



ASU FC Azienda sanitaria  
universitaria Friuli Centrale

# **QUALITA' E SICUREZZA: LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E INFETTIVO NELLE CASE DI RIPOSO**

## **QUALITA' E SICUREZZA**

**Carla Londero**

SOC Accreditamento e Gestione del rischio clinico

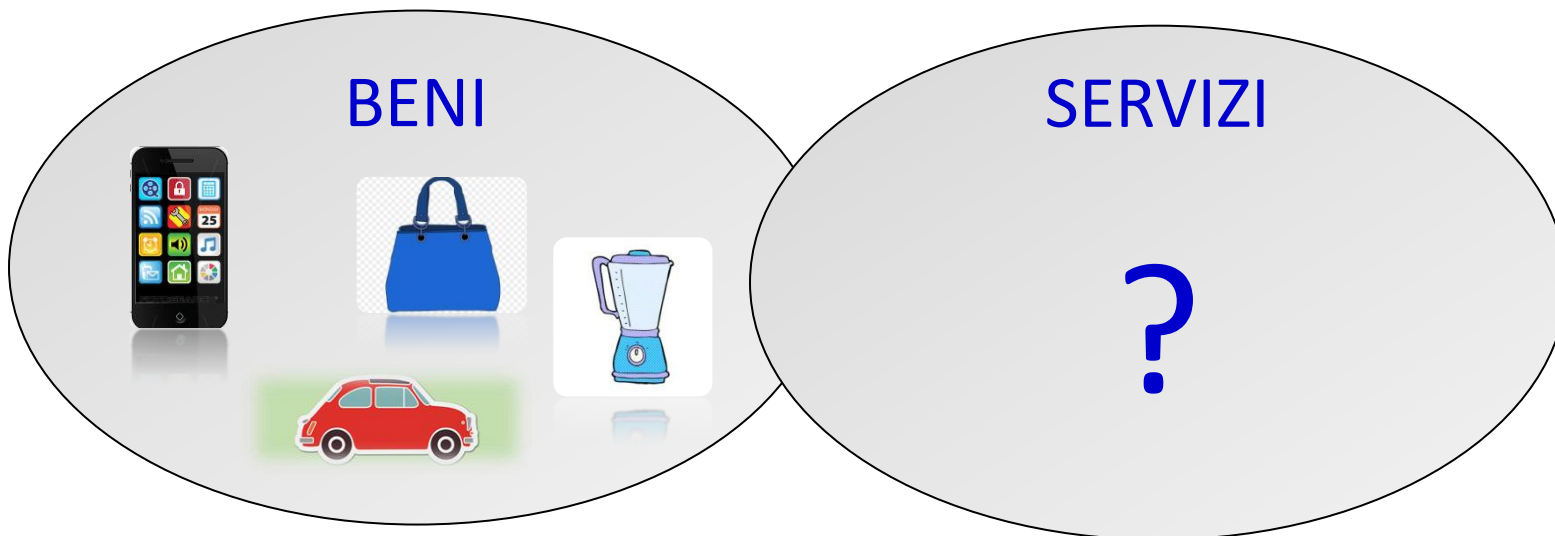
## Programma Evento Residenziale

### Qualità e sicurezza: la gestione del rischio clinico e infettivo nelle Case di Riposo (ASUFC\_20433)

Edizioni: 14/10/2020 - 21/10/2020 - 03/11/2020

09:15 - 09:30	<b>Presentazione del corso</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: CAPORALE DENIS Supplenti: COCCONI ROBERTO	13:30 - 14:15	<b>Infezioni Correlate all'Assistenza. Definizioni ed epidemiologia</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: COCCONI ROBERTO Supplenti: CHIRICO LUIGI, POZZI DAVIDE
09:30 - 10:10	<b>Qualità e sicurezza</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: LONDERO CARLA Supplenti: FARNETI FEDERICO	14:15 - 14:45	<b>Modalità di trasmissione delle infezioni/malattie infettive</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: POLONIA MARTA Supplenti: RASSATTI NICOL, SELLAN ARIANNA
10:10 - 10:50	<b>Errori ed eventi avversi (definizioni ed epidemiologia)</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: DEGAN STEFANIA Supplenti: DOIMO ANNA, MELLACE FLAVIO, SCARPIS ENRICO, TRELEANI MANUELA	14:45 - 15:30	<b>Precauzioni Standard e Aggiuntive</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: FARUZZO ALDA Supplenti: CARGNELUTTI CINZIA, RASSATTI NICOL
10:50 - 11:30	<b>Stato dell'arte in Italia e in FVG. La Rete Cure Sicure FVG</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: ARNOLDO LUCA Supplenti: DOIMO ANNA, FARNETI FEDERICO, MELLACE FLAVIO	15:30 - 16:00	<b>Bundle di Prevenzione</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: CARGNELUTTI CINZIA Supplenti: FARUZZO ALDA, RASSATTI NICOL
11:30 - 12:00	<b>La gestione del rischio clinico. Strumenti per la valutazione e gestione del rischio (incident reporting, audit clinico)</b> Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi) Docenti: TRELEANI MANUELA Supplenti: BELLOMO FABRIZIO, DEGAN STEFANIA, DOIMO ANNA, MELLACE FLAVIO, SCARPIS ENRICO	16:00 - 16:30	<b>Sistemi di sorveglianza delle infezioni e monitoraggio delle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: SELLAN ARIANNA Supplenti: CHIRICO LUIGI, POLONIA MARTA, POZZI DAVIDE
12:00 - 12:30	<b>Discussione</b> Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore (l'esperto risponde) Docenti: ARNOLDO LUCA, BELLOMO FABRIZIO, DEGAN STEFANIA, FARNETI FEDERICO, TRELEANI MANUELA Supplenti: DOIMO ANNA, MELLACE FLAVIO, SCARPIS ENRICO	16:30 - 17:00	<b>Discussione</b> Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore (l'esperto risponde) Docenti: CARGNELUTTI CINZIA, COCCONI ROBERTO, FARUZZO ALDA, POLONIA MARTA, RASSATTI NICOL, SELLAN ARIANNA Supplenti: CHIRICO LUIGI, POZZI DAVIDE
