo 585 e un BC robo 888 . Dopo l'accettazione del paziente, presso la segreteria del Laboratorio e l'elaborazione dei dati anagrafici, l'apparecchiatura produce tutte le provette necessarie per effettuare il prelievo già correttamente etichettate, munite di codice a barre e poste automaticamente dentro un vassoio.

nuova scheda di registrazione per il lavaggio del port-a-cath

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA
SSVD di Oncologia / Referente dott. Incoronata Romaniello
(incoronata.romaniello@asl.novara.it)
Daniela Costa
dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

Sapere chi ha lavato il port-a-cath e con quale soluzione fisiologica è importante in caso di infezioni al fine di permettere valutazioni microbiologiche e monitorizzare gli altri pazienti che sono stati sottoposti al lavaggio con la stessa fisiologica.

check list in sala operatoria

TO2 - ASL
S.C. Ostetricia e Ginecologia - Ospedale Maria Vittoria
referente di progetto Dr.ssa Raffaella Enria
Raffaella Enria
renria@hotmail.com

Abstract per il cittadino

Il progetto ha come fine quello di migliorare la qualità del servizio alla paziente riducendo il rischio di errore da parte del personale sanitario (chirurgo-anestesista- infermiera). La possibilità di errore viene ridotta imponendo un triplo controllo della paziente che accede in sala operatoria: (all'ingresso, prima dell'intervento chirurgico e prima di uscire dalla sala operatoria) riportando su un apposita scheda l'identità della paziente, il tipo di trattamento ed il sito chirurgico, eventuali rischi specifici legati al trattamento o allo specifico quadro clinico. In letteratura internazionale si evince che l'applicazione di protocolli di questo genere riduce il rischio di errore medico.

percorso diagnostico terapeutico assistenziale artroprotesi d'anca

OSPEDALI RIUNITI A.S.L. 14
ASL VCO (Ospedali eTerritorio)
Margherita Bianchi
margherita.bianchi@aslvc.it

Abstract per il cittadino

La realizzazione di un percorso clinico assistenziale è un'occasione per porsi nella prospettiva del cittadino-utente che, si pone le seguenti domande: · Dove mi rivolgo? · A chi? · Con quali prospettive temporali (liste d'attesa, tempi di attesa)? · Con quali garanzie sanitarie? · Con quale qualità assistenziale? · Con quale esito? Quando parliamo di cittadino-utente-cliente-paziente, integriamo una serie di forme concettuali dove al malato (paziente) si riconosce il diritto di accedere a un servizio (utente) in quanto soggetto sociale (cittadino), secondo una

formula che preveda la possibilità di scegliere (cliente). Perché un cittadino possa scegliere deve essere posto nella condizione di poter accedere a tutte le informazioni che ritiene utili attraverso i diversi canali informativi (MMG, Aziende sanitarie, Professionisti, mass media). La presa in carico del paziente attraverso la realizzazione di un percorso di diagnosi, cura ed assistenza risponde anche a questa finalità.

procedura per la gestione in sicurezza delle urgenze psicopatologiche in età evolutiva

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA
Neuropsichiatria Infantile Referente dott. C.A ZAMBRINO
dott. F. GUCCIONE (carloalberto.zambrino.it)
Daniela Costa
dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

Le urgenze psicopatologiche in età adolescenziale, pongono rilevanti problemi gestionali e la necessità di una pronta attivazione di interventi multidisciplinari. Sebbene la maggioranza dei pazienti in età evolutiva con disagio mentale vengano assistiti a livello ambulatoriale, in caso di urgenze psicopatologiche che comportino interventi diagnostico-terapeutici in regime di ricovero è necessario attivare una corretta, immediata e sicura procedura operativa. Le finalità del presente progetto sono: -offrire una soluzione sicura, al problema delle urgenze psicopatologiche dell'età evolutiva, specialmente nella fascia d'età adolescenziale; -favorire la continuità assistenziale nei percorsi ospedale-territorio; -ridurre la mobilità passiva per i disturbi psicopatologici gravi dell'adolescenza.

'prevenzione degli errori di trascrizione terapeutica nel contesto delle cure al domicilio'

TO2

S.C. Cure Domiciliari e Disabilità Distretti Circostrizione 4 e
Distretto Circostrizione 5

referenti di progetto: CPSE Gemma GIORDANO, CPSE

Giovanna DANIELE

Gemma Giordano

gemmag1961@yahoo.it

Abstract per il cittadino

La letteratura offre un'ampia gamma di documenti che evidenziano come il problema degli errori terapeutici in ambito ospedaliero siano fonte certa di danno al paziente, mentre scarso è il materiale elaborato nel contesto delle Cure Domiciliari, seppur questo sia un settore all'interno del quale l'infermiera si trova a gestire la terapia e soprattutto metta in atto interventi educativi indirizzati al care-giver, volti a trasmettere conoscenze e capacità che garantiscano il maggior livello di autonomia della famiglia nel prendersi cura del proprio congiunto, anche rispetto ad alcune fasi della gestione terapeutica. Alla luce di tali aspetti, tenuto conto delle criticità rilevate all'interno del contesto operativo delle Cure Domiciliari e riferite alle 'ripetute trascrizioni terapeutiche', si è deciso di analizzare la specifica problematica ed ipotizzare soluzioni volte a sviluppare una strategia preventiva dei possibili errori legati a tale modalità operativa che, anche dalla letteratura, risultano essere i più frequenti nella gestione del percorso del farmaco.

monitoraggio degli errori in fase pre-analitica mediante la registrazione delle non conformità dell'attività "immunoistochimica"

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA

SoSD Qualità e Gestione del Rischio

Anatomia Patologica Referente dott. Silvia Cristina

(silvia.cristina@asl.novara.it)

Daniela Costa

dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

La metodica Immunoistochimica è una tecnica ancillare di ausilio nella diagnostica isto-citopatologica. La registrazione delle criticità ed errori di allestimento dei preparati di immunoistochimica consente di ridurre le possibilità di errore diagnostico dovuto a fattori pre-analitici.

prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale

T02

Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia/Birago di Vische
Valeria Borgomanero
valeria.borgomanero@aslto2.it

Abstract per il cittadino

Le cadute dei pazienti durante le pratiche di cura costituiscono un problema significativo nel contesto ospedaliero. La caduta, specie nell'anziano, oltre ad essere un evento frequente è un evento da temere anche per le possibili conseguenze sia per possibili residue riduzioni del movimento che derivano dal trauma, sia per i risvolti psicologici rappresentati da perdita di sicurezza nei movimenti con paura di cadere nuovamente. È quindi importante realizzare degli interventi che prevenzano, per quanto possibile, il verificarsi di questo evento e che prendano in considerazione il contenimento di quei fattori, sia legati alla persona, sia all'ambiente, che possono aumentare il rischio di caduta. Proprio per questo nel comprensorio ospedaliero è stato avviato questo progetto che si propone di ridurre il verificarsi di cadute accidentali del paziente ricoverato agendo sia sulla situazione strutturale e dei dispositivi in uso, sia sulla rilevazione della potenzialità di rischio di ogni singolo paziente al momento del ricovero, sia segnalando l'evento quando accade ed analizzando la modalità di accadimento, sia formando e informando operatori ed utenti sul rischio e sulle modalità di prevenzione e gestione.

gestione del processo di trasfusione all'interno della struttura sanitaria

TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO
SoSD Sistema Qualità e Gestione del Rischio
Alessandra D'Alfonso
alessandrato@hotmail.it

le cadute nelle strutture sanitarie: dall'atteggiamento re-attivo a quello pro-attivo

TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO
SoSD Sistema Qualità e Gestione del Rischio
Alessandra D'Alfonso
alessandrato@hotmail.it

procedure operative per la sicurezza trasfusionale

OSPEDALI RIUNITI A.S.L. 14
Dipartimento Chirurgico, Dipartimento Materno Infantile,
Servizio ImmunoTrasfusionale
Margherita Bianchi
margherita.bianchi@aslvc.it

Abstract per il cittadino

Le reazioni avverse per errore trasfusionale rappresentano il 70% di tutti gli eventi avversi e, tra queste, circa il 20% sono riconducibili a incompatibilità ABO e dipendono per lo più da una errata identificazione del paziente. L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresentano un importante fattore di rischio che può determinare il verificarsi di questi eventi. Scopo delle procedure è fornire agli operatori le modalità operative di gestione di un'attività semplice ma critica, al fine

di favorire la messa in atto comportamenti codificati e condivisi atti a prevenire reazioni avverse riducendo i fattori di rischio

procedura operativa per il servizio di trasporto assistito materno (STAM)

OSPEDALI RIUNITI A.S.L. 14
Ostetricia e ginecologia
Margherita Bianchi
margherita.bianchi@aslvc0.it

Abstract per il cittadino

Scopo della procedura operativa per il trasporto assistito materno (trasporto in utero) è facilitare l'accesso della gravida e del futuro neonato alle strutture sanitarie di livello adeguate ai bisogni di salute della madre e del feto nei casi di gravidanze e parti potenzialmente a rischio.

indicazioni per l'impiego di farmaci ad alto rischio

TO2
Unità di gestione del rischio clinico dell'ASL TO 2
Maurizia Marengo
mazengo@aslto2.it

Abstract per il cittadino

Prevenire gli eventi avversi dovuti agli errori nella gestione dei farmaci è una priorità nell'assistenza ai pazienti. L'ASL TO 2 ha recepito l'importanza di questa raccomandazione ministeriale stendendo una procedura aziendale coinvolgendo gli operatori sanitari al fine di colmare le carenze organizzative, l'insufficiente comunicazione tra le diverse figure professionali o tra medici e pazienti/famigliari che portino a tali errori.

