

# **LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI NELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE**

**Carla Londero**

*SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico  
e Valutazione delle Performance Sanitarie*

## CONTENUTI

- 1 LA SICUREZZA NELLE SEDI DI TIROCINIO**
- 2 LA QUALITÀ E LA SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE**
- 3 L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE**
- 4 GLI OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI**
- 5 COME “LEGGERE” LA QUALITÀ NELLE SEDI DI TIROCINIO**
- 6 LA FORMAZIONE PER L'INGRESSO IN TIROCINIO**

## CONTENUTI

<b>1</b>	<b>LA SICUREZZA NELLE SEDI DI TIROCINIO</b>



## SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE



+39 0432 556418



+39 0432 494010

**RESPONSABILE:** ing. Gino Capellari

Via del Cottonificio, 114 - 33100 Udine

## PROGRAMMI & PROGETTI



### H-demic

Programma per la tutela prevenzionistica degli studenti dell'Ateneo.



### Progetto Pro.M.E.Te.O

Programma di Miglioramento dell'Efficacia Tecnico-Organizzativa per la sicurezza e prevenzione.



### S.I.G.Em.

Sistema Interno per la Gestione delle Emergenze.



### Progetto MINERVA

"conosci per fare"

Progetto Minerva - conosci per fare



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE



### H-demic

PROGRAMMA DI TUTELA  
PREVENZIONISTICA PER  
GLI STUDENTI





..... **quel qualcosa in più**



**Attività Didattiche Elettive (ADE) a scelta dello studente previste al terzo anno di corso:**

- 1 CFU per la partecipazione all’ADE denominata **“Percorso Sicurezza e qualità in ambiente sanitario”** – offerta al terzo anno di corso (che prevede i corsi di EMERGENZA ANTINCENDIO e SICUREZZA DEL PAZIENTE);
- 0,5 CFU per la partecipazione all’ADE **“Progress test”**. Il numero totale dei crediti previsti per la partecipazione a tutte le edizioni è 3 CFU.



## Tirocini curricolari Medicina e Chirurgia

### Tirocini curricolari Medicina e Chirurgia

I tirocini curricolari previsti dal piano di studio del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia sono svolti presso le Cliniche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine. Gli studenti iscritti sono suddivisi per ciascun anno di corso in piccoli gruppi ("rotazioni") e accedono alle diverse cliniche secondo un calendario prefissato per gruppi e orario di accesso. Il calendario delle rotazioni è pubblicato insieme all'orario delle lezioni.

Per poter accedere ai tirocini curricolari e a scelta dello studente presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine, gli studenti iscritti al terzo anno del CDLM in Medicina e Chirurgia sono tenuti a frequentare il corso "Percorso sicurezza e qualità in ambiente sanitario". Tale corso comprende i seguenti moduli: emergenza antiincendio, sicurezza del paziente e introduzione al percorso del frequentatore/neoassunto.

Si riporta di seguito il materiale didattico presentato durante le iniziative enunciate e le istruzioni per il completamento del corso mediante le modalità on-line.

#### ▼ Documenti

- [Infortunio ed incidente a rischio biologico \(istruzioni per il lavoratore\)](#)
- [Comportamento a seguito di esposizione occupazionale a rischio biologico](#)
- [Gestione infortuni ed incidenti a rischio biologico](#)
- [Manuale per il neoassunto e per il frequentatore](#)
- [Nota informativa sui rischi aziendali](#)
- [Notifica d'infortunio](#)
- [La qualità e la sicurezza dei pazienti nell'azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia"](#)

#### ▶ Documenti per il tirocinio facoltativo

- ▶ [Informazione sull'obiezione di coscienza per sperimentazioni su animali](#)



#### ORIENTAMENTO

Servizi per una scelta consapevole del corso di studio



#### ISCRIVITI

Istruzioni per immatricolarsi o iscriversi ad anni successivi al primo



#### TASSE E DIRITTO ALLO STUDIO

Quanto e quando si paga, riduzioni e altri benefici



#### DIMA

Dipartimento di afferenza: Scienze matematiche, informatiche e fisiche



#### DILL

Dipartimento di afferenza: Lingue e Letterature, Comunicazione, Formazione e Società



#### DI4A

Dipartimento di afferenza: Scienze agroalimentari, ambientali e animali

NIES



# SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

## Norme generali di comportamento



- L'utilizzo dei locali deve essere compatibile con le attività svolte nei locali confinanti; i frequentatori, studenti, e volontari sono responsabili di danni o pericoli provocati dal non corretto utilizzo degli stessi.
- Il frequentatori, studenti e volontari non possono utilizzare attrezzature o impianti salvo preventivi accordi.
- È fatto divieto trattenersi negli ambienti di lavoro al di fuori dell'orario stabilito.

La sterilizzazione e la nescie svolta la pro-  
 uza i frequentatori,  
 ite le istruzioni del  
 damenti idonei al

interno antinfiam-  
 se.  
 o manomettere le  
 za installati su at-  
 entranti nella pro-  
 re danno ad altre  
 mediatamente il  
 giorno, il tipo di  
 trici, di materassi,  
 o e se sono coin-

Revisione: Settembre 2011

SOS Tutela della Salute e Sicurezza  
 dei Lavoratori  
 Padiglione 16 piano 1°  
 tel. 0432-552088



COSA SI DEVE SAPERE QUANDO SI ENTRA IN OSPEDALE

NOTA INFORMATIVA SUI RISCHI AZIENDALI

SOS Tutela della Salute e Sicurezza dei Lavoratori



## GESTIONE INFORTUNI E INCIDENTI A RISCHIO BIOLOGICO

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Gruppo di lavoro: 1. Dott.ssa Francesca Fiori, referente incidenti - Servizio di Prevenzione e Protezione 2. Dott.ssa Daniela De Conti, SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie 3. Cinzia Garbarza, SOC Gestione Risorse Umane 4. Anna Bruno, Protocollo Generale 5. Alessandra Tolin, SOC Affari Generali	1. Ing. Stefano Monchiello, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione 2. Dr.ssa Ilaria Rosa, Responsabile SOS Tutela della Salute dei Lavoratori 3. Prof. Silvio Brusafino, Responsabile SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie 4. Dott.ssa Donatella Fiippo, SOC Gestione Risorse Umane 5. Dott. Andrea Cantavacciolo, Protocollo Generale 6. Elda Cameranesi, SOC Affari Generali 7. Dr. Michele Chizzaro, Direzione Medica di Presidio	Il Direttore Sanitario Dr. Giampaolo Canciani
Firma referente redazione	Firma	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Documento precedente			Motivo della modifica
Codifica	Versione	Data	
ACCRIS_PG_10	02	30/09/2013	Variazione del percorso e della modulistica.

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Gestione e sicurezza delle strutture e dei processi	Rischio biologico	Infortuni



## COMPORAMENTI A SEGUITO DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE A RISCHIO BIOLOGICO

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Gruppo di lavoro: Il referente redazione Servizio di Prevenzione e Protezione Dott.ssa Francesca Fiori  SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie Dott.ssa Daniela De Conti	Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Ing. Stefano Monchiello  Il Responsabile SOS Tutela della Salute dei Lavoratori Dr.ssa Ilaria Rosa  Responsabile SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie Prof. Silvio Brusafino	Il Direttore Sanitario Dr. Giampaolo Canciani
Firma referente redazione	Firma	Firma

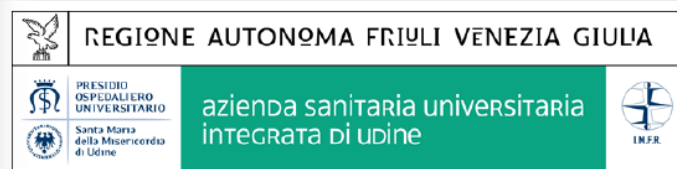
Documento precedente			Motivo della modifica
Codifica	Versione	Data	
ACCRIS_IC_01	02	30/09/2013	
ACCRIS_IC_02	02	30/09/2013	
ACCRIS_IC_03	02	30/09/2013	Variazione del percorso e della modulistica.
ACCRIS_IC_04	02	30/09/2013	Accompagnamento delle singole procedure pre-esistenti.
ACCRIS_IC_05	02	30/09/2013	
ACCRIS_IC_06	02	30/09/2013	
ACCRIS_IC_07	02	30/09/2013	

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Gestione e sicurezza delle strutture e dei processi	Rischio biologico	Infortuni - Incidenti

## INDICE

1.	Disposizioni di carattere generale.....	3
2.	Scopo e ambito di applicazione.....	3
3.	Destinatari.....	3
4.	Principi generali.....	5
5.	Norme di comportamento.....	7
5.1.	Regali, compensi ed altre utilità.....	7
5.2.	Partecipazione ad associazioni ed organizzazioni.....	8
5.3.	Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse.....	9
5.4.	Obbligo di astensione.....	10
5.5.	Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.....	11
5.6.	Comportamento nei rapporti privati.....	12
5.7.	Comportamento in servizio.....	13
5.8.	Rapporti con il pubblico.....	14
5.9.	Misure specifiche per l'attività assistenziale.....	15
5.10.	Disposizioni particolari per i dirigenti.....	16
5.11.	Contratti ed altri atti negoziali.....	18
6.	Sistema sanzionatorio, vigilanza, monitoraggio e attività formative.....	19
7.	Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e disposizioni sanzionatorie per i destinatari del Codice non soggetti al potere disciplinare dell'Azienda.....	21
8.	Disposizioni finali ed effetti del codice sul sistema di valutazione.....	22
9.	Responsabilità.....	23
10.	Terminologie e abbreviazioni.....	23
11.	Riferimenti normativi e bibliografici.....	23
12.	Allegati.....	24

# IL CODICE DI COMPORAMENTO



## CODICE DI COMPORAMENTO

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Referenti della revisione: dott.ssa Raffaella Bortolomeazzi dott.ssa Carla Lento  Gruppo di redazione: dott. Gianfranco Compagnon dott.ssa Cristina Barazzutti dott.ssa Donatella Piaggio dott.ssa Carla Mattioli dott.ssa Rossella Tamburini	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dott.ssa Marzella Comparsi	Approvato con Decreto del Direttore Generale dott. Mauro Delendi  N. 1144 del 19/12/2018
Documento esistente in AD-WEB	Documento verificato in AD-WEB	

Documento precedente			Motivo della modifica
Codifica	Versione	Data	
GRU_REG_12	01	10.10.2016	Adeguamento che recepisce la delibera ANAC n. 358 del 29.03.2017: <i>Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale.</i>