13:30 - 14:15	<b>Infezioni Correlate all'Assistenza. Definizioni ed epidemiologia</b> Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: COCCONI ROBERTO Supplenti: CHIRICO LUIGI, POZZI DAVIDE	17:00 - 17:15	<b>Verifica dell'apprendimento</b> Verifica dell'apprendimento (verifiche scritte) Docenti: COCCONI ROBERTO Supplenti: CHIRICO LUIGI, POZZI DAVIDE

# AZIENDE ?



## ...la qualità...

Le **parole** utilizzate per descrivere la qualità nell'assistenza sanitaria, e la filosofia che si cela dietro ad esse, **variano da paese a paese ed al variare delle epoche.**

Questa variazione riflette il **cambiamento** nelle **politiche** e nelle **percezioni** di cosa sia qualità nell'assistenza sanitaria.



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA

# 1996

**ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'**, UFFICIO DELLA REGIONE EUROPEA: "LA **CARTA DI LUBIANA** SULLA RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI", APPROVATA IL 18 GIUGNO 1996 DELLA GIUGNO CONFERENZA SULLE RIFORME SANITARIE IN EUROPA,

ESSERE GUIDATI DA VALORI FONDAMENTALI  
ESSERE FINALIZZATI ALLA SALUTE  
ESSERE CENTRATI SULLE PERSONE  
ESSERE MIRATI ALLA QUALITA'  
ESSERE BASATI SUL FINANZIAMENTO SOLIDO  
ESSERE ORIENTATI ALL'ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO

# 1997

**RACCOMANDAZIONE N°R (97)17, 30**

SETTEMBRE 1997, DEL **COMITATO DEI MINISTRI**  
AGLI STATI MEMBRI DEL CONSIGLIO D'EUROPA

*"SVILUPPO E L'ATTIVAZIONE DI SISTEMI DI  
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA"*

*Tutte le parti coinvolte nell'assistenza sanitaria (operatori, pazienti, finanziatori, managers e autorità) debbono partecipare alla progettazione, alla realizzazione e al mantenimento dei Sistemi per il Miglioramento della Qualità dell'Assistenza Sanitaria in stretta e continua collaborazione.*

*Elementi chiave:*

- *Linee guida pratiche*
- *Valutazione tecnologie e miglioramento qualità*
- *Indicatori di qualità e sistemi informativi*
- *Il punto di vista dei pazienti*
- *Gestire il cambiamento*

2002

LA CARTA DEI DIRITTI DEI PAZIENTI



EUROPEAN CHARTER OF PATIENTS' RIGHTS

*Presented in Brussels on 15 November 2002*

**DIRITTO A:**

1. Alla prevenzione
2. All'accesso alle cure
3. All'informazione
4. Al consenso
5. Alla libera scelta
6. Alla privacy
7. Al rispetto dei tempi del paziente

**DIRITTO A:**

8. Al rispetto degli standard di qualità
9. Alla sicurezza
10. All'innovazione
11. Ad evitare sofferenze e dolore non necessari
12. Al trattamento personalizzato
13. A lamentare disservizi
14. Alla compensazione



# 2008

The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth

## Delivering health services to individuals and to populations

I pazienti vogliono **accedere a cure di qualità** ed essere certi che i fornitori facciano affidamento sui **migliori dati disponibili** che la scienza medica può offrire e utilizzino le tecnologie più idonee a garantire il miglioramento **dell'efficacia e la sicurezza del paziente**.