il processo del farmaco (esclusi i chemioterapici) in ambito ospedaliero

TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO
SoSD Sistema Qualità e Gestione del Rischio
Alessandra D'alfonso
alessandrato@hotmail.com

progetto pilota per la valutazione del fabbisogno di promozione della salute tra i pazienti ospedalizzati

TO2
SoS BENESSERE ORGANIZZATIVO - Direzione Sanitaria
Ospedale Maria Vittoria
Teresa Emanuele
emanuele@aslto2.it

Abstract per il cittadino

La valutazione dei fattori di rischio al momento della presa in carico dei pazienti in ambito ospedaliero è un obiettivo finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani, i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute. Quattro sono i grandi fattori che incidono sulla salute: l'eredità genetica, l'ambiente fisico e psicosociale, lo stile di vita, lo stato dei servizi medici disponibili per la prevenzione e la cura delle malattie. Nell'ambito del continuo processo di miglioramento assistenziale previsto dalla partecipazione ai programmi di accreditamento istituzionale, si è deciso di sistematizzare la raccolta dei dati relativi al fabbisogno di promozione della salute dei pazienti ospedalizzati presso i reparti di ricovero.

registrazioni e segnalazioni degli eventi avversi per migliorare la sicurezza del processo della donazione

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA
Servizio Immuno Trasfusionale
Referente dott. Marcella Tarditi
(marcella.tarditi@asl.novara.it)
Daniela Costa
dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

Donare il sangue è un atto di consapevolezza e sensibilità. Chiunque nel corso della propria vita potrebbe trovarsi nella condizione di dover ricevere sangue e questo è possibile solo grazie alle persone che donano. Oltre a tutelare i donatori assicurando che la donazione avvenga nelle condizioni di massima sicurezza è importante monitorare l'eventuale verificarsi delle rare ma possibili reazioni avverse gravi nei donatori. A questo proposito nasce l'esigenza di notificare le possibili reazioni avverse attraverso un sistema di raccolta dati nazionale.

fornitura diretta presidi sanitari

TO2
Medicina Fisica Riabilitativa e Direzione Sanitaria Ospedale
Maria Vittoria
Referenti di Progetto: Dr. Pierangelo Naretto e Dr.ssa Tiziana
Iacomussi
Pierangelo Naretto
naretto@aslto2.it

Abstract per il cittadino

Il progetto si rivolge a quella parte dei cittadini che per motivi di salute sono costretti ad usufruire dei presidi sanitari, concessi in prestito gratuito dalle ASL di residenza, per i quali normalmente si deve seguire

un iter piuttosto complesso .Questo iter è ancora più complesso nel momento in cui il Paziente è ricoverato presso una struttura ospedaliera.

procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi mascellare/mandibolare nei pazienti in trattamento con bifosfonati ad alte dosi terapeutiche

TO2

SoSD Vigilanza sui Dispositivi Medici e Risk Management
Ospedali Maria Vittoria Amedeo di Savoia Birago di Vische

Anna Brunetti

brunetti@aslto2.it

Abstract per il cittadino

I bifosfonati sono farmaci usati nel trattamento di malattie tumorali e del metabolismo che coinvolgono l'osso e che presentano un buon effetto sulla riduzione del dolore a ciò associato. In genere questi farmaci sono ben tollerati, ma talvolta la somministrazione ad alte dosi potrebbe associarsi ad un effetto avverso potenzialmente grave: l'osteonecrosi della mascella-mandibola che è un'infezione necrotizzante (l'osso della bocca si scopre talvolta con dolore o malessere, altre volte senza sintomi) che ha scarsa tendenza alla guarigione. L'effetto negativo sopra descritto si verifica più frequentemente nella somministrazione endovenosa del farmaco ad alte dosi, è il caso della cura di alcuni tumori, ma in alcuni casi, anche se con frequenza molto ridotta, è comparso anche in trattamenti prolungati per via orale o endovenosa a basso dosaggio. Per questo motivo sono state sviluppate linee guida internazionali e raccomandazioni nazionali per la prevenzione delle complicanze, soprattutto nei pazienti tumorali. Per uniformare le attività degli operatori dei settori che in ospedale si occupano di oncologia, odontostomatologia e malattie metaboliche dell'osso ed adeguarle alle suddette indicazioni di attenzione alla prevenzione, è stata predisposta una procedura interna specifica ed un opuscolo di raccomandazioni per gli utenti.

comunicazione a mmg/curante di valori critici per una corretta e sicura gestione del paziente

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA
Laboratorio Analisi
Referente Dott. Sara Francione
labo.bor@asl.novara.it
Daniela Costa
dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

Il laboratorio analisi si impegna a comunicare direttamente al medico curante il riscontro di risultati critici per la salute del paziente. I valori critici sono stati identificati sulla base di raccomandazioni internazionali e la gestione delle modalità di comunicazione dei dati è stata definita mediante una procedura condivisa con i medici di medicina generale.

istruzione operativa su "richiesta informatizzata per emocomponenti"

OSPEDALE UNICO DEL VERCELLESE
Risk Management, Direzione Medica di Presidio, Servizio
Immunotrasfusionale, SITROP
Germano Giordano, Giovanni Camisasca
germano.giordano@aslvc.piemonte.it

Abstract per il cittadino

prevenzione rischio emotrasfusionale per incompatibilità ABO.

la formazione sul campo finalizzata all'acquisizione di strumenti per la gestione del rischio

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA
Direzione Sanitaria - dott. Arabella Fontana
arabella.fontana@asl.novara.it
Daniela Costa
dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

Qualsiasi percorso di diagnosi e cura, come noto, ha alcuni punti particolarmente critici o delicati che possono fare la differenza tra salute/non salute, malattia/guarigione, addirittura vita/morte. Alcuni di questi passaggi sono conosciuti a priori e per garantire che siano attuati nel modo corretto vengono gestiti con rigide procedure, altri emergono solo a posteriori quando qualcosa va "storto" e ripercorrendo a ritroso il percorso si riesce ad individuarli. Per questo è assolutamente indispensabile poter disporre di alcuni strumenti di "monitoraggio" dei punti critici o -comunque- delle attività per consentire agli operatori di individuare i punti di debolezza del sistema e correggerli, prima che sia tardi. L'audit clinico può rappresentare uno di questi strumenti. Per questo nell'ASL NO è stato fatto un corso di formazione sul campo, ossia durante l'attività lavorativa quotidiana per insegnarlo agli operatori del Dipartimento Chirurgico. Dal corso e da una prima applicazione dello strumento sono emerse, ad esempio, alcune criticità nella gestione degli antibiotici per la profilassi pre-intervento, consentendo di risolverle ed evitare, quindi, rischi per il paziente.

l'attività fisica come cura del diabete

AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE
Dipartimento di Medicina/SC di Endocrinologia - S.S. di
Diabetologia
Giampaolo Magro
magro.g@ospedale.cuneo.it

Abstract per il cittadino

La malattia diabetica sta aumentando in modo esponenziale anche per le alterate abitudini di vita (sedentarietà, cattiva alimentazione); se non curato bene il diabete aumenta il rischio di ricovero, di complicanze vascolari e di decessi precoci. Per combatterne la diffusione è utile mettere in campo strategie diverse, non solo di tipo farmacologico. L'attività fisica proposta con un opportuno counselling ha dimostrato di essere efficace e di alto valore educativo.

prevenzione degli errori di dispensazione nella distribuzione diretta di medicinali

OSPEDALI RIUNITI ASL 13 NOVARA

S.C. FARMACIA

Referente dott. Loredana Donetti

loredana.donetti@asl.novara.it

Daniela Costa

dad.qualita@asl.novara.it

Abstract per il cittadino

Garantire una corretta dispensazione per singolo paziente di medicinali alla dimissione. Gli errori in terapia più frequenti avvengono alla consegna di farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per l'aspetto simile delle confezioni. Oltre alla corretta consegna della terapia, una delle possibili strategie per migliorare la compliance alla terapia e per evitare o gestire le eventuali reazioni avverse a farmaci risiede nell'informazione rivolta sia al paziente. Ai pazienti che ritirano la propria terapia dopo dimissione vengono fornite informazioni sulle corrette modalità di gestione della terapia. In quest'ottica, vengono anche distribuite, da parte della Farmacia, apposite schede che riportano informazioni scritte per il paziente sulle modalità di assunzione dei farmaci prescritti, sui principali eventi avversi, e sulle possibili interazioni. Il linguaggio utilizzato è semplice e diretto al fine di incrementare la comprensibilità da parte dell'utente.

progetto scheda terapeutica integrata

TO2 Torino
MALATTIE INFETTIVE DIVISIONE A - DEGENZA Ospedale
Amedeo di Savoia
Valeria Borgomanero
valeria.borgomanero@aslto2.it

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

elaborazione di una line guida sulla prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige

AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO - ASL
Direzione Tecnico-Assistenziale e Direzione Sanitaria
Maria Carla Joris
Maria-Carla.Joris@provincia.bz.it

Abstract per il cittadino

La linea guida sulla prevenzione delle, cadute vuole offrire ai professionisti uno strumento basato sulle evidenze scientifiche finalizzato a prevenire le cadute prevedibili nei pazienti e negli ospiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

i Kis

AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO
Servizio di informatica
Anita Tschafeller
anita.tschafeller@sb-bruneck.it

Abstract per il cittadino

Il sistema informatico iKIS è un sistema informatico che integra completamente tutte le attività della gestione clinica, di prenotazione, di refertazione ed amministrativa in modo estremamente semplice.