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Governo, leadership e direzione	Codice di comportamento	Obblighi

## CONTENUTI

<b>2</b>	<b>LA QUALITÀ E LA SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE</b>

# QUALITÀ E SICUREZZA NEL SISTEMA SANITARIO

Responsabilità delle istituzioni sanitarie è fornire **cure di qualità** (diritto delle persone di riceverle)



Una delle principali dimensioni della qualità delle cure è la **sicurezza**

*...perciò...*

Le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire la **massima protezione possibile** da danni conseguenti ad eventi avversi, errori umani e soprattutto ad errori di sistema

Dovere etico





# Le sei aree della misura della qualità

Aree	Indicatori
Sicurezza	Sicurezza del paziente, condizioni correlate all'assistenza
Esperienza e risultati incentrati su paziente ed operatore	Esperienza del paziente e dell'operatore, risultati riportati dal paziente
Coordinamento assistenziale	Ammissione e riammissione, coordinamento assistenziale, comunicazione del provider
Assistenza clinica	Assistenza acuta, cronica, prevenzione, indicatori di processo e risultati
Salute della popolazione e della comunità	Comportamenti salute correlati, accesso all'assistenza, determinanti della salute, diseguaglianze
Efficienza e riduzione dei costi	Indicatori di spesa annuale, di costo degli eventi, quality to cost ratio

\* Jordan M. VanLare, A.B., and Patrick H. Conway, M.D. "Value-Based Purchasing-National Program to Move from Volume to Value" N Engl. J Med 367;4 NEJM. Org July 26,2012



## **LEGGE 8 marzo 2017, n. 24; in G.U. del 17 marzo 2017, n. 64**

**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)**

### **Articolo 1.**

#### *Sicurezza delle cure in sanità*

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



# In tutti i sistemi complessi ...

**AVIAZIONE**



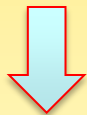
**CENTRALI NUCLEARI**

**SISTEMI SANITARI**

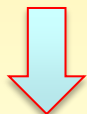


# Anche nel sistema sanitario possono verificarsi INCIDENTI ed ERRORI

Non è un sistema meccanico



prevalenza del “fattore umano”



processi non sempre prevedibili  
e riproducibili



# Miti sull'errore umano da sfatare

- I professionisti sanitari lavorano in modo perfetto
- Se ci impegniamo sul serio, non faremo errori
- Se puniamo le persone quando sbagliano, faranno meno errori nel futuro

*Lucian Leape*

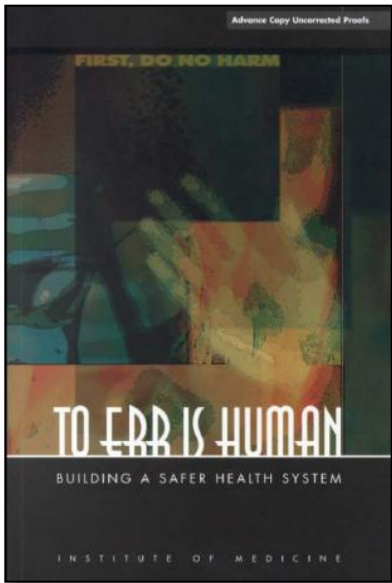
# Realtà sull'errore umano

- Tutti noi facciamo i più assurdi errori ogni giorno
- Nessuno fa errori di proposito
- Nessuno ammette un errore se dopo viene punito
- La paura di essere puniti è istintiva
- Un errore non è sempre dovuto ad un comportamento scorretto (può dipendere da fattori esterni a noi)

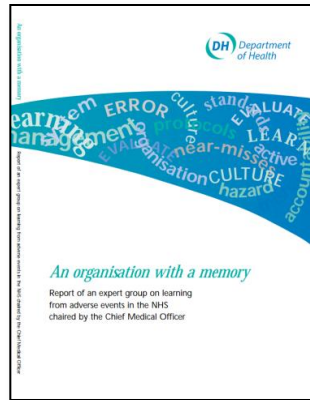
*Lucian Leape*



# Epidemiologia degli eventi avversi



98,000 † l'anno a causa di errori prevenibili



850.000 eventi avversi l'anno

## Incidenza di eventi avversi in ospedale



**2012**

5,6%

(57% prevenibili)



**2014**

10%

(25% ICA, 37.000 †)

# Rischio Clinico

- La probabilità che un paziente subisca un qualsiasi danno o disagio
- imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche o sanitarie più in generale prestate durante il periodo di degenza e non,
- che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.



(Kohn, Institute of Medicine, 1999)

## ...DALL'ERRORE ALL'EVENTO

“Evento” è ogni accadimento che avrebbe potuto causare o ha causato danno a un paziente, un visitatore, un operatore

gli eventi si possono classificare in:

- near-miss
- eventi senza esito
- eventi avversi
- eventi sentinella





## NEAR-MISS [“QUASI EVENTO”]

Situazione in cui per motivi fortuiti o per “meccanismi barriera”, come l'intervento tempestivo di qualcuno, l'evento, che sarebbe potuto accadere, **non si è verificato**

*[ad esempio: paziente preparato al tavolo operatorio per intervento ortopedico con errore di lato evitato all'ultimo momento ...]*

## EVENTO SENZA ESITO

Evento che è accaduto, ma senza conseguenze negative per il paziente.

*[esempio: caduta di un paziente senza lesioni; somministrazione di un farmaco a dosaggio superiore alla dose indicata, senza conseguenze]*



## EVENTO AVVERSO

Ogni caso in cui un trattamento sanitario **abbia procurato danno**, temporaneo o permanente, per la salute del paziente.  
[*esempio: caduta dal letto di un paziente, con frattura femore*]

## DANNO

**Alterazione, temporanea o permanente**, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).  
(Ministero della Salute, 2008)

# EVENTO SENTINELLA

Evento avverso di particolare gravità che causa la morte o un grave danno fisico o psicologico al paziente.



Questi eventi sono chiamati sentinella perché implicano la necessità immediata di intervenire.



*La soglia di allarme è = 1*



*Basta che l'evento si verifichi una volta sola perché si renda necessaria un'indagine immediata, volta ad accertare se al suo verificarsi abbiano contribuito alcuni fattori che possono essere corretti/rimossi.*

## LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA\*

1	Procedura chirurgica/invasiva in paziente sbagliato
2	Procedura chirurgica/invasiva in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3	Errata procedura chirurgica/invasiva su paziente corretto
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9	Morte o grave danno per caduta di paziente
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11	Violenza su paziente
12	Atti di violenza a danno di operatore
13	Morte o grave danno conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto (intra-ospedaliero, extra-ospedaliero)
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15	Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente (es. coma, disabilità permanente, necessità di rianimazione cardiorespiratoria, stato di malattia che determina cronicizzazione, re intervento chirurgico, ecc.)
17	Rapimento di neonato o neonato mandato a casa con i genitori sbagliati
18	Trasmissione di malattia acuta / cronica o decesso derivante da infusione di sangue o emoderivati o da trapianto d'organo o di tessuti contaminati

\* Ministero della Salute e Standard Joint Commission International 2014

# Gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management)

La gestione del rischio clinico mira a migliorare **qualità e sicurezza** dei sistemi sanitari attraverso l'**identificazione delle situazioni di rischio** per i pazienti e successivamente la **realizzazione di interventi** atti a prevenire o controllare tali rischi

(OMS, <http://www.who.int/patientsafety/>)



- partecipazione di numerose figure sanitarie
- analisi dell'intero processo clinico assistenziale del paziente

 **European Researchers' Night**  
**La notte europea dei ricercatori in Italia**  
28 settembre 2018 • Tutti gli eventi di IRCCS e ISS

 **La nostra salute**  **Temi e professioni**  **News e media**  **Ministro e Ministero**

Sei in: Home > Temi e professioni

## Tem i e professioni

Informazioni, dati, attività, servizi, norme e tutta sviluppo e miglioramento dedicato a operatori e s

Alimenti	Ambiente e salute	Animali
Assistenza, ospedale e territorio	Dispositivi medici e altri prodotti	Donna e bambino
Piani, finanziamenti e monitoraggio del SSN	Prevenzione	Qualità e sicurezza delle cure
Ricerca e innovazione	Risorse umane e formazione continua	Sanità
Indice A-Z	FAQ - Domande e risposte	

### In evidenza



**Protocollo operativo In fluNet, stagione influenzale 2018-2019**  
3 ottobre 2018 - Parte lunedì 15 ottobre il sistema di monitoraggio settimanale basato sulla rete dei medici sentinella



**Misura compensativa per il riconoscimento dei titoli di Psicologo (sez. A e B) e di Psicoterapeuta conseguiti all'estero - Sessione di Dicembre 2018**  
2 ottobre 2018 - Facoltà di Medicina e Psicologia della "Sapienza Università di Roma". I programmi e le date delle prove della sessione di dicembre 2018

**MEDTRONIC MINIMED - TELECOMANDO PARADIGM**  
Avviso di sicurezza - 4 ottobre 2018

**Eternal Ink - NUCLEAR GREEN - Pigmento per tatuaggi**  
Allarme consumatori - 05 settembre 2018

**Falcon Labs - Integratori alimentari**  
Avviso ai consumatori - 12 marzo 2018

27 settembre 2018 - MALATTIA DA VIRUS EBOLA - REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO 20 settembre 2018  
Eventi epidemici all'estero

# RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Marzo 2008
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Marzo 2008
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008

# RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009



## Delibera n° 1970

Estratto del processo verbale della seduta del  
21 ottobre 2016

### oggetto:

L. 208/2015 - RETE CURE SICURE FVG DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA: MODELLO ORGANIZZATIVO.

<b>Debora SERRACCHIANI</b>	Presidente	presente
<b>Sergio BOLZONELLO</b>	Vice Presidente	assente
<b>Loredana PANARITI</b>	Assessore	assente
<b>Paolo PANONTIN</b>	Assessore	assente
<b>Francesco PERONI</b>	Assessore	presente
<b>Mariagrazia SANTORO</b>	Assessore	presente
<b>Cristiano SHAURLI</b>	Assessore	presente
<b>Maria Sandra TELESCA</b>	Assessore	presente
<b>Gianni TORRENTI</b>	Assessore	presente
<b>Sara VITO</b>	Assessore	presente

## LA RETE CURE SICURE FVG



- La **Rete Cure Sicure FVG** è la rete attraverso la quale la Regione Friuli Venezia Giulia coordina e governa le attività connesse alla sicurezza dei pazienti
- La partecipazione alla rete è obbligatoria per tutti gli Enti pubblici del SSR e per gli erogatori privati accreditati (case di cura) convenzionati con il SSR:

## Rete Cure Sicure FVG

### Finalità

- Prevenire gli eventi avversi
- Implementare le evidenze scientifiche disponibili nelle organizzazioni
- Misurare delle *performance* sanitarie
- Sostenere il contributo di tutti i professionisti all'osservanza delle migliori pratiche
- Formare gli operatori
- Coinvolgere i pazienti, i loro *caregiver* e tutti i cittadini
- Fornire un'informazione trasparente ai cittadini
- Gestire i sinistri e l'eventuale contenzioso



# Rete Cure Sicure FVG

## Programmi

### Sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali

Raccomandazioni ministeriali

Sicurezza del percorso chirurgico

Lesioni da pressione

Prevenzione delle cadute

Documentazione clinica

Identificazione del paziente

Valutazione del dolore

Buone pratiche

Buon uso sangue

### Incident reporting

SIMES

Sostegno all'attività di analisi dei rischi

Sostegno all'attività segnalazione dei rischi

### Gestione del contenzioso

Analisi contenzioso per valutazione rischi

### Uso sicuro dei farmaci

Polifarmacoterapia nell'anziano

Do not crush list

Riconciliazione farmacologica

Gestione antidiabetici

LASA e farmaci ad alto rischio

Valutazione eGFR

Sorveglianza PPS ECDC biennale

Gestione rischio epidemico

*Bundle* per la prevenzione ICA

Registro regionale resistenze batteriche

Report regionale consumo antibiotici

Lavaggio mani (OMS)

Rete esperti AMS

Lista antibiotici uso condizionato

Linee regionale di indirizzo terapeutico

Politica contenimento uso antibiotici

Lista regionale microrganismi alert

### Prevenzione e controllo delle ICA & AMS

### Empowerment cittadino

Handbook: guida pratica per il cittadino

Integrazione fattori rischio alla dimissione

## CONTENUTI

<b>3</b>	<b>L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE</b>

## ACCREDITAMENTO

- È il più consolidato e diffuso **processo formale** per la valutazione esterna sulla qualità dei servizi sanitari
- È basato su **standards** e processi proposti e sviluppati da professionisti della sanità per i servizi sanitari
- Ha un processo di sviluppo che usa le abilità di “pari” esterni che vengono formati e costituiscono un **team di valutatori**
- È un **riconoscimento pubblico** del raggiungimento da parte di una organizzazione sanitaria dei requisiti previsti dagli standard



INTERNATIONAL

PRINCIPLES

FOR HEALTHCARE

STANDARDS

Third Edition

A FRAMEWORK OF REQUIREMENTS FOR STANDARDS



## **ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA / VOLONTARIO**

Processo volontario di valutazione a prevalente contenuto professionale, sistematico e periodico, rivolto al miglioramento continuo della qualità

---

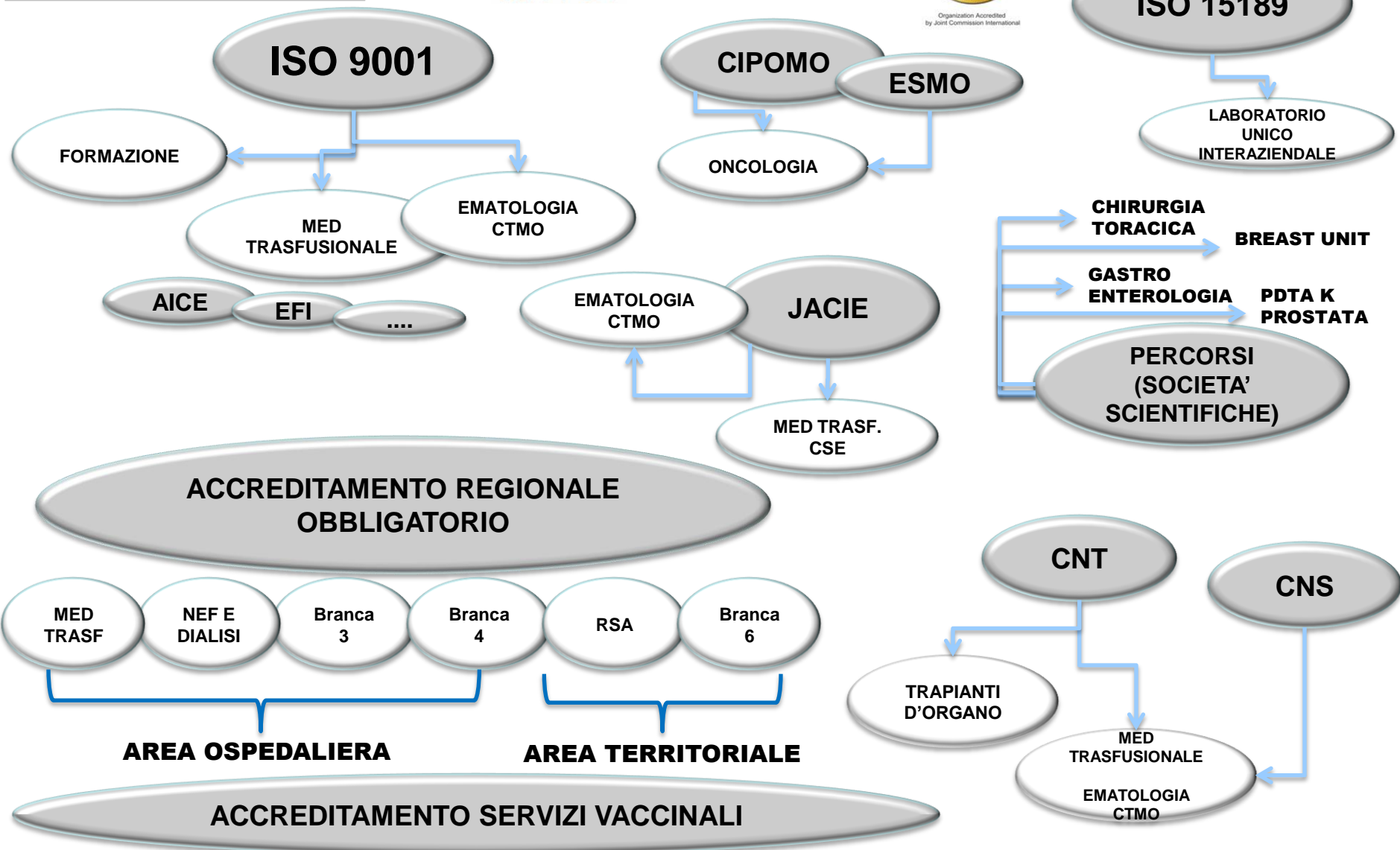
## **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE / OBBLIGATORIO**

Dimostrazione di conformità a requisiti ulteriori per l'esercizio di attività sanitarie previsti dalla normativa. Per il privato: accordi contrattuali con la Regione

---

## **REQUISITI MINIMI OBBLIGATORI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE**

Autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie a strutture in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dalla normativa.