I sistemi sanitari devono dimostrare **buone performance**

2009

## RACCOMANDAZIONI

### CONSIGLIO

#### RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO

del 9 giugno 2009

sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria

(2009/C 151/01)

#### I. RACCOMANDAZIONI SU TEMI GENERALI ATTINENTI ALLA SICUREZZA DEI PAZIENTI

- (14) La prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria dovrebbero fare parte delle priorità strategiche a lungo termine delle istituzioni sanitarie. Tutti i livelli gerarchici e tutte le funzioni dovrebbero cooperare per modificare i comportamenti e l'organizzazione in base a un approccio improntato sui risultati, definendo responsabilità a tutti i livelli, organizzando strutture di sostegno e risorse tecniche locali e creando procedure di valutazione.



## NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

### **D.Lgs n.502 del 30 dicembre 1992**

art 10 controllo di qualità: adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni nonché del loro costo..... indicatori di efficienza e di qualità

**DPR n.37 del 14 gennaio 1997:** .... Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (*gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni*)

### **D.Lgs n. 229 del 1999:**

- *accreditamento istituzionale*
- *partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità,*
- *accettazione del sistema di controlli esterni sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate definito dalla regione*

## DEFINIZIONE DI QUALITA' IN SANITA'



La qualità dell'assistenza è il grado con il quale i trattamenti forniti **aumentano** le possibilità del paziente di ottenere i **risultati desiderati** e **diminuiscono** le possibilità dei **risultati indesiderati**, prendendo in considerazione lo stato corrente della **conoscenza**

CONSIGLIO EUROPEO  
(1998)

# Qualità e sicurezza nel sistema sanitario

Diritto delle persone è ricevere  
**CURE DI QUALITÀ**

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

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.

## DIMENSIONI QUALITÀ' DELLE CURE

**SICUREZZA**

APPROPRIATEZZA

ACCESSIBILITA'

CENTRALITA' DEL PAZIENTE

COMPETENZA

CONTINUITA' E COORDINAMENTO

EQUITA'

EFFICACIA

TEMPESTIVITA'

EFFICIENZA

SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

## Condizioni prone all'errore

---

- Mancanza di familiarità con il compito x17
- Carenza di tempo a disposizione x11
- Scarsa comunicazione x10
- Sovraccarico di informazioni x6
- Errata percezione del rischio (deriva) x4
- Procedure / flusso di lavoro inadeguati x3

Queste peggiorano in presenza di “violazioni del fattore umano” come la stanchezza, lo stress, l'ambiente di lavoro (ad es. mancanza di sicurezza psicologica), le interruzioni e le distrazioni, l'ambiguità dei ruoli e delle responsabilità.

## 1) LA QUALITA' E LA SICUREZZA GRAZIE ALLA PARTECIPAZIONE DI TUTTI



**LA FORZA DELLA CATENA E' DETERMINATA  
DALLA FORZA DELL'ANELLO PIU' DEBOLE.**

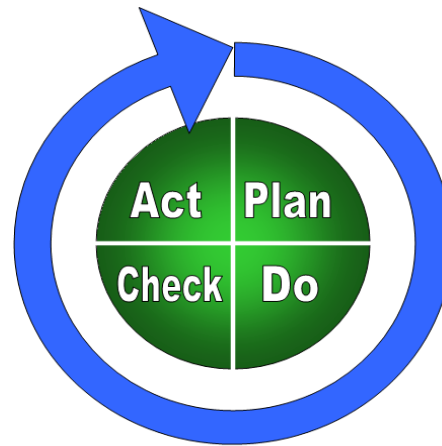
## 2) LA QUALITA' E' MIGLIORAMENTO CONTINUO: SE NON SI EVOLVE, SI REGREDISCE

### ACT

- Individuazione di eventuali problemi e cause che impediscono il miglioramento
- Ridefinizione obiettivi e direzioni di intervento