**elaborazione di una procedura provinciale
finalizzata all'implementazione del sistema
simes (secondo dm 11 dicembre 2009
"istituzione del sistema informativo sugli errori
in sanità)**

AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO - ASL
Ufficio SCAA (Servizio Centrale Autorizzazioni ed
Accreditamento, Qualità, Rischio Clinico ed HTA) della
provincia autonoma di Bolzano (Dott. Horand Meier, Dott.ssa
Maria Carla Joris, Dott. Massimo Lubian)
Maria Carla Joris
Maria-Carla.Joris@provincia.bz.it

Abstract per il cittadino

Con l'entrata in vigore del DM 11 dicembre 2009 "Istituzione del Sistema Informativo sugli Errori in Sanità, agli operatori sanitari viene chiesto di segnalare gli eventi sentinella ed i sinistri al fine della mappatura degli stessi, della comprensione delle cause e dei fattori contribuenti ed in modo da identificare azioni correttive tese alla loro prevenzione. Si è resa quindi necessaria l'elaborazione di una procedura che permettesse la concreta realizzazione di quanto previsto dal suddetto DM che riguarderà tutti gli eventi sentinella.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

esperienza di utilizzo integrato di un blocco operatorio nella rete ospedaliera trentina

TRENTO

Unità Operativa Anestesia e Unità Operativa Chirurgia,
Presidio Ospedaliero S. Lorenzo di Borgo Valsugana (Trento)
Marisa Dellai
marisa.dellai@apss.tn.it

Abstract per il cittadino

L'esperienza garantisce ai cittadini la realizzazione di interventi chirurgici in regime di day surgery, in un ospedale di Distretto (Presidio Ospedaliero S. Lorenzo di Borgo Valsugana, Trento), afferente alle rete ospedaliera della Provincia di Trento, riducendo i tempi di attesa, rispettando criteri omogenei e trasversali di appropriatezza clinica e sicurezza. L'esperienza, ad oggi consolidata, ha avuto inizio nel 2008 e rappresenta un esempio di miglioramento della efficienza nell'utilizzo delle risorse, oltre che di valorizzazione del ruolo e responsabilità dei professionisti coinvolti (medici ed infermieri).

Il patto con il cittadino si basa sul principio della centralità dei bisogni della persona offrendo la possibilità di usufruire in tempi brevi di prestazioni chirurgiche sicure e di qualità in un Ospedale che può non necessariamente corrispondere a quello di riferimento rispetto alla residenza dell'utente.

il foglio unico di terapia: esperienza della casa sollievo della sofferenza

OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA
Risk Management e Qualità
Luigi Pacilli
lpacilli@operapadrepio.it

Abstract per il cittadino

Nell'ambito del rischio clinico particolare rilievo riveste quello farmacologico legato alle reazioni avverse da farmaci ed agli eventi avversi da farmaci. In Italia sugli 8 milioni di persone ricoverate ogni anno, circa il 4% sarebbe dimesso con danni o malattie dovuti a errori di terapia o a disservizi e i decessi si aggirerebbero tra i 30.000 e 35.000 (Documento della commissione tecnica sul rischio clinico - 2004). In più durante il ricovero in Ospedale il 3% dei pazienti è esposto ad un evento avverso da farmaci (Farmacovigilanza news bollettino ufficiale dell'AIFA; n. 16/17 Dic 2006). Anche le conseguenze economiche sono gravissime. In ogni caso, è noto che almeno la metà degli eventi avversi da farmaci è prevenibile con la formazione dei professionisti, con adatte misure organizzative e con l'utilizzo corretto dello strumento informatico (Sole 24 Ore Sanità; 8-14 nov 2005 pag. 26). Ebbene, al di là di interventi o procedure o tecnologie per ridurre il rischio clinico che richiedono investimenti maggiori (es. cartella clinica elettronica, sistemi di prescrizione informatizzata, braccialetti identificativi RFID etc.), l'adozione del Foglio Unico di Terapia, praticamente a costo zero, appare un intervento con un favorevolissimo rapporto costo/efficacia, visto che gli eventi avversi da farmaco non riguardano solo la fase di somministrazione (38%), ma, soprattutto la fase di prescrizione (39%), di trascrizione della terapia (12%) e la fase di dispensazione/allestimento del farmaco (11%). Il progetto di implementazione del Foglio Unico di Terapia in Casa Sollievo della Sofferenza costituisce una specifica implementazione della raccomandazione n. 7 emanata dal Ministero della Salute. È stata effettuata una ricerca in letteratura di modelli di procedure e di fogli unici di terapia già validati. Sono stati predisposti una procedura ed un modulo standard che sono stati sottoposti a revisioni in diverse successive riunioni tra il Gruppo di lavoro sui farmaci

ed il Personale dei Reparti interessati. Ciò allo scopo di adattare il FUT alle esigenze pratiche ed operative specifiche dei diversi Reparti, nella prospettiva di un percorso di miglioramento della qualità condiviso e trasparente, che preveda il coinvolgimento attivo e la fattiva collaborazione del Personale del Reparto con gli specialisti del Gruppo di lavoro sui farmaci. Nel Settembre 2008 sono stati individuati 2 reparti pilota (Endocrinologia e Ginecologia ed Ostetricia) ed ha preso avvio la fase di addestramento e sperimentazione che ha consentito di far emergere ulteriori punti critici e difformità che hanno portato ad ulteriori definitive modifiche e che si è conclusa nell'Aprile 2009, con l'adozione definitiva della nuova procedura (maggio 2009). L'esperienza è già conclusa positivamente nei due Reparti pilota che hanno iniziato per primi (Endocrinologia e Ginecologia ed Ostetricia) e nelle UUOO di Medicina Interna, Chirurgia Toraco-polmonare, Geriatria, Ematologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Neurochirurgia e Oncologia che hanno già concluso l'iter del piano applicativo nel corrente mese di Ottobre 2010. Attualmente è in corso la fase di sperimentazione in altre 13 UU.OO. (Pediatria, Chirurgia vascolare, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-facciale, Odontoiatria, Medicina Nucleare, Radioterapia, Cardiologia, Medicina fisica e riabilitazione, Riabilitazione Cardiologica, Chirurgia Senologica, Dermatologia, Oculistica). Il progetto, dopo le iniziali resistenze al cambiamento, è stato accolto molto favorevolmente, sia da parte del Personale medico che di quello infermieristico. Infatti, l'uso del FUT, nonostante abbia richiesto una modificazione di comportamenti e di modalità operative ormai consolidate, ha abolito il processo di trascrizione della terapia dalla cartella clinica a quella infermieristica, con conseguente prevedibile riduzione degli errori di trascrizione/interpretazione ed ha portato ad una razionalizzazione nelle modalità operative di somministrazione dei farmaci.

percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per la prevenzione ed il trattamento dell'osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati

OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA
Risk Management e Qualità
Luigi Pacilli
lpacilli@operapadrepio.it

Abstract per il cittadino

I bifosfonati per via endovenosa vengono utilizzati come terapia di riferimento per diverse patologie oncologiche coinvolgenti l'apparato scheletrico, dalle metastasi ossee all'ipercalcemia neoplastica. Nonostante tali farmaci forniscano ottimi risultati, il loro sempre più largo impiego ha portato all'aumento dei casi di osteonecrosi dei mascellari (di seguito ONM), una patologia necrotizzante dell'osso complicata da sovrainfezioni batteriche, con scarsa tendenza alla guarigione che clinicamente si presenta come un'esposizione dell'osso alveolare che insorge spontaneamente o, più spesso, diviene evidente in seguito ad una procedura chirurgica odontoiatrica come avulsioni dentali, interventi di chirurgia parodontale o il posizionamento di impianti dentali (1, 2). L'efficacia della prevenzione odontoiatrica e dei controlli periodici nel ridurre significativamente l'incidenza di ONM nei pazienti trattati con bifosfonati è stata dimostrata in diversi studi (3) . Pertanto, anche sulla base delle indicazioni della Raccomandazione n. 10 del Ministero della Salute del Settembre 2009, relativa alla "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati" (4), l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" ha predisposto un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale aziendale condiviso ed approvato dalle S.C. di Risk Management e Qualità, Odontostomatologia, Oncologia ed Ematologia per la prevenzione ed il trattamento di tale patologia, che prevede anche una specifica modulistica comprendente, oltre al modulo informativo per il paziente, alla lettera per il Medico curante, al modulo di farmacovigilanza, anche una "scheda di assistenza odontoiatrica per paziente da sottoporre a terapia con bifosfonati/già in trattamento con bifosfonati" che consente al Medico specialista oncologo/ematologo ed all'Odontoiatra di "dialogare" e di seguire il paziente in maniera collaborativa. BIBLIOGRAFIA 1. Robert E. Marx: L'osteonecrosi dei Mascellari da bifosfonati. Quintessenza edizioni - Milano, 2009 2. Dixon RB, Tricker ND, Garetto LP. Bone Turnover in elderly canine mandibole and tibia. Abstract 2579 - J Dent Res 1997;76:336. 3. Ripamonti CI et al: Decreased occurrence of osteonecrosis of the jaw after implementation of dental preventive measures in solid tumour patients with bone metastases treated with biphosphonates. The experience of the National Cancer Institute of Milan. Ann Oncol 2009 Jan;20(1):137-45. 4. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 10 del settembre 2009 relativa alla "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati".