## CONTENUTI

<b>4</b>	<b>GLI OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI</b>

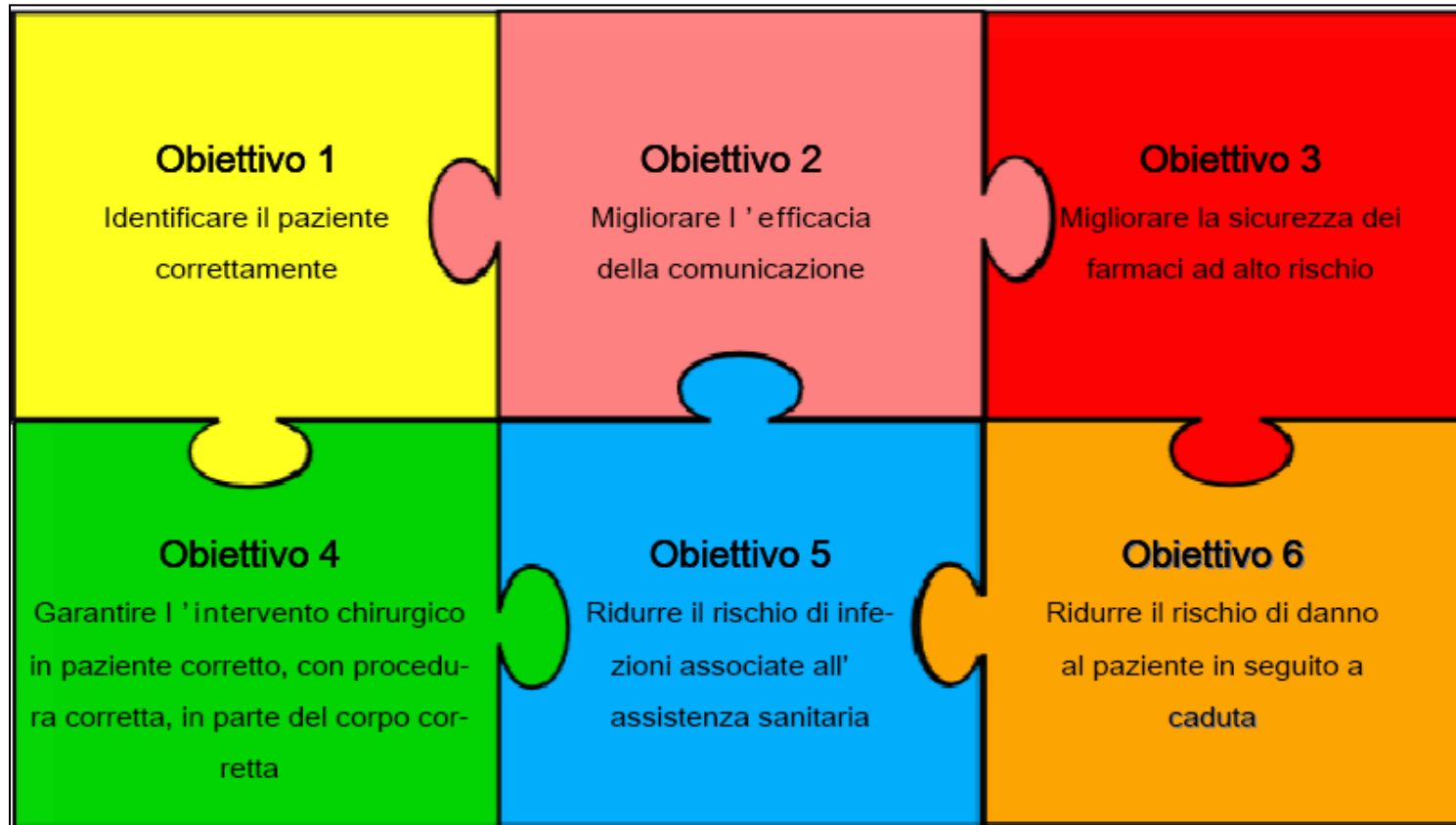


# LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL



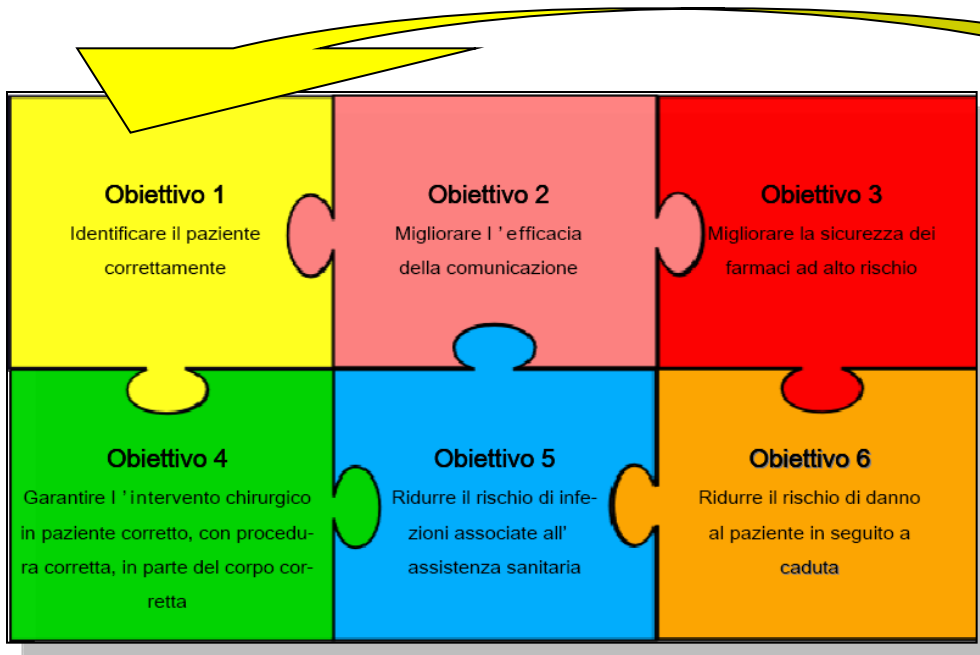
## LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

### Gli obiettivi internazionali di sicurezza del paziente





# Obiettivo n.1: Identificare il paziente correttamente



# REGOLA SICUREZZA

## DOPPIA IDENTIFICAZIONE

### SI

- il cognome e il nome del paziente
- la data di nascita
- il braccialetto
- il numero di identificazione univoco

### NO

- il numero di stanza
- il numero del letto
- la patologia del paziente



## QUALE PAZIENTE, ROSI O ROSSI?

LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE



**O  
B  
I  
E  
T  
T  
I  
V  
O  
1**

**IDENTIFICA  
CORRETTAMENTE I  
PAZIENTI!**

**USA ALMENO 2  
MODALITÀ DI  
IDENTIFICAZIONE!**

### Rischio

Omonimie o elevati turn-over di pazienti **possono indurre in errori di identificazione.**

### Cosa fare

Procedere per step:

#### 1. Chiedere

- Il **COGNOME** e il **NOME**
- La **DATA** di **NASCITA**
- Eventuale **PROCEDURA** a cui il paziente si sottopone

**2. CONFRONTARE** i dati anagrafici con quelli riportati sul **BRACCIALETTO** identificativo

**3. VERIFICARE** la corrispondenza tra i dati identificativi del paziente e quelli presenti sulla documentazione per il trattamento e/o la procedura

### Quando

Prima dell'esecuzione delle seguenti attività:

- Somministrazione **FARMACI**
- Somministrazione di **SANGUE** ed **EMOCOMPONENTI**
- Raccolta di **CAMPIONI BIOLOGICI**
- Effettuazione di **QUALUNQUE PROCEDURA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA**

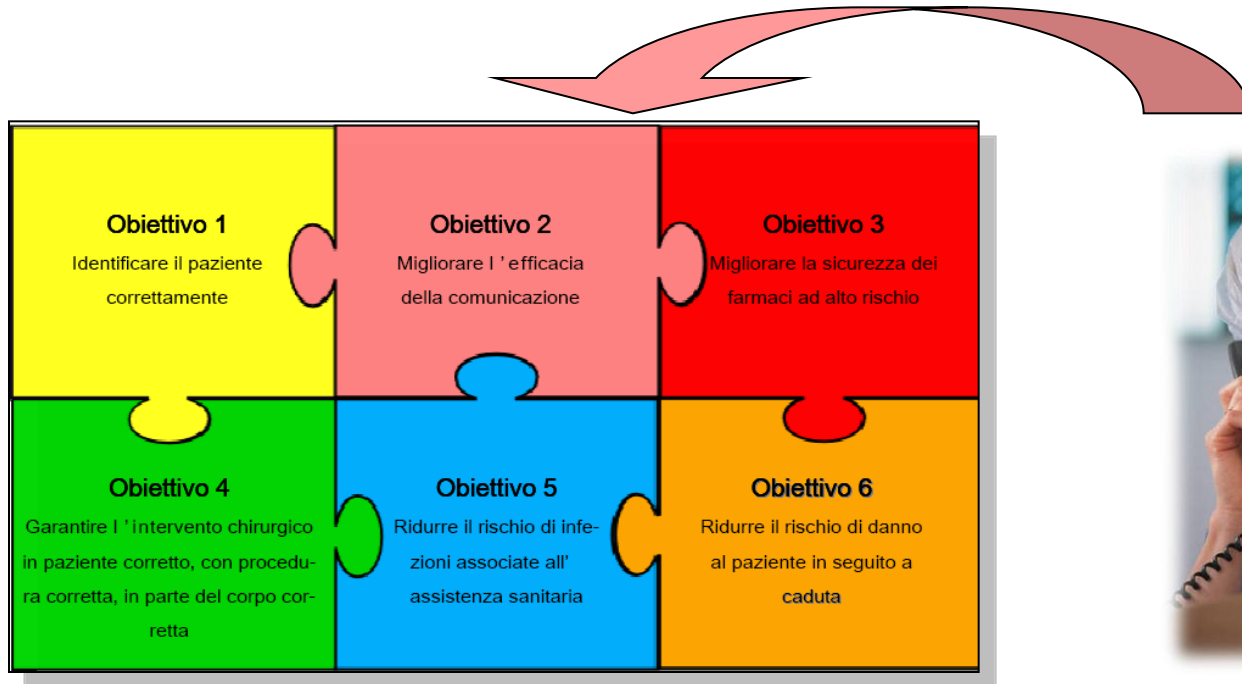


**NON** sono identificativi attendibili e non vanno usati:

- Il numero di letto
- Il numero di stanza

**N.B.** Lascia che sia il **PAZIENTE** a **INDICARE** i **PROPRI DATI**.  
**NON ANTICIPARE** la risposta richiedendo solo una conferma.

# Obiettivo n.2: Migliorare l'efficacia della comunicazione





**COME EVITARE LE POSSIBILITÀ DI ERRORE**

**Se stai ricevendo da un altro operatore, al telefono, informazioni critiche relative a un paziente:**

**MODULO READ BACK**

Il presente modulo si utilizza per verificare che il messaggio verbale o telefonico venga correttamente compreso. Viene compilato sia da chi emette il messaggio che da chi lo riceve.

**DATI DELL'ALTRO OPERATORE:**  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Qualifica \_\_\_\_\_  
 Struttura operativa di appartenenza \_\_\_\_\_

**DATI DEL PAZIENTE:**  
 (deve identificare il nome cognome e numero cartella, oppure nome/cognome e data di nascita, ecc.)  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Numero oncologico (in alternativa alla data di nascita) \_\_\_\_\_

**MESSAGGIO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RILETTURA del messaggio (stazione ricevente)       CONFERMA del contenuto del messaggio (stazione emittente)

FIRMA DELL'OPERATORE CHE COMPILA IL MODULO (firma leggibile) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Se l'informazione ricevuta richiede valutazione medica:  
 FIRMA DEL MEDICO CHE VALUTA IL MESSAGGIO (firma leggibile) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

N.B.  
 - La registrazione del messaggio ricevuto avviene direttamente nella documentazione del paziente, quando possibile.  
 - Nella comunicazione verbale, di norma, non devono essere utilizzate abbreviazioni, sigle o acronimi.

SCRIVI  
 ↓  
 RIPETI  
 ↓  
 RICEVI  
 CONFERMA



**“READ BACK” !**

**MIGLIORA  
L'EFFICACIA DELLA  
COMUNICAZIONE**

**METTI IN ATTO  
PROCESSI /  
PROCEDURE PER  
COMUNICAZIONI  
VERBALI O  
PRESCRIZIONI  
TELEFONICHE**

**O  
B  
I  
E  
T  
T  
I  
V  
O  
2**

**L'ERRORE CORRE SUL FILO  
READ BACK**

ARE SENZA ERRORI E SENZA EQUIVOCI



ZZA DEL PAZIENTE

**Rischio**

Se la Comunicazione è INEFFICACE può comportare:

- incomprensioni
- fraintendimenti
- equivoci

La letteratura scientifica indica gli ERRORI di COMUNICAZIONE come la causa più frequente di eventi avversi.

**Fonti di rischio**

Le informazioni cliniche relative ad un paziente, essendo complesse, possono essere a rischio di errore quando sono comunicate verbalmente o telefonicamente.