### CHECK

- Monitoraggio andamento del piano
- Verifica indicatori



### PLAN

- Individuazione delle criticità
- Definizione delle priorità
- Stesura del piano

### DO

- Realizzazione delle azioni del piano

“Ciclo di Deming”

**COSA STO FACENDO ?  
(Qual è il processo)**

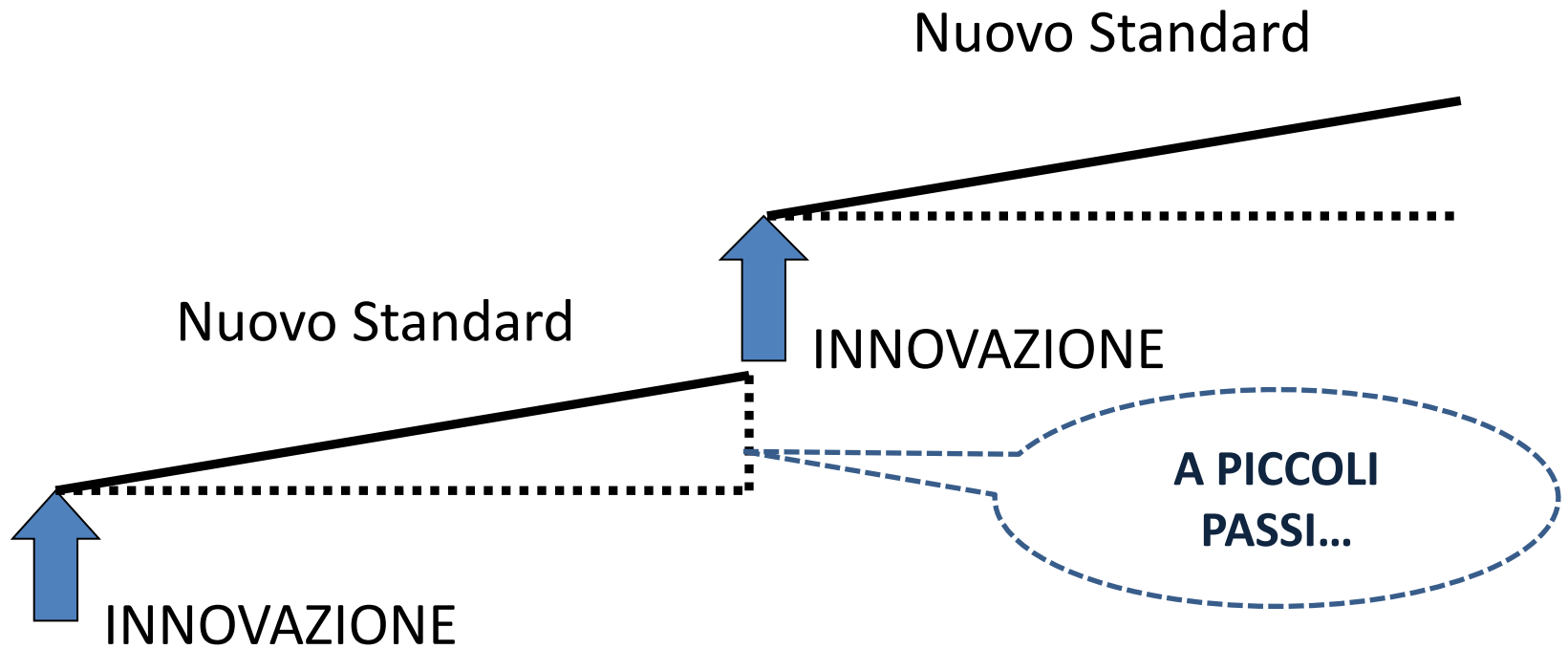
- *Allestisco la soluzione da infondere al paziente per via endovenosa*

**QUALI SONO I RISCHI ?**

- *Farmaco / soluzione non corretti*
- *Contaminazione della soluzione*
- *Scambio di paziente*
- *Malfunzionamento dispositivi*
- *Velocità di somministrazione non corretta*
- *.....*

**COME CONTROLLO I RISCHI ?**

- *Rispetto delle procedure di sicurezza*
- *Prescrizione corretta e completa*
- *Applicazione del bundle specifico*
- *Utilizzo di check list*
- *.....*