SARDEGNA

procedura per la prevenzione delle cadute accidentali in ambiente ospedaliero

NUORO - ASL
UFFICIO RISCHIO CLINICO e QUALITA OSPEDALIERA
Antonio Maria Pinna
riservatorischio@aslnuoro.it

progetto aracne

PALERMO
A.N.I.O. - O.N.L.U.S.
Girolamo Calsabianca
girolamo.calsabianca@tin.it

Abstract per il cittadino

Il progetto intende costruire una rete di esperti nel trattamento di complessità ortopediche che minacciano di evolvere o si sono evolute in infezioni ossee ed articolari, adoperando esperienze e competenze specifiche sia territoriali sia di centri d'eccellenza, offrendo formazione specifica per la prevenzione delle complicanze ortopediche suscettibili di evoluzione verso le infezioni osteoarticolari, e percorsi mirati per la gestione degli infortunati affetti da tali patologie. Nella maggior parte dei casi infatti, il crescente numero di infortuni con poli-traumi di interesse ortopedico, costituisce una delle cause più frequenti delle infezioni ossee ed articolari. In questi casi, prevenzione e diagnosi precoce diventano strumenti fondamentali per impedire ulteriori complicanze a situazione iniziale già di per sé gravi ed invalidanti. Ciò evidenzia la necessità di realizzare momenti di formazione ed informazione mirati alla sensibilizzazione degli operatori sanitari, delle associazioni datoriali e dei responsabili dei settori salute e sicurezza delle aziende in linea con le prescrizioni del D. Lgs. 81/2008, con l'ulteriore obiettivo della creazione di protocolli comportamentali destinati in primo luogo alla prevenzione degli infortuni e, ove questi comunque si realizzino, alla prevenzione delle complicanze post trauma, tra cui le temibili infezioni osteoarticolari, comportanti lunghi decorsi di cure, esiti estremamente invalidanti e costi socio economici elevatissimi. Il presente progetto fa riferimento ai contenuti dell'accordo che l'A.N.I.O. - O.N.L.U.S. ha già sottoscritto con INAIL SICILIA mirando a svilupparne e valorizzarne gli aspetti informativi e formativi finalizzata alla prevenzione delle complicanze osteoarticolari.

disease management: corso teorico-pratico per pazienti diabetici per imparare i principi di terapia insulinica intensiva

Is.Me.T.T.
Educazione alla Salute-Diabetologia
Barbara Ragonese
bragonese@ismett.edu

Abstract per il cittadino

Corso teorico-pratico che nasce allo scopo di fornire ai pazienti utili strumenti e tecniche per la corretta gestione della terapia insulinica di base. Il corso è suddiviso in due parti: una lezione teorica dove vengono insegnati i principi della tecnica Functional Insulin Therapy per la gestione della terapia insulinica nel diabete di tipo 1; ed un laboratorio pratico dove i pazienti imparano ad eseguire il calcolo corretto dei carboidrati ed la gestione delle dosi di insulina sulla base del contenuto di carboidrati e dei valori di glicemia. I corsi sono a cadenza mensile e si svolgono presso l'ISMETT.

protocolli per operatori in centrale di sterilizzazione

A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO
Centrale di Sterilizzazione P.O. Cervello / Funzione Aziendale
Gestione Rischio Clinico
Tommaso Mannone
tommasomannone@libero.it

Abstract per il cittadino

L'attività della Centrale di sterilizzazione rappresenta un punto nodale nel controllo delle infezioni ospedaliere e del sito chirurgico. La definizione di protocolli cui fare riferimento è indispensabile per la standardizzazione delle procedure ed il raggiungimento di elevati livelli di qualità.

prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità abo diffusione 1° raccomandazione regionale e procedure interne

ARNAS CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI
U.O. Qualità / Referente aziendale per il rischio clinico (da 7/7/2010)
Antonio Capodicasa
capodicasa.antonio@ospedalecivicopa.org

Abstract per il cittadino

La sicurezza della terapia trasfusionale deriva dalla gestione di un iter complesso che include tecnologie e fattori umani lungo tutto il suo percorso, a partire dal prelievo dal donatore all'infusione dell'emocomponente. Un errore lungo questa sequenza, meglio conosciuta come "trasfusal chain" (catena trasfusionale), può essere fatale ed avere effetti devastanti oltre che sulla salute del paziente anche sull'immagine dell'azienda ospedaliera e indirettamente sul clima aziendale.

disease management: prevenire le complicanze metaboliche in paziente trapiantato di fegato tramite una corretta educazione alimentare

Is.Me.T.T.
Educazione alla Salute
Alessandra Sansone
Barbara Ragonese
bragonese@ismett.edu

Abstract per il cittadino

Si tratta di un programma di EDUCAZIONE ALIMENTARE POST TRAPIANTO DI FEGATO rivolto ai familiari e ai pazienti già a partire dal 3°-6° mese dopo trapianto. Gli incontri, a cadenza mensile, si svolgono all'ISMETT con il diretto coinvolgimento di diverse figure professionali che rendono la lezione, della durata di circa tre ore, interattiva ed

informale. I pazienti ed i loro familiari trovano giovamento dallo scambio diretto con i medici responsabili del follow-up post trapianto e con gli altri pazienti. Condividere questi momenti li rende più sicuri ed informati per gestire al meglio la propria alimentazione, elemento fondamentale per la prevenzione delle malattie metaboliche tipiche nei soggetti trapiantati.

gestione infermieristica dei PICC in oncoematologia

A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO
U.O. Ematologia I / UTMO P.O. Cervello - Funzione Aziendale
Gestione Rischio Clinico
Tommaso Mannone
tommasomannone@libero.it

Abstract per il cittadino

Il PICC (Peripherally Inserted Central Catheter - Catetere venoso centrale ad inserzione periferica) è un dispositivo utilizzato per la somministrazione di chemioterapia, nutrizione parenterale, infusione di emoderivati, infusione di soluzioni a ph basico o acido. È utilizzabile anche per i prelievi ematici, e per la misurazione della pressione venosa centrale. L'utilizzo del PICC in sostituzione del catetere venoso periferico determina indubbi vantaggi nella gestione del paziente, generando un consistente diminuzione delle problematiche relative a stravasi di chemioterapici e farmaci vescicanti; allo stesso tempo aumenta la compliance del paziente in quanto si riduce il numero di venipunture correlato al processo diagnostico terapeutico. La buona pratica proposta prevede la gestione della metodica da parte di infermieri dedicati.

l'esperienza di incident reporting nell'asp di Siracusa

SIRACUSA
Ufficio Qualità Aziendale/Ufficio Rischio Clinico
Franco Ingala
framanto@alice.it

Abstract per il cittadino

L'avvento della riforma sanitaria in Sicilia, ha comportato per l'ASL 8 di Siracusa la necessità di integrarsi con l'Azienda Ospedaliera Umberto I. L'esperienza maturata nel campo dell'incident reporting nell'ex ASL 8 sin dal 2007, verrà applicata anche all'ex Azienda Ospedaliera Umberto I. Ciò comporterà, così come già avvenuto nei Presidi ospedalieri dell'ex ASL 8, una presa di coscienza da parte degli operatori delle criticità presenti e rilevati dall'Incident Reporting, ottenendo così un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e di riflesso un miglioramento del rapporto di fiducia dei cittadini nei confronti dell'ASP di Siracusa. I risultati degli interventi migliorativi effettuati grazie all'utilizzo della metodica, saranno resi disponibili ai cittadini, mediante il sito web aziendale ed incontri con i rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

monitoraggio e analisi della qualità percepita: il comitato patient satisfaction

Is.Me.T.T.
Educazione alla Salute
Alessandra Sansone
Barbara Ragonese
bragonese@ismett.edu

Abstract per il cittadino

Attività di Customer Satisfaction attraverso il monitoraggio e la valutazione della qualità percepita su un campione significativo della popolazione ospedaliera.

il ruolo dell'infermiere nell'assessment del rischio tromboembolico

A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO
U.O. Medicina Interna P.O. Villa Sofia / Funzione Aziendale
Gestione Rischio Clinico
Tommaso Mannone
tommasomannone@libero.it

Abstract per il cittadino

La profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) nei reparti di medicina interna ricopre un ruolo fondamentale sia in relazione alle sequele dell'evento che all'implicazione dei costi sanitari. La letteratura internazionale raccomanda vivamente la profilassi per il TEV in soggetti acuti ospedalizzati nei reparti medici. A fronte di ciò il comportamento dei medici rispetto a tale problema rimane nel mondo assai variegato. Studi recenti volti all'implementazione dell'utilizzo della profilassi per il TEV nei reparti ospedalieri hanno confermato l'estrema sensibilità degli infermieri professionali verso il cambiamento e l'implementazione di nuovi comportamenti volti alla riduzione del rischio clinico.

la prevenzione dell'errore trasfusionale ABO

RAGUSA

Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale -

Ragusa

Giovanni Ruta

g.ruta@asp.rg.it

Abstract per il cittadino

Introduzione. Uno dei rischi più gravi della trasfusione di sangue è rappresentato dall'errore trasfusionale ABO che può essere causa di reazione trasfusionale emolitica e nei casi più gravi di morte del paziente. La frequenza e il tipo di errori osservati suggeriscono che essi sono inevitabili in quanto insiti alla natura umana, a meno che non si adottino cambiamenti significativi nelle procedure, compreso l'utilizzo di strumenti informatici. Metodi. Per identificare i pazienti candidati alla trasfusione di emocomponenti e per garantire la tracciabilità delle trasfusioni, è stato adottato il sistema Securblood (BBS srl). Tale sistema registra i vari momenti dell'iter trasfusionale, gli operatori sanitari coinvolti ed eventuale reazioni trasfusionali immediate. L'identificazione degli operatori e dei pazienti avviene tramite il rilevamento dell'impronta digitale o in alternativa tramite la lettura di un codice a barre. Il sistema è stato implementato all'interno dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa in diverse unità operative (reparti di degenza ordinaria, DH, sale operatorie, ambulatori). Il sistema Securblood garantisce la totale tracciabilità del processo trasfusionale fuori dal SIMT e permette di azzerare la possibilità di errori di identificazione del paziente o degli emocomponenti. L'utilizzo dell'impronta digitale per l'identificazione degli

operatori sanitari (infermieri e medici) e dei pazienti obbliga gli operatori ad eseguire le operazioni di identificazione direttamente in presenza del paziente e garantisce la presenza di un medico all'inizio della trasfusione.