Le situazioni più a rischio sono quelle in cui si comunicano:

- referti esami istologici estemporanei
- referti esami laboratoristici urgenti
- referti di diagnostica per immagini
- integrazione di consulenze
- ogni altra indicazione di tipo clinico non documentata

**Cosa fare**

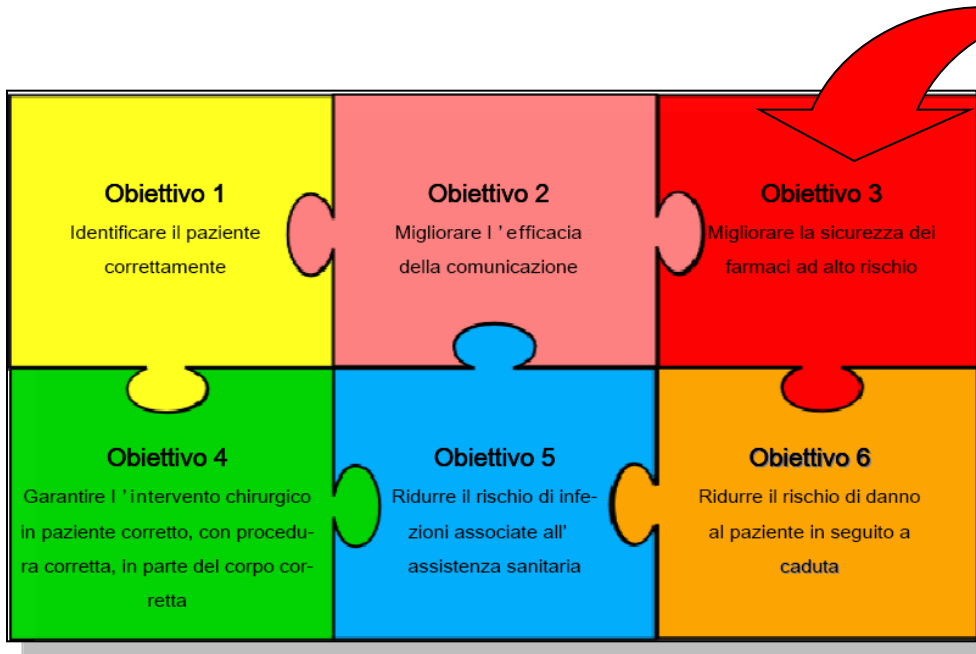
Adottare tutti gli accorgimenti che rendono la comunicazione, tempestiva, precisa, rilevante, non ambigua e compresa correttamente dal ricevente.

Se state ricevendo da un collega **AL TELEFONO** informazioni critiche relative a un paziente:

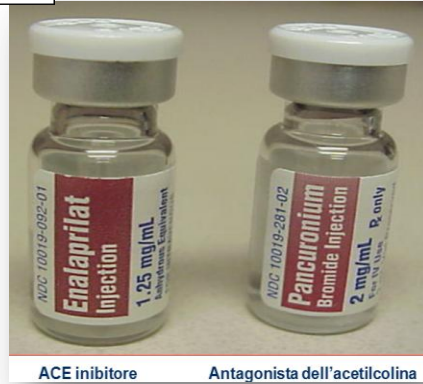
SCRIVETE  
↓  
RIPETETE  
↓  
RICEVETE CONFERMA

## Obiettivo n.3:

# Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio







ACE inibitore      Antagonista dell'acetilcolina



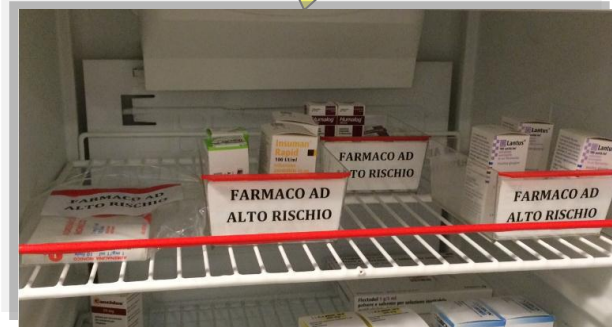
Antibiotico

Soluzione antisettica

Antidolorifico



# REGOLA SICUREZZA



## SOLUZIONI ELETTROLITICHE CONCENTRATE

LE SOLUZIONI ELETTROLITICHE CONCENTRATE VANNO CONSERVATE:

IN ARMADI CHIUSI



IN CONTENITORI SEPARATI  
DA ALTRI FARMACI



## MISTER K, SE SI CONCENTRA È PERICOLOSO!

LA GESTIONE IN SICUREZZA DELLE SOLUZIONI ELETTROLITICHE CONCENTRATE



### Rischio

La somministrazione INVOLONTARIA di elettroliti è causa di gravi eventi avversi.

La gestione degli elettroliti concentrati rappresenta un elemento critico per la sicurezza del paziente quando è inappropriata.

### Cosa fare

Le Strutture autorizzate devono conservare gli elettroliti concentrati:

- SEPARATI da altri farmaci
- in APPOSITI contenitori
- in ARMADI possibilmente CHIUSI

### ASSICURATEVI CHE I CONTENITORI PER LE FIALE DI POTASSIO SIANO DOTATI DEI SEGUENTI CONTRASSEGNI:

- Segnalazione di allarme
- La scritta "Diluire prima della somministrazione: **MORTALE SE INFUSO NON DILUITO**"



**!** SE POSSIBILE RICHIEDERE LE SOLUZIONI DILUITE DISPONIBILI IN FARMACIA!

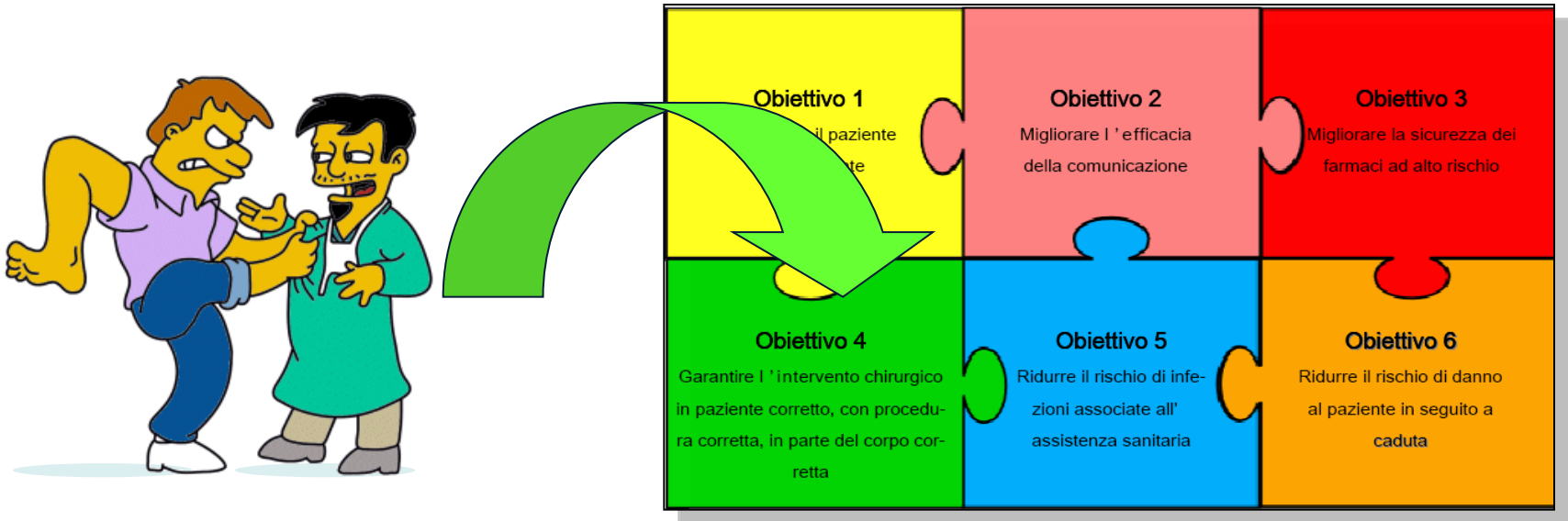
**MIGLIORA LA SICUREZZA DEI FARMACI AD ALTO RISCHIO**

**RIMUOVI GLI ELETTROLITI CONCENTRATI DALLE UNITÀ DI CURA DEI PAZIENTI E GESTISCI IN SICUREZZA QUELLI PRESENTI**

**O  
B  
I  
E  
T  
T  
I  
V  
O  
  
3**

## Obiettivo n.4:

Garantire l'intervento chirurgico corretto, sul paziente corretto, con la procedura corretta e sul sito corretto





# REGOLA SICUREZZA

ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE

ACCRES\_PRO\_02  
Versione n.04  
dal 12/12/2011

## PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

*L'unica versione ufficiale è quella pubblicata su intranet*

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Dr. Luigi Cristoforo SOC Accreditemento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie Gruppo di Lavoro dei Ricchi Operatori	Il Direttore della SOC Accreditemento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie Prof. Silvio Brugniero Le Responsabili della Piattaforma Ricchi Operatori Dot.ssa Maria Miscuglio	Il Direttore della SOC Direzione Medica di Pronto Soccorso Dr. Giovanni Maria Guerra
Firma	Firma	Firma

Documento precedente	Versione attuale	Data	Descrizione della modifica
PPG_PRO_04 del 20/07/2010	04	12/12/2011	Introduzione del Coordinatore della checklist Riduzione delle modalità operative per l'assistenza e la verifica dei controlli funzionali alla sicurezza del paziente Modifica del precedente modulo di checklist

Protocollo per la gestione della sicurezza del paziente chirurgico

Il presente documento è valido fino al 12/12/2014

Pagina 1 di 8

### CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

ALL\_02\_ACCRES\_PRO\_02  
Versione n.04 del 12/12/2011

PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA	PRIMA DELL'INCISIONE DELLA CUTE	PRIMA DELLA DIMISSIONE DAL B.O.
<p><b>IN REPARTO</b></p> <p><b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE</b></p> <p>Nome _____</p> <p>Cognome _____</p> <p>Data di nascita ____/____/____</p> <p><b>PRESENZA DELLA DOCUMENTAZIONE</b></p> <p>• Verifica della presenza della documentazione che accompagna il paziente <input type="checkbox"/></p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Firma infermiere _____</p> <p><b>NEL BLOCCO OPERATORIO</b></p> <p>1. Confermata l'identità del paziente, il sito e la presenza dei consensi informati <input type="checkbox"/></p> <p>2. Il sito chirurgico è stato marcato SI <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati (gestione paziente, farmaci, presidi, apparecchiature) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Pulsossimetro posizionato e funzionante <input type="checkbox"/></p> <p>5. Valutato il rischio di reazioni allergiche <input type="checkbox"/></p> <p>6. Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI e strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/></p> <p>7. Rischio di perdita ematica &gt;500 ml (7ml/Kg nei bambini)? NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI e l'accesso endovenoso è adeguato ed i fluidi disponibili <input type="checkbox"/></p>	<p><b>TIME OUT</b></p> <p>1. Tutti i componenti della equipe sono noti ai presenti <input type="checkbox"/></p> <p>2. Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno confermato identità del paziente, sito d'intervento e corretto posizionamento <input type="checkbox"/></p> <p>3. Anticipate eventuali criticità legate all'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro? <input type="checkbox"/></li> <li>• Anestesista: specificità riguardanti il paziente, ASA, altro? <input type="checkbox"/></li> <li>• Infermiere: è stata verificata la sterilità e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni? <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>4. Profilassi antibiotica eseguita come da protocollo aziendale SI <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? SI <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p><b>EVENTUALI NOTE</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Firma Anestesista</b></p> <p>_____</p> <p><b>Firma Chirurgo</b></p> <p>_____</p> <p><b>Firma Coordinatore checklist</b></p> <p>_____</p>	<p>Il Coordinatore della checklist chiede all'equipe di confermare verbalmente:</p> <p>1. Procedura chirurgica eseguita <input type="checkbox"/></p> <p>2. Conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario, risultato corretto <input type="checkbox"/></p> <p>3. Campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta, etichettato (compreso identificativo del paziente e descrizione del campione) SI <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Eventuali problemi relativi all'utilizzo di dispositivi medici <input type="checkbox"/></p> <p>5. Chirurgo, Anestesista e Infermiere revisionano gli aspetti rilevanti per la gestione dell'assistenza postoperatoria <input type="checkbox"/></p> <p>6. Piano per la profilassi trombo embolica postoperatoria SI <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p><b>EVENTUALI NOTE</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



## SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO IN 5 STEP



### Cosa fare - 5 step per la sicurezza del paziente

- 1) Acquisire il **CONSENSO INFORMATO** chirurgico ed anestesiológico
- 2) Identificare correttamente (doppio identificativo) il paziente in reparto **PRIMA** dell'invio in Sala Operatoria
- 3) Identificare correttamente il paziente (doppio identificativo) all'**ARRIVO** in Sala Operatoria
- 4) Marcare il **SITO OPERATORIO** in caso di lateraltà o di intervento su strutture o livelli multipli (es. dita, lesioni multiple, vertebre, coste)
- 5) Effettuare i **CONTROLLI CHE PRECEDONO** l'inizio della procedura chirurgica
  - A) Controllo pre-induzione dell'anestesia
  - B) Doppio Controllo (Double Check) = Verifica in doppio delle immagini radiografiche
  - C) Time Out = Ultima verifica prima di iniziare l'intervento chirurgico

**TUTTI I PASSAGGI VANNO DOCUMENTATI  
COMPILANDO E FIRMANDO LA CHECK-LIST.**

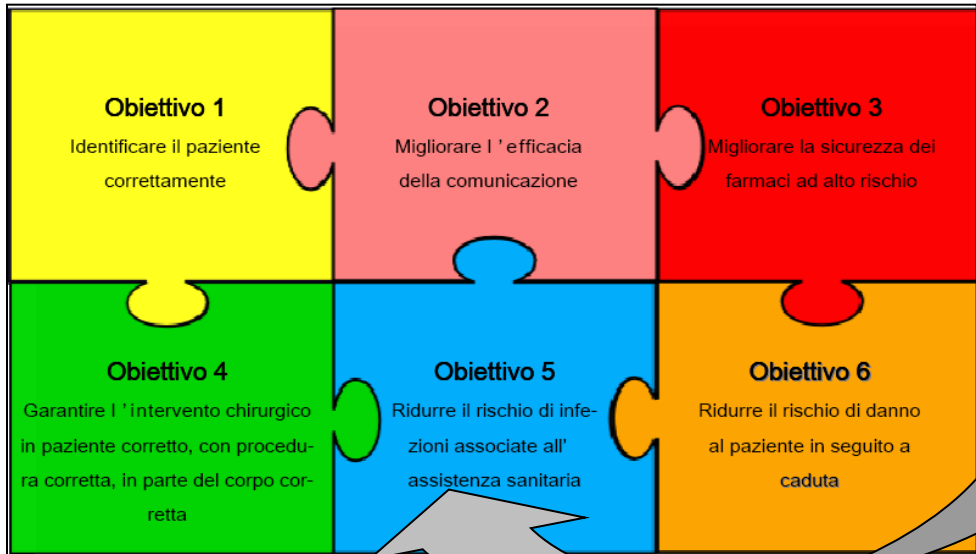
**O  
B  
I  
E  
T  
T  
I  
V  
O  
  
4**

**MIGLIORA LA  
SICUREZZA DEL  
PAZIENTE  
CHIRURGICO**

**ADOTTA  
PROCEDURE DI  
SICUREZZA PER  
ELIMINARE  
L'ERRORE DI SITO-  
SBAGLIATO,  
PAZIENTE-  
SBAGLIATO,  
PROCEDURA  
CHIRURGICA-  
SBAGLIATA**

## Obiettivo n.5:

# Ridurre il rischio di infezioni associato all'assistenza sanitaria



*Perchè bisogna lavarsi le mani spesso?*



**NEUTRALIZZA IL VEICOLO  
L'IGIENE DELLE MANI**

"CLEAN CARE IS SAFER CARE"

**RIDUCI IL RISCHIO DI  
INFEZIONI  
CORRELATE ALLA  
PRATICA  
ASSISTENZIALE**

**SEGUI LA  
LETTERATURA  
CORRENTE E  
ADOTTA LE LINEE  
GUIDA SULL'IGIENE  
DELLE MANI**

**O  
B  
I  
E  
T  
T  
I  
V  
O  
5**

**Rischio**

LE MANI sono il VEICOLO più frequentemente implicato nella trasmissione delle INFEZIONI.

**Cosa fare**

IGIENE DELLE MANI, è la più EFFICACE MISURA per ridurre le infezioni associate all'assistenza sanitaria.

**Quando**

Prima e dopo manovre asettiche o contatto con il paziente.

**5 MOMENTI:**

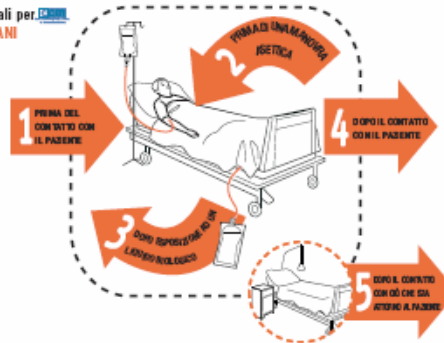
**PRIMA: Protezione del Paziente**

1. Prima del contatto con il paziente
2. Prima di una manovra asettica

**DOPO: Protezione degli Operatori e dell'Ambiente Sanitario**

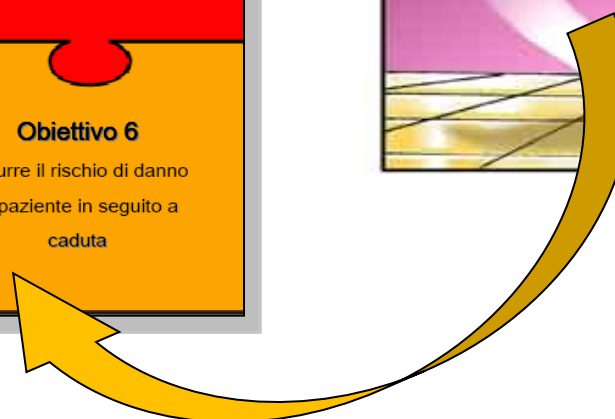
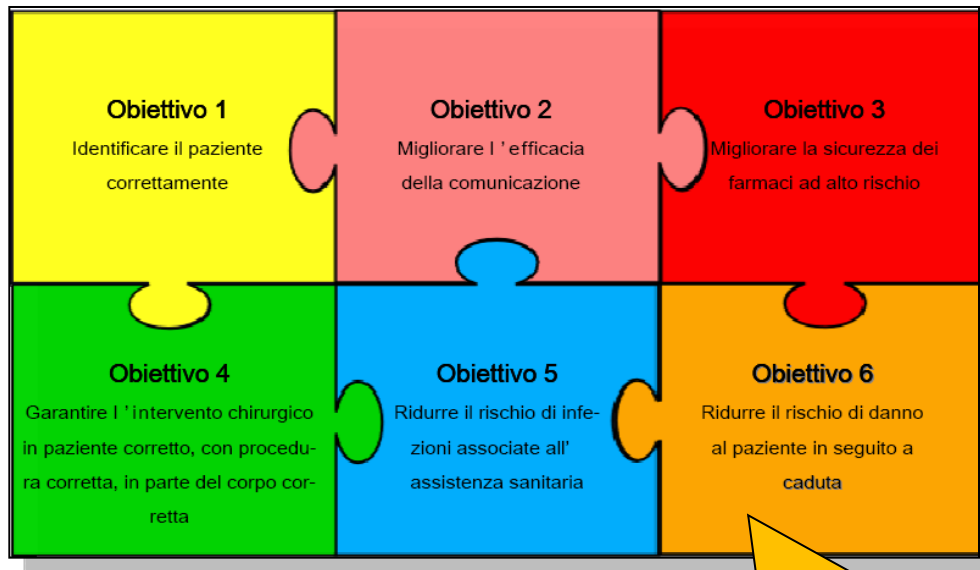
3. Dopo una esposizione a liquido corporeo
4. Dopo il contatto con il paziente
5. Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente

15 momenti fondamentali per  
L'IGIENE DELLE MANI



## Obiettivo n.6:

# Ridurre il rischio di danno al paziente in seguito a caduta



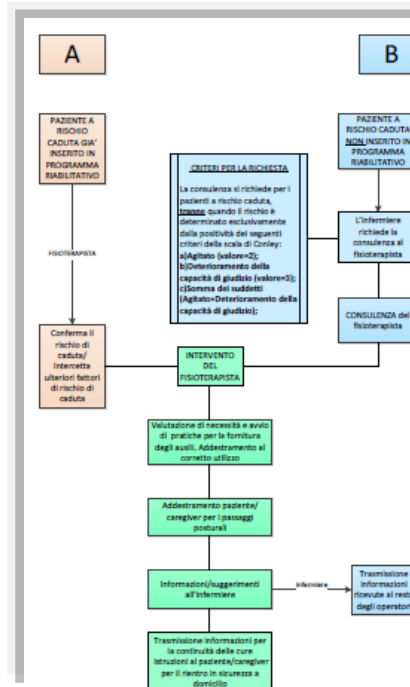
# REGOLA SICUREZZA

## PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
AS Stefania Morgante Referente del Gruppo di lavoro per la redazione dei contenuti	La Responsabile del Progetto Aziendale sulla prevenzione dei danni da caduta dei pazienti dott.ssa Maera Mesaglio	Direttore Sanitario Dr. Giampaolo Canciani
Gruppo di lavoro: Cainero Paola, Cecchi Adriana, Degan Stefania, De Corti Daniela, Del Fabbro Marina, Del Pomo Miria, De Tina Annalisa, Guardini Hario, Marcello Giuseppina, Marniani Antonella, Minisini Barbara, Morgante Stefania, Rabassi Sandra, Rossi Paolo, Tarvis Maria Pia, Vesca Roberta		
Firma	Firma	Firma