## PROMUOVERE L'APPRENDIMENTO: SICUREZZA PSICOLOGICA E RESPONSABILITÀ

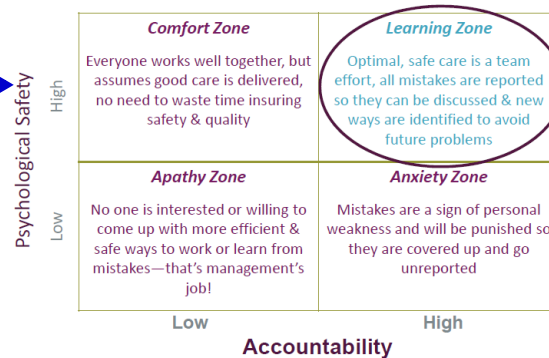
### ZONA DI COMFORT

TUTTI LAVORANO BENE INSIEME, MA DANNO PER SCONTATO CHE VENGANO EROGATE BUONE CURE E CHE NON C'È BISOGNO DI PERDERE TEMPO PER ASSICURARE SICUREZZA E QUALITÀ.

### ZONA DI APPRENDIMENTO

OTTIMALE; L'ASSISTENZA SICURA È UNO SFORZO DI SQUADRA, TUTTI GLI ERRORI VENGONO SEGNALATI IN MODO CHE POSSANO ESSERE DISCUSSI E VENGONO IDENTIFICATI NUOVI MODI PER EVITARE PROBLEMI FUTURI.

Fostering Learning: Psychological Safety + Accountability



### ZONA DI APATIA

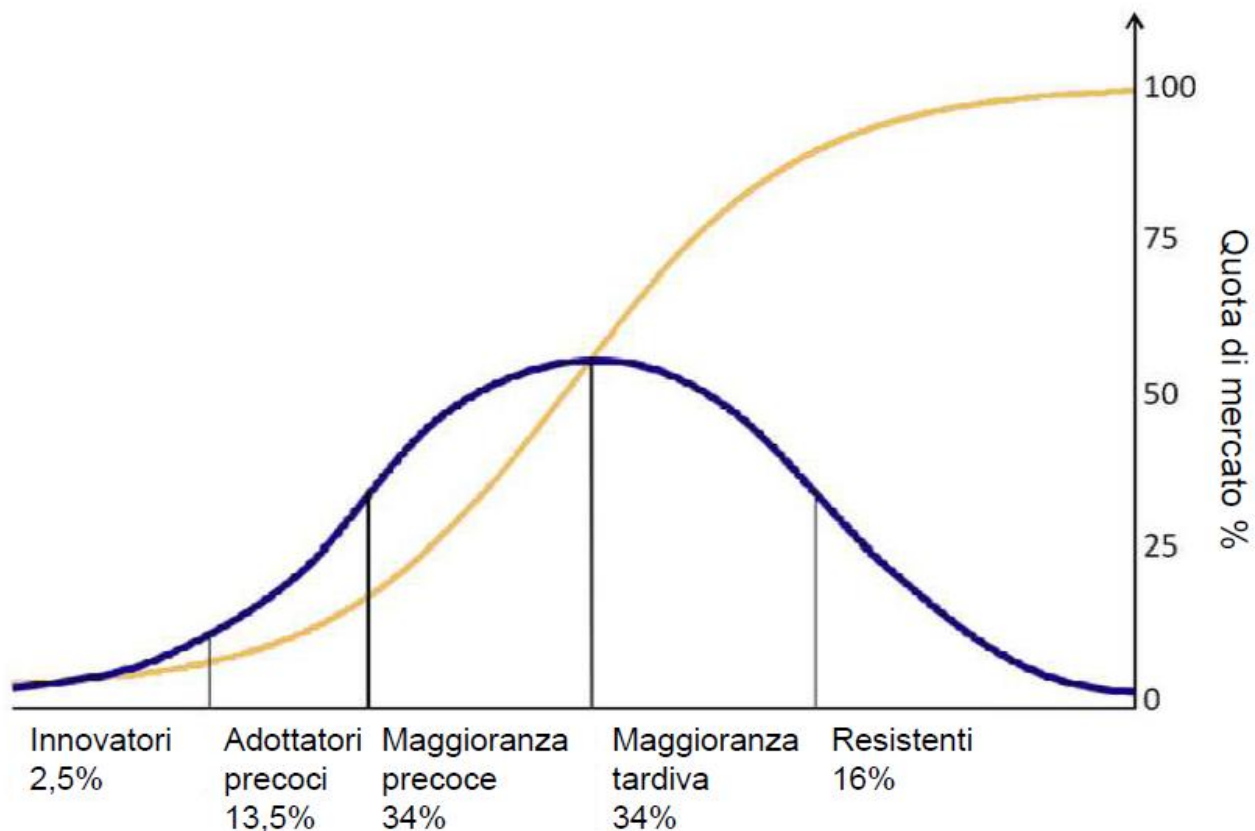
NESSUNO È INTERESSATO O DISPOSTO A TROVARE MODI PIÙ EFFICIENTI E SICURI PER LAVORARE O IMPARARE DAGLI ERRORI. "QUESTO È IL LAVORO DEL MANAGEMENT !".