prevenzione della ritenzione accidentale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

Is.Me.T.T.
Sala Operatoria
referente Giancarlo Cappello
Barbara Ragonese
bragonese@ismett.edu

Abstract per il cittadino

La prevenzione della ritenzione accidentale di corpi estranei all'interno del sito chirurgico riveste un ruolo fondamentale per la riduzione del rischio di errore in sala operatoria. Alla luce della raccomandazione ministeriale n° 2 del Luglio 2006, il team operatorio del nostro Istituto, in seguito ad un'analisi accurata e ad un lavoro di gruppo (multidisciplinare) svolto in tre giornate dal personale di sala operatoria, ha prodotto il miglioramento e perfezionamento del protocollo in uso per la prevenzione della ritenzione accidentale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. L'azione di miglioramento ha implementato, inoltre, un sistema di monitoraggio elettronico, che ci consente di sorvegliare costantemente l'applicazione e l'andamento dei processi di conteggio, mettendo in luce eventuali errori e discrepanze che fungono da campanello d'allarme per il personale deputato a vigilare sul processo. Il nuovo protocollo, dopo essere stato testato, è ora applicato rigidamente a tutti gli interventi contribuendo notevolmente alla riduzione del rischio ed alla sicurezza del paziente in sala operatoria.

evento sentinella

CATANIA
Rischio Clinico
Emilia Fiscaro
direzione.sanitaria@ausl3.ct.it

L'educazione alla salute come punto di riferimento per i pazienti ricoverati in ospedale

Is.Me.T.T.
Educazione alla Salute Alessandra Sansone
bragonese@ismett.edu
Barbara Ragonese

Abstract per il cittadino

L'Educazione alla Salute è il mezzo attraverso il quale i pazienti ed i loro familiari ricevono le corrette informazioni e strumenti per affrontare e decidere la migliore cura possibile, specialmente in presenza di malattie croniche. La maggior parte dei pazienti ISMETT è formata da persone in lista per un trapianto oppure affette da patologie croniche. È quindi opportuno nell'ottica del miglioramento continuo della qualità aziendale, istituire una figura che potesse supportare le attività di promozione ed educazione alla salute in ospedale: il Patient Educator. L'istituzione di una figura specifica di supporto, trasversale ai vari reparti ed alle varie figure sanitarie, ha lo scopo di fornire ai pazienti un supporto reale per poter cambiare le abitudini errate e dare loro le motivazioni necessarie per affrontare la malattia. Il Servizio di Educazione alla Salute in ISMETT si occupa pertanto di realizzare materiale informativo di supporto per i medici e gli infermieri che attraverso un linguaggio semplice possa fornire tutte le informazioni sui farmaci utilizzati, nonché sulle procedure ad alta specializzazione e diagnostiche che vengono svolte in ospedale. Sono state pertanto realizzate delle schede informative per ciascuna procedura o farmaco ed una serie di pubblicazioni che costituiscono la collana "Vivere con...". Inoltre sono stati ideati e prodotti specifici manuali per i pazienti in lista d'attesa per il trapianto (manuale trapianto di fegato, cuore, polmone, rene). Il materiale viene spiegato e distribuito da una particolare figura professionale infermieristica: il Patient Care Coordinator, che fra le sue mansioni ha proprio quella di illustrare al paziente e al familiare il materiale che viene consegnato. L'obiettivo è quello di creare una vera e propria relazione utente-azienda che crea le basi per una migliore e consapevole gestione della malattia anche dopo la dimissione.

sicurezza in sala operatoria

A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO
Funzione Aziendale Gestione del Rischio Clinico
Tommaso Mannone
tommasomannone@libero.it

Abstract per il cittadino

L'obiettivo di questa buona pratica è il raggiungimento di nuovi standard di sicurezza in sala operatoria. A tale obiettivo l'Assessorato alla Salute della regione siciliana attribuisce carattere prioritario. Gli strumenti con cui perseguire questo obiettivo sono costituiti dal Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria e dall'annessa Checklist: attraverso la loro adozione ed implementazione è possibile raggiungere lo scopo prefissato.

prevenzione degli errori trasfusionali da incompatibilità ABO

CALTANISSETTA
Qualità e Rischio Clinico - Staff Direzione Aziendale
Concettina Rizzo
concettina_rizzo@ospedalegela.it

Abstract per il cittadino

L'insorgere di un evento avverso, definito come "sentinella" di una situazione di carente applicazione di sistemi di controllo, può costituire un elemento di sfiducia del cittadino nei confronti della sanità. Alcuni eventi, quale l'errore trasfusionale, richiedono iniziative specifiche volte a aumentare le capacità di difesa del sistema al fine di intercettare l'errore ed evitare che esso possa tradursi in un danno sul paziente. Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è stato avviato un percorso di revisione della procedura per la trasfusione di sangue e di emocomponenti. Attraverso le modifiche apportate sono stati revisionati i controlli per la verifica della corrispondenza dei dati del paziente con quelli registrati sulle provette e sulla documentazione sanitaria al fine di prevenire ogni possibile errore trasfusionale. Una capillare iniziativa

informativa ha coinvolto e sensibilizzato il personale sanitario sul tema della sicurezza trasfusionale.

implementazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria

Is.Me.T.T.
Sala Operatoria
referente Giancarlo Cappello
Barbara Ragonese
bragonese@ismett.edu

Abstract per il cittadino

La gestione del rischio clinico è condizione da cui non si può prescindere al fine di garantire la sicurezza del paziente in sala operatoria. In seguito alla pubblicazione da parte del ministero della sanità del manuale per la sicurezza in sala operatoria, nel nostro Istituto si è subito costituita una commissione di persone per lavorare all'implementazione dei 16 protocolli di sicurezza stabiliti dal manuale e della checklist per la sicurezza in sala operatoria. La task force composta da chirurghi, anestesisti, infermieri, staff per la qualità, e personale di sala operatoria, si è riunita in 4 incontri di programmazione e confronto sui temi della sicurezza affrontati nel manuale ed intercalati nella realtà lavorativa del nostro Istituto. L'azione di miglioramento ha implementato, inoltre, un sistema di monitoraggio elettronico, riguardante la fase centrale dell'applicazione della checklist denominata "Time Out", che ci consente di sorvegliare costantemente l'applicazione e l'andamento dei processi di sicurezza, mettendo in luce eventuali discrepanze ed anomalie che fungono da campanello d'allarme per il personale deputato a vigilare sui processi.

modello organizzativo per l'applicazione della sorveglianza prospettica delle infezioni del sito chirurgico

ISCAS MORGAGNI NORD SRL
Direzione Sanitaria
Marina Milazzo
mmilazzo@centrocuore.it

Abstract per il cittadino

Secondo dati del Sistema di Sorveglianza Statunitese delle Infezioni Nosocomiali (NNIS) le infezioni del sito chirurgico rappresentano, con l'incidenza del 14-16%, la terza infezione ospedaliera. Per prevenire e ridurre l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico è necessario applicare un sistema di sorveglianza attiva prospettica in grado di individuare i fattori di rischio che le determinano allo scopo di attuare le dovute azioni correttive. La difficoltà nell'applicare la sorveglianza prospettica consiste in un maggiore impegno lavorativo rispetto agli studi di prevalenza, maggior tempo dedicato e costi superiori. In ISCAS Centro Cuore Morgagni con sede in Pedara - Catania, è stato messo a punto un sistema informativo clinico interfacciato con un software dedicato alla sorveglianza in grado di facilitare il compito del rilevatore, e quindi di applicare nel tempo il protocollo di sorveglianza previsto allo scopo di valutare l'efficacia delle misure di prevenzione messe in atto.

prevenzione e gestione della lesione da decubito

Is.Me.T.T.
Comitato Prevenzione Cura Lesione da Decubito
Maria Angela Barone
Barbara Ragonese
bragonese@ismett.edu

Abstract per il cittadino

Le Lesioni da Decubito sono lesioni della cute che si determinano a causa, principalmente della prolungata immobilità del soggetto,

immobilità che porta alla riduzione della quantità di sangue e del relativo nutrimento nelle aree sottoposte a pressione; Lo scopo di questo progetto è quello di tutelare i pazienti a rischio, offrendo loro un'assistenza sanitaria di qualità, basata sulle migliori evidenze scientifiche e supportata da una migliore organizzazione del lavoro nelle fasi di valutazione, pianificazione, corretto intervento/trattamento. La prevenzione delle ulcere richiede lo sforzo di un team multiprofessionale. Gli operatori sanitari, che lavorano con i pazienti a rischio di sviluppare piaghe da decubito, sono responsabili della prevenzione e gestione delle lesioni attraverso la corretta assistenza che può essere guidata da protocolli che indicano la buona pratica assistenziale e adeguata informazione per aiutare a conseguire l'abilità richiesta

implementazione checklist di sala operatoria

CALTANISSETTA

U.O. Qualità e Rischio Clinico - Staff Direzione Aziendale

Maria Antonietta Campo

uoqualita@ausl2.caltanissetta.it

Abstract per il cittadino

L'insorgere di un evento avverso, definito come "sentinella" di una situazione di carente applicazione di sistemi di controllo, costituisce un elemento di sfiducia del cittadino nei confronti della sanità. Alcuni eventi, quali l'intervento chirurgico su un lato o organo sbagliato, richiedono iniziative specifiche volte a aumentare le capacità di difesa del sistema al fine di intercettare l'errore ed evitare che possa tradursi in un danno sul paziente. Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è stato costituito un gruppo di lavoro composto da chirurghi, anestesisti e infermieri, per l'avvio di un percorso di miglioramento della sicurezza in area chirurgica, alla luce delle raccomandazioni delle più importanti organizzazioni sanitarie internazionali e nazionali. Nell'ambito di tali iniziative rientra l'uso in sala operatoria della checklist OMS quale strumento di prevenzione dell'errore e di miglioramento dell'organizzazione del lavoro attraverso la circolazione delle informazioni e la più esatta definizione dei ruoli e delle responsabilità all'interno del team.