Documento precedente			Motivo della modifica	
Codifica	Versione	Data	Integrazioni/modifiche degli art. 3, 4, 13, 14, 15, 16 e 17	
DPS_PG_02	05	30/09/2014		

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti	Cadute	Rischio caduta



## COSA PUOI FARE PER NON CADERE

<b>CHIAMA il personale PRIMA di alzarti dal letto o dalla poltrona suonando il CAMPANELLO</b>	
<b>INDOSSA SEMPRE calzature antiscivolo chiuse PRIMA di alzarti in piedi</b>	
<b>ALZATI LENTAMENTE dal letto o dalla poltrona per evitare le vertigini</b>	
<b>MUOVITI SENZA FRETTA quando vai in bagno</b>	
<b>NON camminare su PAVIMENTI BAGNATI</b>	
<b>USA gli ausili che utilizzi abitualmente (occhiali, protesi acustica, bastone, tripode, ecc)</b>	
<b>Ci sono sostanze che possono interagire con i farmaci che assumi. RIVOLGITI AL TUO MEDICO per valutarne l'uso</b>	
<b>Ricorda che MAGGIORE è il NUMERO di FARMACI ASSUNTI, più ALTO sarà il RISCHIO DI CADERE</b>	



**OBIETTIVO 6**

**PER NON VEDERLI CADERE**

**Cosa fare**

Adottare misure in grado di quantificare il rischio ed interventi per ridurlo.

**MISURAZIONE**

**QUANDO**  
- entro 24 ore dal ricovero  
- dopo intervento chirurgico  
- ad ogni cambiamento significativo dello stato mentale o fisico del paziente  
- alla variazione della terapia  
- dopo un'eventuale caduta  
- prima della dimissione se vi è continuità delle cure

MISURA IL GRADO DI RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE

SCHEDA

È A RISCHIO

NO

OSSERVAZIONE PAZIENTE

SI

RILEVA LA PRESENZA DI ULTERIORI FATTORI DI RISCHIO INSIEME AGLI ALTRI PROFESSIONISTI

APPROFONDIMENTO SCHEDA

**INTERVENTO**

METTI IN ATTO LE MISURE DI PREVENZIONE

**QUALI**  
- informazione e coinvolgimento del paziente, dei familiari e dei caregiver  
- sicurezza dell'ambiente  
- sicurezza nell'uso del letto e dei presidi ausili per la movimentazione  
- misure specifiche di assistenza

**DOCUMENTAZIONE**

DOCUMENTA IN CARTELLA CLINICA LA VALUTAZIONE E GLI INTERVENTI EFFETTUATI

CARTELLA CLINICA

**RIDUCI IL RISCHIO DI DANNO AL PAZIENTE CAUSATO DA CADUTA**

**VALUTA E PERIODICAMENTE RIVALUTA OGNI RISCHIO DEL PAZIENTE RELATIVAMENTE ALLE CADUTE E ADOTTA LE MISURE DI PREVENZIONE**

## CONTENUTI

<b>5</b>	<b>COME “LEGGERE” LA QUALITÀ NELLE SEDI DI TIROCINIO</b>

## I DOCUMENTI



- Politiche
- Regolamenti
- Procedure
- Protocolli
- Istruzioni operative
- Manuali
- Linee guida
- .....

# INTRANET

ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE  
PROCEDURA GESTIONALE

## INFORTUNI E INCIDENTI A RISCHIO BIOLOGICO

SOC DI CARDIOLOGIA  
SITUAZIONE OPERATIVA

CA8\_J0\_04  
Versione n.01  
del 31/01/2012

Redazione:

Gruppo di lavoro:  
Dr. Luigi Caporaso  
Dott. Fabrizio Baloni  
Dott.ssa Daniela Di Caro  
Dott.ssa Stefania Degan

Firma:

GESTIONE CATETERI PICCOLI E MEDIANI

DIPARTIMENTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
PROCEDURA GESTIONALE

DANZ\_J0\_02  
Versione n.01  
del 30/09/2012

Redazione:

Dr. Tommaso Joppi  
Dr. Lorenzo Joppi  
Dr. Marco Loris  
Dott. Silvia Loris

Firma:

Documento precedente	Versione attuale	Data
CA8_J0_01	02	30/09/2012

Parola chiave 1  
Gestione e controllo del rischio e del processo

## GESTIONE PAZIENTE IN ANESTESIA

Documento precedente	Versione attuale	Data	Decisione della modifica
CA8_J0_01	01	30/09/2012	Creazione del documento

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Dr. Flavia Bassi Dott.ssa Laura Pompi Dr. Marco T'poli	1 Direttore del Servizio di Anestesi e Rianimazione Dr. Antonio Di Marco Prof. Giorgio Della Rocca Dr. Roberto Salvo Dr. Giulio Castellani	Il Direttore Medico di Presidio Dott. Giovanni Guarnotta
Firma:	Firma:	Firma:

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Controllo e cura del paziente	Anestesia	Controllo



Sistema integrato di comunicazione interna

INTRANET

Cerca tra i documenti

- Ricerca libera
- Ultimi aggiornamenti
- Sfogliala per parole chiave
- Tutti i documenti

Home	Dipartimenti	Direzioni	Notizie
------	--------------	-----------	---------

Ricerca libera:

Cerca anche tra le parole chiave e all'interno del testo

Struttura:

Tipo documento:

Capitolo JCI:

**CERCA**

HOME | NON TROVI QUALCOSA?

Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia"  
Piazzale Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 Udine

CF e P. IVA 02413630300  
IBAN IT30 M 0840 12315 10000 302062 (utilizzabile solo da privati)



Joint Commission International  
Quality Approval



## STRUMENTI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

- Brochure su sicurezza pazienti (identificazione paziente, read back, elettroliti ad alto rischio, sicurezza processo chirurgico, igiene mani, rischio caduta pazienti)





## STRUMENTI PER LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI

- Brochure su sicurezza operatori (rischi biologico, chimico, elettrico, movimentazione carichi, uso antiblastici, videoterminali, gestione infortuni...)






# INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE / L'UTENTE

Distribuzione ai pazienti di:

- Brochure per l'informazione dei pazienti (carta servizi, carta impegni, segnalibro sicurezza pazienti, eventuali opuscoli per la promozione della salute)


**UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**  
 Responsabile: dott.ssa Miriam Campagnolo  
 Tel. +39 0432 552796/97 - Fax +39 0432 552799 - e-mail: [up@asud.univ-ud.it](mailto:up@asud.univ-ud.it)

**Modulo per presentare**  
**RECLAMO - SEGNALAZIONE - PROPOSTA - SUGGERIMENTO - ELOGIO**

Il/La Sottoscritto/a, \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in Via \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Espone di seguito quanto accaduto:  a se stesso  al Signor/a \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in Via \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Genitore  Figlio  Coniuge  Altro \_\_\_\_\_  
*(Descrivere de fatti oggetto di segnalazione, specificando date e persone coinvolte):*

In data \_\_\_\_\_ nella Struttura Operativa di \_\_\_\_\_





# DATI SULLA QUALITÀ

Bacheca con:

- Dati sulle infezioni
  - Dati sull'incident reporting
  - Dati sulle cadute dei pazienti
  - Dati sugli infortuni del personale
  - Dati sulla completezza della cartella clinica
  - Dati sul monitoraggio degli obiettivi di budget della struttura
- Alcuni di questi dati, uniti ad altri, fanno parte del cruscotto aziendale (advisory board).



SOC ACCREDITAMENTO GESTIONE DEL RENDIMENTO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE

SOC ACCREDITAMENTO GESTIONE DEL RENDIMENTO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE

Reduzione / Aggiornamento	Verifica
Dr. Silvia Pignatelli Dr. Luca Corbelli	Dr. Luigi Corbelli Dr. Luca Corbelli
Firma	Firma

**REPORT VALUTAZIONE CARTELLA CLINICA**

Si riporta la situazione al periodo gennaio 2012 e si confronta con le migliori performance di degenza ospedaliere. Vengono riportati i dati di 238 operazioni (compilate) (casistiche approvate) relative ai 021 Comuni della provincia, e i dati del gennaio 2011 e di luglio 2012 (dati relativi al triennio) e l'attribuzione settore di cura di gruppo per ciascuna struttura.

La scala di analisi viene:

1. valutazione iniziale all'ingresso del paziente (VI);
2. anamnesi (AN);
3. anamnesi farmacologiche (FA);
4. giustificazione della cura e degli interventi (GC);
5. interventi chirurgici / assistenziali e relativi (IC);
6. dimissioni (DI);

VALUTAZIONE INIZIALE DEL PAZIENTE (regola del 60%)	VI	AN	FA	GC	IC	DI
VI.1 - Il consenso e l'assenso informato sono documentati e rispettivamente integrati.	261	100,0%	27	4,0%	428	100,0%
VI.2 - Il consenso informato del familiare o del legale rappresentante è presente.	262	96,7%	30	11,5%	311	100,0%
VI.3 - La scheda di consenso al trattamento chirurgico è completa.	262	96,7%	28	10,7%	320	100,0%
VI.4 - Il messaggio di consenso del medico (MCS) è presente.	267	98,9%	22	8,2%	338	100,0%
VI.5 - La presenza di dolore è stata riferita in relazione all'intervento chirurgico.	112	84,9%	39	15,2%	132	100,0%
VI.6 - La presenza di dolore non viene applicata l'assistenza farmacologica.	128	87,9%	4	3,0%	132	100,0%
VI.7 - Si applica il trattamento farmacologico appropriato.	268	100,0%	28	10,7%	332	100,0%
VI.8 - Il messaggio di consenso al trattamento chirurgico è presente.	263	98,9%	23	8,7%	332	100,0%
VI.9 - La presenza di dolore è stata riferita in relazione all'intervento chirurgico.	112	84,9%	39	15,2%	132	100,0%
VI.10 - Il consenso è presente sulla scheda di consenso del medico.	264	98,9%	29	10,9%	324	100,0%
VI.11 - Il messaggio di consenso del medico è presente.	264	98,9%	12	4,5%	320	100,0%
VI.12 - La presenza di dolore è stata riferita in relazione all'intervento chirurgico.	112	84,9%	39	15,2%	132	100,0%
VI.13 - La presenza di dolore non viene applicata l'assistenza farmacologica.	128	87,9%	4	3,0%	132	100,0%
VI.14 - Si applica il trattamento farmacologico appropriato.	268	100,0%	28	10,7%	332	100,0%
VI.15 - Il messaggio di consenso al trattamento chirurgico è presente.	263	98,9%	23	8,7%	332	100,0%
VI.16 - La presenza di dolore è stata riferita in relazione all'intervento chirurgico.	112	84,9%	39	15,2%	132	100,0%
VI.17 - Si applica il trattamento farmacologico appropriato.	268	100,0%	28	10,7%	332	100,0%