### ZONA DI ANSIA

GLI ERRORI SONO UN SEGNO DI DEBOLEZZA PERSONALE E VERRANNO PUNITI, QUINDI VENGONO NASCOSTI E NON VENGONO SEGNALATI.

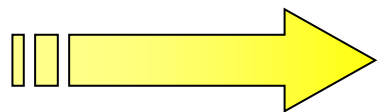
## E. Rogers

### La curva di adozione dell'innovazione

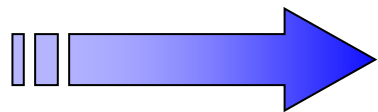


### 3) I CAPISALDI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

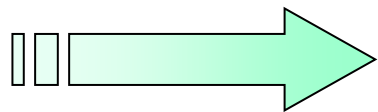
**Q**



**DESCRIZIONE (STANDARDIZZATA)**



**INFORMAZIONE / FORMAZIONE**



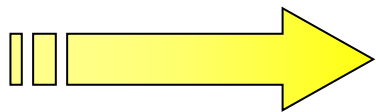
**AZIONE SECONDO QUANTO DESCRITTO E  
DIMOSTRAZIONE DI AVER FATTO**



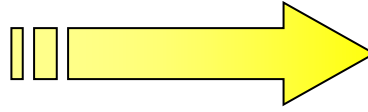
**VERIFICA - MISURAZIONE**

### 3) I CAPISALDI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

**Q**



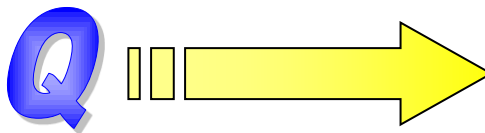
**DESCRIZIONE (STANDARDIZZATA)**



Uniformare le modalità di lavoro, basandosi su standard di riferimento univoci per tutti (evidenze scientifiche, regole normative, evidenze di buona pratica professionale ...)

*“Se non riuscite a descrivere quello che state facendo come se fosse un processo, non sapete cosa state facendo”.*

Deming William Edwards

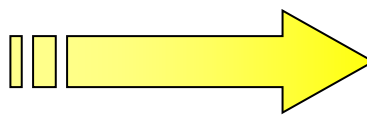


# PROCEDURE – ISTRUZIONI - REGOLAMENTI

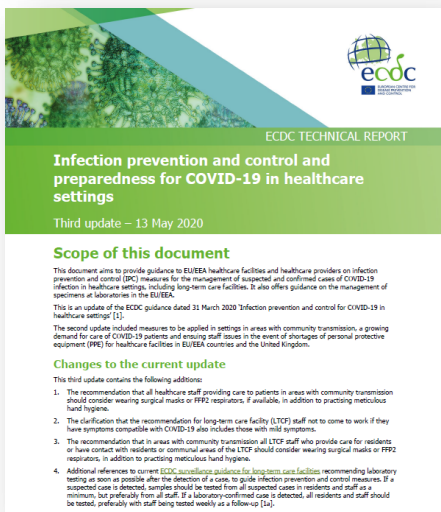
Permettono di regolare e uniformare il modo di lavorare di operatori o aree diverse tra loro, in modo da garantire lo stesso comportamento quando si trovano ad affrontare lo stesso problema.

## A COSA SERVONO

OTTENERE	<b>la riproducibilità delle operazioni</b>
DELIMITARE	<b>le interfacce di responsabilità</b>
CONSERVARE	<b>il sapere della funzione</b>
FORMARE	<b>gli addetti e i nuovi responsabili di un'attività</b>
PREVENIRE	<b>gli errori e le deviazioni</b>



# FONTI



Ministero della Salute

## Governo clinico e sicurezza delle cure

Home / Linee guida e Raccomandazioni

### Linee guida e Raccomandazioni

#### Sistema nazionale Linee guida

Il Sistema nazionale Linee guida ed altri documenti elaborati dal Ministero della Salute nell'ambito del governo clinico e della sicurezza dei pazienti

#### Raccomandazioni del Ministero

L'obiettivo delle Raccomandazioni è quello di offrire strumenti in grado di prevenire l'assunzione di COVID-19 cases