TOSCANA

M&M: discussione tra i clinici dei casi critici attraverso una rassegna di mortalita' e morbilita'

OSPEDALE VERSILIA
AREA CRITICA- UOC TERAPIA INTENSIVA ANESTESIA E
RIANIMAZIONE - ATTESTATA
sostituto del CRN Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Discussione tra i clinici dei casi critici attraverso una rassegna di mortalità e morbilità.

la gestione della distocia di spalla

OSPEDALE VERSILIA
AREA MATERNO-INFANTILE UOC GINECOLOGIA E
OSTETRICA - ATTESTATA
sostituto del CRN Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione del protocollo regionale per la gestione della distocia di spalla.

antibiotico giusto al momento giusto

AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI
SOD Malattie Infettive Ospedaliere; SOD Malattie Infettive e
Tropicali; SOD Unità Spinale
Rossana Casini
casiniro@aou-careggi.toscana.it

Abstract per il cittadino

Gli obiettivi di una somministrazione corretta degli antibiotici sono quelli di garantire in ogni caso al paziente il trattamento più sicuro ed efficace e di contenere l'insorgere di resistenze. La buona pratica prevede l'adozione di una procedura organizzativa coerente con questi obiettivi. In collaborazione con: Società Italiana dei Farmacisti Ospedalieri, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, Commissione Terapeutica Regionale.

scheda terapeutica unica

AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI
DAI Medicina e Chirurgia generale DAI Scienze Neurologiche
e Psichiatriche DAI Cardiologico e dei vasi DAI Specialità
Medico-Chirurgiche DAI Organi di Senso
Rossana Casini
casiniro@aou-careggi.toscana.it

Abstract per il cittadino

La scheda terapeutica unica (STU) è uno strumento di comunicazione interna che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. La letteratura internazionale evidenzia come l'eliminazione della trascrizione dei dati sia fondamentale per evitare gli errori. La scheda terapeutica unica favorisce la riduzione di tali errori.

prevenzione del tromboembolismo venoso in ortopedia e traumatologia

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA
U.O.Ortopedia 1° Univ., U.O. Ortopedia 2° SSN Grosseto
Gaetano Privitera
g.privitera@med.unipi.it

prevenzione degli errori di terapia

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA
Cardiochirurgia Univ. Chirurgia della Mano e Micrichirurgia
Ricostruttiva SSN. Chirurgia Generale 2°Univ.Malattie
Metaboliche e Diabetologia Univ.Nefrologia dei Trapianti e
Dialisi1°SSN.Nerologia e Dialisi 2°Univ.Ortopedia
1°Univ.OtologiaImpiantiCocleari
Gaetano Privitera
g.privitera@med.unipi.it

audit clinico grc : discussione tra clinici dei casi critici

OSPEDALE VERSILIA
AREA CRITICA- UOC CARDIOLOGIA -ATTESTATA
sostituto del CRM Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Discussione tra clinici dei casi critici

prevenzione delle infezioni da cvc

OSPEDALE VERSILIA
AREA MEDICA- UOC NEFROLOGIA E DIALISI - ATTESTATA
sostituto del CRM Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Attuazione delle procedure per la prevenzione delle infezioni da catetere venoso centrale

prevenzione e gestione dell'emorragia post partum

AREZZO

Ostetricia e Ginecologia Presidi di Arezzo - Valdarno - Casentino

Cinzia Sestini

cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

La emorragia postpartum è una delle cause più frequenti di morte materna. Più della metà dei casi si verifica entro 24 ore dal parto. La buona pratica prevede azioni e strumenti per la migliore prevenzione e gestione di questo evento.

corretta identificazione del paziente

AREZZO

Alcune UU.OO. dei Presidi Ospedalieri di Arezzo, Valdarno, Casentino, Valdichiana e Valtiberina

Cinzia Sestini

cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

È difficile stimare l'incidenza degli errori legati alla identificazione del paziente. In effetti, molti casi di scambio di informazioni non producono danni per il paziente e restano spesso nascosti. Esistono comunque alcuni dati significativi. Nel 2003, uno studio pilota condotto dalla Agenzia inglese per la sicurezza del paziente (National Patient Safety Agency) su 18 ospedali per acuti evidenziava 15 incidenti relativi ad operazioni su sito sbagliato avvenuti in un periodo di 5 mesi. L'agenzia americana per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ha analizzato 126 casi di mismatching del paziente fra il 1998 e il 2001. Di questi il 71% riguardava l'operazione sul sito sbagliato, il 13% uno scambio di paziente da operare, l'11% la realizzazione di una procedura non corretta. Comunque, l'analisi delle segnalazioni legate a questo problema

può aiutare a quantificare il problema, ma sicuramente lo lascia sottostimato in quanto non riflette la frequenza e le modalità effettive di accadimento di questi eventi. Inoltre l'identificazione del paziente è un problema complesso che include diverse pratiche: paziente corretto, sito corretto e procedura corretta.

gestione es : analisi approfondita degli eventi gravi che comportano un danno al paziente

OSPEDALE VERSILIA
AZIENDA USL 12 - ATTESTATA
sostituto del CRM Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione della procedura regionale per la gestione degli eventi sentinella

igiene delle mani

AZIENDA OSPEDALIERA MEYER
Rischio Clinico
Angela Savelli
a.savelli@meyer.it

Abstract per il cittadino

Attualmente l'igiene delle mani è considerata il fattore più importante nella prevenzione della diffusione dei microrganismi in ambiente sanitario ed è promossa come tale anche dalle Direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul controllo delle infezioni correlate alle procedure sanitarie; l'igiene delle mani è la più semplice e una delle più efficaci pratiche per la prevenzione delle infezioni . La sua corretta esecuzione sia nei contatti sociali con il bambino e la sua famiglia che nell'attività di assistenza e cura oltre ad essere un atto doveroso verso i piccoli pazienti è espressione della professionalità degli operatori sanitari nonché un atto d'amore dei genitori verso i propri figli.

la profilassi antitrombotica in chirurgia ortopedica (tvp)

OSPEDALE VERSILIA
AREA CHIRURGICA- UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA -
ATTESTATA
sostituto del CRM Flavia Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione del protocollo regionale per la profilassi dei tromboembolismi venosi in chirurgia ortopedica e traumatologia

M&M: discussione tra clinici dei casi critici

OSPEDALE VERSILIA
AREA MEDICA- NEFROLOGIA E DIALISI- ATTESTATA
m.troilo@usl12.toscana.it
sostituto del CRM Flavia Landi

Abstract per il cittadino

Discussione tra i clinici dei casi critici attraverso una rassegna di mortalita' e morbilita'

pre e post intervento di miglioramento dell'aderenza al lavaggio delle mani del personale sanitario

AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI
AOU Careggi: Cardiologia, Geriatria, Malattie Infettive e Tropicali, Oftalmologia. AOU Meyer: Dipartimento di Emergenza e Accettazione
Alessandro Bartoloni
bartoloni@unifi.it

Abstract per il cittadino

La corretta igiene delle mani degli operatori sanitari è una semplice quanto efficace pratica di sicurezza che protegge il paziente dall'insorgenza di infezioni acquisite in Ospedale. Tuttavia è noto che, a dispetto della sua semplicità, e contrariamente a quanto è diffusamente raccomandato da tutte le maggiori autorità sanitarie internazionali, i risultati di numerosi studi sull'igiene delle mani in ambito ospedaliero continuano ad essere molto bassi, rilevando mediamente che meno di 1 operatore su 2 rispetta questa pratica. Per questi motivi si è deciso di valutare l'efficacia di un intervento di miglioramento per una corretta pratica di igiene delle mani all'interno del nostro Ospedale in 5 distinte unità, concentrando la nostra attenzione sul momento più delicato per il paziente che corrisponde al lavaggio delle mani dell'operatore sanitario prima che questi abbia un contatto con il paziente stesso. Gli interventi di miglioramento hanno incluso la formazione del personale sanitario, l'incoraggiamento all'uso di prodotti a base di alcol da utilizzare in alternativa al tradizionale lavaggio delle mani con acqua e sapone, l'identificazione di personaggi dalla forte leadership che potessero veicolare un chiaro messaggio sull'importanza di una corretta igiene delle mani, l'individuazione di una figura responsabile per l'approvvigionamento e la distribuzione dei prodotti usati per il lavaggio delle mani, e la creazione di un «senso di urgenza» per incentivare l'attenzione e la promozione delle azioni di miglioramento in tempi brevi. Un gruppo di studenti della scuola infermieristica di Firenze è stato adeguatamente addestrato per registrare i risultati attraverso la semplice osservazione del comportamento del personale sanitario coinvolto nello studio, e le misurazioni sono state effettuate prima e dopo l'intervento di miglioramento per poterne valutare in modo accurato l'efficacia. I risultati ottenuti hanno dimostrato un miglioramento significativo di una corretta igiene delle mani degli operatori sanitari nel momento immediatamente precedente a qualsiasi contatto fisico con il paziente: complessivamente, infatti, prima dell'intervento una corretta igiene delle mani è stata registrata nel 31,5% delle occasioni, mentre a seguito dell'intervento di miglioramento la percentuale è salita al 47,4%.