**QUALITÀ DELL'ASSISTENZA**

DRG TP	COLTATE	L4D	TRAINING	INFORTUNI	INFORTUNI	ASSENZE	INF-ASSENZE	SUP-STRADA	INF-TRAORD	SUP-TRAORD	FERIE INF	FERIE SUP
Indicatore	N. cadute/coltate a 1000 spese di ricovero	Tot. coltate/coltate a 1000 spese di ricovero	N. L4D/coltate a 1000 spese di ricovero	Prevalenza/coltate a 1000 spese di ricovero	Prevalenza/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero	N. INF/coltate a 1000 spese di ricovero
0	1,7	0,8	5,9	4,8%	16,7%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	3,9	2,9	4,9	6,2%	9,4%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	3,0	2,0	12,0	0,0%	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	2,6	0,9	0,0	0,0%	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4	3,7	2,7	2,7	3,9%	6,3%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	0,0	0,0	0,0	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	NCV0%	NCV0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

AREA STRATEGICA	ARGOMENTO	OGGETTIVO	INDICATORE	PERCENTUALE DI RAGGIUNTO	ATTEND.	1T	2T	3T	4T
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	COMUNICAZIONE EFFICACE (RANCOVIR)	Trasmettere correttamente le informazioni critiche per la sicurezza del paziente tra strutture di cura (tra ospedali)	Percentuale di dati nel quale il processo di benchmarking ha struttura e dato obiettivo (percentuale di informazioni condivise per le strutture di cura)	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	COMUNICAZIONE EFFICACE (RANCOVIR)	Generare una comunicazione rapida ed efficace del team "crisis" mediante "tree map"	Percentuale di dati in cui i risultati di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	COMUNICAZIONE EFFICACE (RANCOVIR)	Confermare il risultato di una comunicazione e gestione di emergenza "crisis" in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	Percentuale di dati in cui i risultati di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	IDENTIFICAZIONE PAZIENTI	Identificare correttamente il paziente nella documentazione clinica	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	SEZIONI DA PRESSIONE	Assistere il paziente in modo da evitare il rischio di lesioni da pressione	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	NUTRIZIONE CLINICA	Migliorare la gestione del paziente con problemi di nutrizione	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	EDUCAZIONE DEL PAZIENTE	Generare il trattamento in sicurezza del paziente chirurgico	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	EDUCAZIONE DEL PAZIENTE	Educare il paziente e i familiari in merito ai rischi di infezione	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	CARTELLA CLINICA	Completare correttamente la cartella clinica	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%
OGGETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	CARTELLA CLINICA	Completare correttamente la cartella clinica	Percentuale di dati in cui il risultato di "tree map" (dopo completamento di una "tree map" da parte del personale di struttura) sono stati condivisi e gestiti in modo da essere disponibili a tutti i membri del team "crisis"	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%

## CONTENUTI

<b>6</b>	<b>LA FORMAZIONE PER L'INGRESSO IN TIROCINIO</b>



### Attività Didattiche Elettive (ADE) a scelta dello studente previste al terzo anno di corso:

- 1 CFU per la partecipazione all'ADE denominata **"Percorso Sicurezza e qualità in ambiente sanitario"** – offerta al terzo anno di corso (che prevede i corsi di EMERGENZA ANTINCENDIO e SICUREZZA DEL PAZIENTE);
- 0,5 CFU per la partecipazione all'ADE **"Progress test"**. Il numero totale dei crediti previsti per la partecipazione a tutte le edizioni è 3 CFU.



TEMA	ORE
INTRODUZIONE AL PERCORSO (in aula)	1.5
PERCORSO ORIENTAMENTO ALL'ORGANIZZAZIONE (FAD)	
-Premessa del Direttore Generale (lettura)	-
-Introduzione alla qualità e all'accreditamento (lettura)	0.5
-La sicurezza nei luoghi di lavoro (corso + test)	4
-La sicurezza del paziente (corso + test)	2
-L'emergenza incendio (corso + test)	3



## SVILUPPO DEL PROGRAMMA

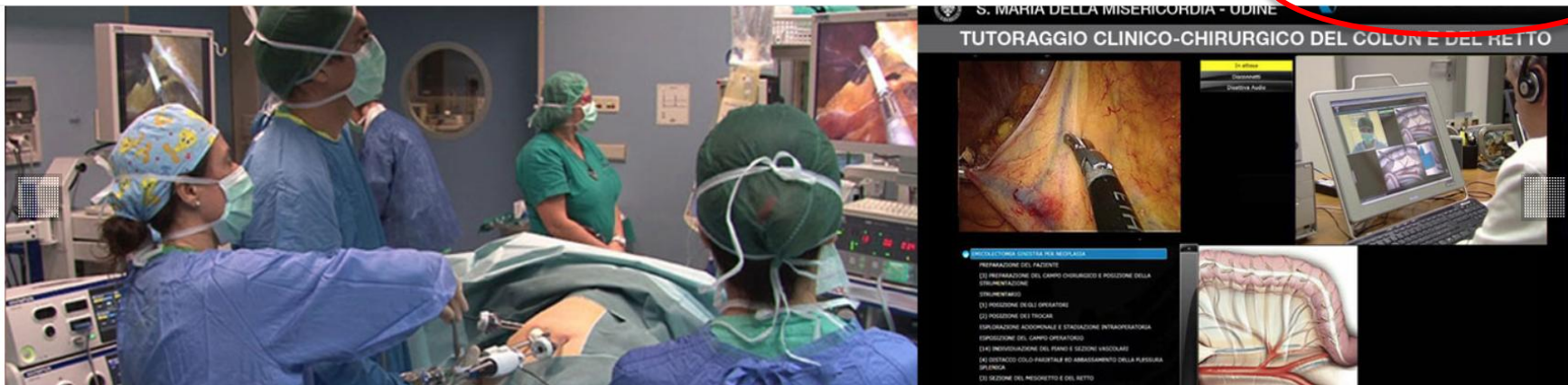
CORSO FAD

ALL'INGRESSO IN TIROCINIO

**(obbligatorio entro il 31 dicembre 2019)**

VERIFICHE  
INTERMEDIE

ANNUALI (in concomitanza con il Progress Test)



Area multimediale di Formazione e Aggiornamento Professionale

ASUI UD - Foglio Informativo nov./dic. 2018

### Course categories

► Orientamento all'organizzazione

► Expand all

### Navigation

Home

► News del sito

► ASUI UD - Foglio Informativo nov./dic. 2018

► Courses

**Accedere alla piattaforma  
all'indirizzo:**

**<https://fad.informasanitaudine.it/>**

## Login

Username

Password

 Ricorda username[Hai dimenticato lo username o la password?](#)

## È la prima volta che accedi qui?

### Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della disciplina di legge per l'evasione degli ordini, l'erogazione dei servizi per i quali è prevista la registrazione e per gli altri scopi indicati nella presente informativa; il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza.

Le modalità del trattamento prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici (ivi compresi telefax, telefono, anche senza assistenza di operatore, posta elettronica, SMS ed altri sistemi informatici e/o automatizzati di comunicazione) e sono comunque tali da assicurare la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

Utilizzare le credenziali pervenute via email  
al'indirizzo di [....@spes.uniud.it](mailto:....@spes.uniud.it)

## Course categories

▶ Orientamento all'organizzazione

▶ Area Prevenzione e Sicurezza (4)

▶ Area Best practice per la sicurezza del paziente (3)

▶ Area Bioetica (1)

▶ Area Blocchi Operatori

▶ Area Cardiovascolare (5)

▶ Area Clinico Assistenziale (26)

### 🗑 Premessa

L'obiettivo generale del progetto è quello di descrivere il percorso di orientamento all'organizzazione del personale neoassunto (a tempo determinato o a tempo indeterminato) di tutte le qualifiche nonché i medici in formazione specialistica e gli studenti dei corsi di laurea dell'Università degli Studi di Udine che accedono alle strutture ed ai servizi dell'ASUI di Udine.

### 🗑 1 - Qualità ed accreditamento

L'organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattativo in cui interagiscono un insieme di elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune. Gli interventi per perseguire efficacemente la qualità del servizio socio-sanitario fanno riferimento ...

### 🗑 2 - Corso di Formazione Generale sulla Sicurezza nei luoghi di Lavoro

Questo Corso di Formazione Generale sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro (CFG) viene fornito in modalità e-learning dal datore di lavoro. Ciò significa che l'intero percorso di apprendimento si realizza interagendo con contenuti distribuiti in formato elettronico, disponibili su questa piattaforma informatica condivisa

**Tipologia:** Autoapprendimento senza tutoraggio (FAD)  
**Durata:** 4.00 ore

### 🗑 3 - La sicurezza del Paziente

L'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme alla Joint Commission International effettua periodicamente una revisione della letteratura e delle banche dati disponibili riguardanti gli eventi sentinella accaduti ai pazienti in tutto il mondo. Da questa revisione emergono le aree più critiche in materia di sicurezza del paziente in ambito sanitario e, sulla base dell'evidenza scientifica disponibile, vengono pubblicate le indicazioni che le Aziende devono recepire per promuovere miglioramenti specifici nell'area della sicurezza del paziente.

**Tipologia:** Autoapprendimento senza tutoraggio (FAD)  
**Durata:** 2 ore

### 🗑 4 - Emergenza incendio. Percorso formativo/informativo in FAD

La normativa vigente e gli standard di accreditamento Joint Commission International (JCI) prevedono che il personale sia formato all'esercizio del proprio ruolo nella prevenzione e gestione dell'emergenza incendi nelle strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine. Il corso è rivolto agli operatori delle strutture non inserite nella programmazione annuale.

**Tipologia:** Autoapprendimento senza tutoraggio (FAD)  
**Durata:** circa 2 ore e mezza

**GENNAIO 2020**

**Verifica del superamento del test finale**



**Badge aziendale  
per entrare in ASUIUD**



**“IGIENE DELLE MANI»**

**Grazie.**

**Buon tirocinio a tutti!**