#### Preventing and managing COVID-19 across long-term care services

Web annex

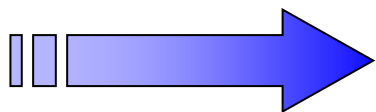
Key objectives and actions to prevent and manage COVID-19 in long-term care facilities	
	Ensure that infection prevention and control (IPC) standards are implemented and adhered to in all long-term care facilities to prevent and safely manage COVID-19 cases
	Prioritize testing, contact tracing and monitoring of the spread of COVID-19 among residents and staff of long-term care facilities
	Include long-term care in all phases of the national response to the COVID-19 pandemic
	Mobilize adequate funding for long-term care facilities to respond to and recover from the COVID-19 pandemic
	Ensure effective monitoring and evaluation of the impact of COVID-19 on long-term care facilities and ensure efficient information channelling between health and long-term care facilities
	Secure staff and resources, including an adequate health workforce, to respond to the COVID-19 pandemic
	Ensure the continuous and continuity of essential services for people in long-term care facilities
	Prioritize the psychological well-being of people receiving and providing long-term care services & Provide support for family and voluntary caregivers
	Ensure a smooth transition to the recovery phase

#### Area operatori del settore sociale e sanitario

Informazioni e materiali utili agli operatori del settore sociale e sanitario: governo clinico, reti di patologia, PDIA, "consensus", materiali dei convegni, ecc.)

### 3) I CAPISALDI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

**Q**



**INFORMAZIONE / FORMAZIONE**





## Documenti

- › Ricerca libera
- › Ultimi aggiornamenti
- › Sfoglia per parole chiave
- › Mostra tutti

ASU FC Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

DELEGAZIONE SANITARIA  
RICERCA UNIVERSITARIA

DL\_P2\_20  
Venezia 07/01/2017  
del 20/04/2017

### CONSENSO INFORMATO

Relazione per la ricerca del consenso di Consorzio Generale di Area ASU FC

Relazione/Approvazione	Validità	Approvazione
Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria

Decreto presidenziale

Collegio	Chiamata	Data	Approvazione
DL_P2_20_12	04	20/12/2015	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria

Unità di Ricerca: **LA PRESA IN CARICO IN DIMENSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE**

ASU FC Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

DELEGAZIONE SANITARIA  
RICERCA UNIVERSITARIA

DL\_P2\_20  
Venezia 07/01/2017  
del 20/04/2017

### LA PRESA IN CARICO IN DIMENSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE

Relazione/Approvazione	Validità	Approvazione
Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria

Decreto presidenziale

Collegio	Chiamata	Data	Approvazione
DL_P2_20_12	04	20/12/2015	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria

ASU FC Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

DELEGAZIONE SANITARIA  
RICERCA UNIVERSITARIA

DL\_P2\_20  
Venezia 07/01/2017  
del 20/04/2017

### GESTIONE CAMPIONI BIOLOGICI

Relazione/Approvazione	Validità	Approvazione
Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria

Decreto presidenziale

Collegio	Chiamata	Data	Approvazione
DL_P2_20_12	04	20/12/2015	Il Direttore Sanitario e Primario di Area Sanitaria





**ASU FC**  
Azienda sanitaria  
universitaria  
Friuli Centrale

**FORMAZIONE E VALORIZZAZIONE  
DEL PERSONALE**

FOR\_PL\_01  
Versione n.01  
del 09/06/2020

**PIANO FORMAZIONE AZIENDALE  
Proiezione 2020 - 2021**

in intranet



**ASU FC**  
Azienda sanitaria  
universitaria  
Friuli Centrale

**Foglio Informativo**  
**Ottobre - Novembre 2020**

Redazione:	Verifica:
Dott.ssa Marina Barbo Responsabile Formazione e Valorizzazione del Personale	Dott.ssa Marina Ba Responsabile Formazi Valorizzazione del Per
Dott. Roberto Pirrò Responsabile dei processi formativi aziendali ex AAS3	Dr. Luca Lattuada Presidente Comitato sc
Dott.ssa Catia Pagnutti Formazione e Valorizzazione del Personale	