audit clinico GRC

OSPEDALE VERSILIA
AREA CRITICA- UOC TERAPIA INTENSIVA ANESTESIA E
RIANIMAZIONE - ATTESTATA m.troilo@usl12.toscana.it
sostituto del CRM Flaviana Landi

Abstract per il cittadino

Discussione tra i clinici dei casi critici

la prevenzione e gestione dell'emorragia post partum

OSPEDALE VERSILIA
AREA MATERNO-INFANTILE UOC GINECOLOGIA ED
OSTETRICIA - ATTESTATA
sostituto del CRM Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione del protocollo regionale per la prevenzione e gestione dell'emorragia post partum.

utilizzo scheda terapeutica unica (stu)

OSPEDALE VERSILIA
AREA MEDICA- ATTESTATA
sostituto del CRM Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Utilizzo per la prescrizione e la somministrazione delle terapie ai pazienti ricoverati di una unica scheda terapeutica compilata e firmata dal personale sanitario e presente in ogni cartella clinica.

il corretto uso degli antibiotici

OSPEDALE VERSILIA
AREA MEDICA - ATTESTATA
sostituto del CRM Flaviana Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione in tutta l'area medica di un protocollo aziendale condiviso con gli infettivologi di riferimento per il corretto utilizzo degli antibiotici

igiene delle mani

AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI
DAI Medicina e Chirurgia generale DAI Scienze Neurologiche
e Psichiatriche DAI Cardiologico e dei vasi DAI Specialità
Medico-Chirurgiche DAI Organi di Senso
Rossana Casini
casiniro@aou-careggi.toscana.it

Abstract per il cittadino

Gli studi internazionali individuano nel corretto lavaggio delle mani un elemento chiave nel controllo delle infezioni ospedaliere. La buona pratica per l'igiene della mani regionale è finalizzata al miglioramento dell'adesione alla pratica del lavaggio delle mani. Le azioni previste: l'introduzione di un gel lavamani, formazione e diffusione di materiale informativo. In collaborazione con: Società Italiana dei Farmacisti Ospedalieri, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali.

distocia di spalla

AREZZO
Ostetricia e Ginecologia Presidi di Arezzo - Valdarno -
Casentino
Cinzia Sestini
cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

La distocia di spalla è evento raro, spesso imprevedibile con conseguenze che possono essere gravi sia per la madre che per il feto, indipendentemente dal corretto trattamento. Le spalle non escono

spontaneamente dopo la fuoriuscita della testa del feto e sono necessarie ulteriori manovre ostetriche dopo il fallimento della leggera trazione che viene abitualmente esercitata sulla testa fetale per il disimpegno delle spalle. La testa si disimpegna spontaneamente ma rimane incollata alla vulva, deprimendo il perineo (segno della tartaruga). È causata dall'impatto della spalla anteriore contro la sinfisi pubica materna (distocia bassa) o dall'impatto della spalla posteriore contro il promontorio sacrale (distocia alta).

la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione

AREZZO

Tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri di Arezzo, Valdarno, Casentino, Valdichiana e Valtiberina

Cinzia Sestini

cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

L'ulcera da pressione è un'area localizzata colpita da un danno alla cute e ai tessuti sottocutanei, in corrispondenza di prominenze ossee. Essa è causata da forze di pressione, trazione o frizione che agiscono su tale area, talvolta in modo combinato. Particolarmente colpiti dalla ulcera da pressione sono gli ospiti di strutture sanitarie e le persone che devono essere assistite a domicilio. L'incidenza della malattia è destinata a crescere con l'invecchiamento della popolazione, comportando costi elevati in termini di sofferenze e di impiego delle risorse. Queste linee guida si propongono di illustrare come le ulcere da pressione debbano essere prevenute, diagnosticate, trattate e gestite clinicamente. I trattamenti presi in esame sono basati su prove di efficacia, quali la riduzione della pressione e le tecniche per conservare la tolleranza del tessuto sano.

audit clinico GRC

OSPEDALE VERSILIA
AREA CRITICA -UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO
SOCCORSO- ATTESTATA
sostituto del CRM Flavia Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Discussione tra i clinici dei casi critici.

prevenzione e gestione delle ulcere da pressione

OSPEDALE VERSILIA
AREA RIABILITATIVA ATTESTATA
sostituto del CRM Flavia Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione delle procedure, formazione del personale, programmazione degli interventi integrati delle figure coinvolte nel processo di prevenzione delle lesioni da pressione.

la prevenzione delle cadute in ospedale

AREZZO
Tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri di Arezzo, Valdarno,
Casentino, Valdichiana e Valtiberina
cinzia sestini
cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

Le cadute dei pazienti durante l'assistenza sanitaria sono la seconda causa di sinistri denunciati a carico delle aziende del SSR della Toscana, pari al 16,7% del totale nel triennio 2003-2005 (elaborazione dati GRC). Autorevoli studi a livello internazionale (WHO, 2004; Quality + Safety Council, 2005; NPSA, 2005) richiamano l'attenzione del management e del personale delle strutture sanitarie alla gestione del rischio di cadute dei pazienti, per cui esistono raccomandazioni e strumenti validati da un punto di vista scientifico, efficaci nel ridurre l'incidenza delle cadute ed utili per supportare la gestione del paziente a seguito dell'evento avverso.

la gestione del rischio nutrizionale

OSPEDALE VERSILIA
AREA RIABILITATIVA - ATTESTATA
il sostituto del CRM Flavia Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Applicazione del modello regionale per la gestione del rischio nutrizionale nei pazienti ricoverati.

M&M: discussione tra i clinici dei casi critici attraverso una rassegna di mortalita' e morbilita'

OSPEDALE VERSILIA
AREA CRITICA- UOC CARDIOLOGIA - ATTESTATA
il sostituto del CRM Flavia Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

Abstract per il cittadino

Discussione tra i clinici dei casi critici attraverso una rassegna di mortalita' e morbilita'

M&M: discussione tra clinici dei casi critici attraverso una rassegna di mortalità e morbilità

OSPEDALE VERSILIA
AREA CRITICA- UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO
SOCCORSO- ATTESTATA
il sostituto del CRM Flavia Landi
m.troilo@usl12.toscana.it

le mani pulite

AREZZO
Tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri di Arezzo, Valdarno,
Casentino, Valdichiana e Valtiberina
Cinzia Sestini
cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

Buona pratica per l'igiene delle mani Gli studi internazionali individuano nel corretto lavaggio delle mani un elemento chiave nel controllo delle infezioni ospedaliere. La buona pratica per l'igiene della mani regionale è finalizzata al miglioramento dell'adesione alla pratica del lavaggio delle mani. Le azioni previste: l'introduzione di un gel lavamani, formazione e diffusione di materiale informativo.

segnalazione volontaria dei quasi eventi e degli eventi senza danno al paziente

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA
U.O.Nefrologia dei Trapianti e Dialisi 1°SSN, U.O.Chirurgia
Generale e Trapianti di Fegato Univ.,U.O.Pneumologia
2°Univ.,U.O.Pneumologia-Fisiopatologia 1°Univ.,U.O.Medicina
D'Urgenza SSN,U.O.Pediatria 1°Univ.U.O.Pediatria 2°Univ.
Gaetano Privitera
g.privitera@med.unipi.it

analisi approfondita degli eventi gravi che comportano un danno al paziente

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA
Tutte le UU.OO.e S.D. dei presidi di Cisanello e Santa Chiara
della AUOP
Gaetano Privitera
g.privitera@med.unipi.it

scheda terapeutica unica

AREZZO
Alcune UU.OO. dei Presidi Ospedalieri di Arezzo, Valdarno,
Casentino, Valdichiana e Valtiberina
Cinzia Sestini
cinzia.sestini@usl8.toscana.it

Abstract per il cittadino

Una delle prime soluzioni per abbattere l'incidenza degli errori di terapia consiste nella messa a punto e nell'adozione della scheda terapeutica unica per la prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco. La scheda terapeutica unica è un eccellente strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. Per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia.

UMBRIA

azioni di miglioramento per la sicurezza del percorso nascita

PERUGIA - ASL
Unità Gestione Rischio Clinico Perugia
Filippo Bauleo
fbauleo@ausl2.umbria.it

azioni di miglioramento per la sicurezza in sala operatoria

PERUGIA - ASL
Unità Gestione Rischio Clinico Perugia
Filippo Bauleo
fbauleo@ausl2.umbria.it

applicazione del sistema di incident reporting e conseguente miglioramento dell'accuratezza nella determinazione dell'emoglobina

OSPEDALE GENERALE REGIONALE
Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi - Laboratorio di
Nefrologia Ospedale U. Parini
Giovanna Bonfant
gbonfant@ausl.vda.it

Abstract per il cittadino

Una segnalazione di Incident Reporting ha evidenziato la presenza di problematiche preanalitiche nella determinazione dell'emoglobina con gli emogasanalizzatori (EGA). E' stato messo in atto un piano di azione preventiva che prevedeva il confronto tra diversi tipi di siringhe per emogasanalisi venosa mediante la verifica del loro impatto sulle prestazioni analitiche. Questa analisi ha evidenziato che le siringhe contenenti una sferetta metallica, che consente una breve miscelazione automatica e standardizzata del campione su di un dispositivo di agitazione, sono idonee a evitare l'errore preanalitico casuale dovuto all'insufficiente agitazione manuale del campione. In seguito a questa esperienza, modificando la tipologia di siringhe per EGA venosa in uso, è stato possibile ridurre il rischio per il paziente, poiché si è ottenuta sia una maggiore affidabilità del dato analitico, sia una minore necessità di dover ripetere l'esame o di eseguire altri approfondimenti. A questo riscontro si associa un risparmio di tempo e di reattivi. Il cambiamento è stato applicato in ambito aziendale, presso tutti i siti di esecuzione dei prelievi e con tutti gli emogasanalizzatori.

la gestione del rischio clinico in valle d'aosta: consolidamento del metodo fmea

AOSTA - ASL
Direzione Sanitaria Aziendale - Ufficio Qualità e Gestione
Sicurezza del Paziente
Giuliana Vuillermin
GVUILLERMIN@ausl.vda.it

Abstract per il cittadino

Oltre ad essere richiesta dal Ministero della Salute e consigliato dalle principali società scientifiche, la gestione della sicurezza è interesse prioritario del cittadino, il quale ha diritto di richiedere prestazioni sempre più sicure, per quanto il rischio non possa mai essere completamente azzerato, vista la tipologia di attività legata a tante variabili, alcune delle quali non aggredibili. È interesse e dovere di ogni Azienda Sanitaria analizzare, anche attraverso metodi proattivi (cioè prima che si verifichino eventi dannosi per il paziente) i propri processi critici, al fine di garantire un'assistenza sicura e di qualità. È questo il progetto nel quale l'Azienda USL della Regione Valle d'Aosta si è impegnata negli ultimi anni, per tenere quanto più possibile sotto controllo i propri processi, anche attraverso la sensibilizzazione degli operatori alla tematica del rischio clinico

I'audit clinico nella valutazione dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali

OSPEDALE GENERALE REGIONALE
S.C. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Pierluigi Berti
pberti@ausl.vda.it

Abstract per il cittadino

Pur essendosi ridotto in modo significativo il rischio trasfusionale nell'ultimo decennio, la terapia trasfusionale non è tuttora priva di eventi avversi. Pertanto è necessaria un'attenta e puntuale valutazione della

richiesta trasfusionale al fine di non esporre il cittadino ad una pratica terapeutica con elevato rapporto rischio/beneficio in relazione alla singola condizione clinica. Tale progetto vuole essere un tentativo di valutare e misurare le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti, proporre percorsi di miglioramento e monitorarne l'efficacia nell'interesse della sicurezza del cittadino.

la gestione del rischio clinico in valle d'aosta: il sistema di incident reporting

AOSTA - ASL
Direzione Strategica, Direzione Sanitaria Ospedaliera, Ufficio
Qualità e Gestione della
Sicurezza del Paziente
Giuliana Vuillermin
gvuillermin@ausl.vda

Abstract per il cittadino

Una gestione efficace della sicurezza del paziente presuppone che tutto il personale sia consapevole del problema e sia incoraggiato nella segnalazione degli eventi. In Valle d'Aosta la Direzione Strategica ha ritenuto fondamentale favorire la cultura della sicurezza, che considera l'errore come fonte di apprendimento e come fenomeno organizzativo, evitando la colpevolizzazione del singolo, allo scopo di giungere, attraverso un approccio proattivo, multidisciplinare e di sistema, all'individuazione degli errori, insiti nell'organizzazione, da utilizzare come opportunità di miglioramento. Tenuto conto che non esistono attività a rischio zero, la scelta operata, pertanto, è stata quella di intervenire, attraverso un progetto pluriennale, sulla formazione e sulla sensibilizzazione degli operatori alla tematica della sicurezza del paziente, prima di attivare un sistema di segnalazione degli eventi, utili ad individuare azioni preventive o correttive, riducendo il rischio di danno per il paziente. Tali azioni hanno condotto a buoni risultati, se si considera il numero di segnalazioni pervenute dall'attivazione del sistema di Incident Reporting, a partire dal 2009. Tali segnalazioni hanno consentito di fare emergere problematiche comuni a più strutture e attivare azioni di contenimento trasversali

audit clinico per la verifica dell'utilizzo di linee guida validate nella gestione dell'anemia nel paziente nefropatico

OSPEDALE GENERALE REGIONALE
S. C. Nefrologia e Dialisi
Giovanna Bonfant
gbonfant@ausl.vda.it

Abstract per il cittadino

Nei pazienti con malattia renale cronica la presenza di anemia è correlata ad una aumentata mortalità e morbilità. La correzione parziale dell'anemia comporta un miglioramento dell'outcome cardiovascolare, della qualità della vita ed una riduzione del numero di trasfusioni, mentre una correzione totale potrebbe avere effetti indesiderati. Infatti, negli ultimi anni sono stati ridefiniti i target di emoglobina ottimali, con un range più ristretto, per l'evidenza di un possibile aumento del rischio di morte legato ad elevati livelli di emoglobina, e al riguardo sono state proposte diverse linee guida (LG) internazionali e nazionali. Si è ritenuto opportuno, al fine di ottimizzare l'utilizzo dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi (ESA): -confermare l'attualità delle LG in uso (LG Società Italiana di Nefrologia 2003) o eventualmente utilizzarne altre più recenti, -rivedere criticamente gli strumenti utilizzati per il monitoraggio dell'anemia del paziente nefropatico. A tale scopo è stato intrapreso un percorso di audit clinico per aumentare le conoscenze dei partecipanti e la capacità di attivare azioni di miglioramento. -Sono stati scelti e resi noti agli operatori gli standard di Hb e ferritina ai quali attenersi, derivati dalle LG prescelte (2009). -E' stata verificata l'aderenza alle LG nel trattamento dell'anemia nei pazienti sottoposti ad emodialisi o dialisi peritoneale e il raggiungimento dei target emoglobinici proposti. -Sono state poste le basi per ottenere uniformità di comportamento nel trattamento dell'anemia nelle varie tipologie di trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale) e sono stati raccolti ed analizzati i dati preliminari relativi ai pazienti con trapianto renale e in predialisi.

gli interventi per la prevenzione del suicidio nell'azienda ulss 18 di rovigio

OSPEDALI AZ ULSS 18 ROVIGO
Dipartimento Salute Mentale - Direzione Medica P.O. -
Comitato esecutivo aziendale per la sicurezza dei pazienti
Daniele Ricchiero
ricchiero.daniele@azisanrovigo.it

Abstract per il cittadino

Le iniziative aziendali intraprese prevedono la implementazione di 2 Progetti specifici: 1. Progetto di valutazione e realizzazione di programmi di prevenzione del suicidio con il contributo degli stakeholder- realizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della Azienda Ulss18 di Rovigo 2. Progetto Aziendale per la prevenzione del suicidio in Ospedale - elaborato da un team di professionisti del Comitato per la Sicurezza del paziente e del Dipartimento di salute mentale Tali progetti intendono affrontare il tema della prevenzione del suicidio in modo ampio e integrato, prevedendo una serie di attività sia in ambito territoriale che in ospedale. Nello specifico, il progetto di implementazione di programmi di prevenzione del suicidio con il contributo degli stakeholder è finalizzato alla promozione della salute mentale e alla prevenzione del suicidio in una relazione di diretto contatto con il territorio. Già per la I fase del progetto, sviluppata nel 2009, il proposito è stato quello di coinvolgere direttamente gli Enti partner del progetto e gli Stakeholder impegnati sul campo. Lo scopo è quello di favorire una adeguata diffusione delle conoscenze e della pratica della prevenzione attraverso il coinvolgimento di diverse categorie di Stakeholder operanti nelle varie aree del territorio polesano. Il sito internet www.perdersidanimomai.it, già attivo, effettuerà una opera di divulgazione-educazione e di intercettazione della richiesta di aiuto. Gli interventi specifici che costituiscono l'intervento integrato/complesso sono: interventi nelle Scuole, formazione degli Stakeholder individuati dai partner e degli Stakeholder esterni, sostegno ai sopravvissuti, interventi nelle carceri, attività di ricerca. Ci si varrà della partecipazione degli Stakeholder sia come obiettivo diretto di interventi di formazione (ad es. nelle scuole) che come agenti primari di interventi finalizzati alla diffusione di una cultura della prevenzione secondo un approccio di peer-to-peer education (educazione fra pari).

Completano il progetto attività di divulgazione e attività scientifiche. Nel corso del 2010 il Progetto sopra indicato, rivolto al territorio, è stato affiancato dallo sviluppo del Progetto per la prevenzione del suicidio in Ospedale, in ottemperanza a quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n.4 e allo scopo di migliorare le competenze specifiche in materia negli Operatori sanitari.

Si ringrazia la Sezione AGP dell'Agenzia e in particolare

Dario Fella per la grafica

Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Sezione A.G.P. - Centro Stampa

Via Puglie 23, 00187 – Roma .
Tel. 06.427491 – fax. 06.42749488
www.agenas.it e-mail info@agenas.it