Parola chiave 1	Parola chiave 2
Formazione	Piano annuale



### 3) I CAPISALDI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

**Q**



**AZIONE SECONDO QUANTO DESCRITTO E  
DIMOSTRAZIONE DI AVER FATTO**



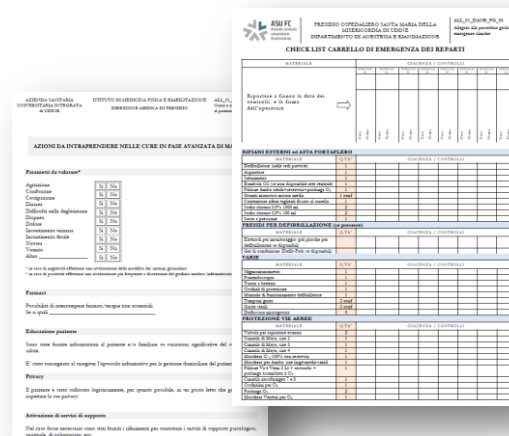
**AZIONE SECONDO QUANTO  
DESCRITTO E DIMOSTRAZIONE DI  
AVER FATTO**

## DOCUMENTAZIONE CLINICO - ASSISTENZIALE



**LA DOCUMENTAZIONE E' UNA DELLE FONTI PIU' APPROPRIATE PER VALUTARE LA  
QUALITA' DEI PROCESSI DI CURA**

## DOCUMENTAZIONE OPERATIVA (ES. CHECK LIST)





**AZIONE SECONDO QUANTO  
DESCRITTO E DIMOSTRAZIONE DI  
AVER FATTO**



## TRACER METHODOLOGY

Metodo di valutazione efficace per valutare la qualità delle cure e dei servizi forniti da un'organizzazione sanitari dal punto di vista del paziente o dalla sua esperienza.

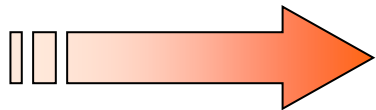


**Tracciabile:**  
*documentabile, verificabile*



### 3) I CAPISALDI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

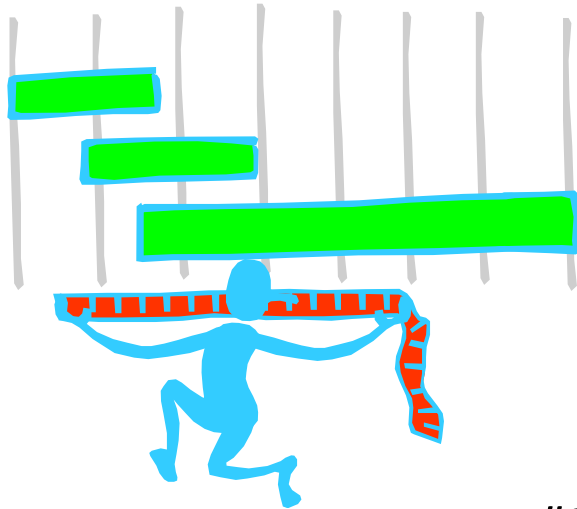
**Q**



**VERIFICA - MISURAZIONE**



**SI PUO' MIGLIORARE SOLO CIO' CHE  
SI PUO' OSSERVARE, MISURARE, VALUTARE**



**E ...CONFRONTARE**

*"Senza controllo statistico, il processo procede in un caos instabile che è destinato a mascherare qualsiasi tentativo di miglioramento"*

*William Edwards Deming*

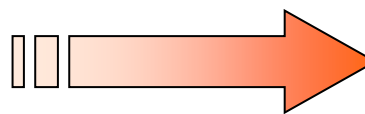


## Una buona misurazione ci permette di

---

- Abbandonare gli aneddoti per focalizzarci sui dati oggettivi
- Accrescere la comprensione delle variazioni nei processi
- Seguire un processo nel tempo
- Vedere gli effetti del cambiamento





*Non esiste una sola misura della sicurezza; i segnali di allarme precoci possono essere valutati e dovrebbero essere sostenuti ed ascoltati.*

*A promise to learn– a commitment to act  
Improving the Safety of Patients in England  
National Advisory Group on the Safety of  
Patients in England*

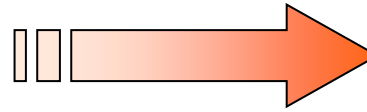
## Focalizzarsi su poche cose essenziali!

Vi sono molte cose nella vita che sarebbe interessante conoscere.

E' importante lavorare su quelle cose che sono essenziali per la qualità.

La sfida, per tale motivo, è di essere sufficientemente disciplinati per focalizzarsi su quelle cose che sono essenziali, poche ma vitali.





## **struttura**

**(di cosa si dispone)**

indica sia le risorse disponibili (attrezzature, edifici, personale e sue qualificazioni), sia l'organizzazione delle stesse.

## **processo**

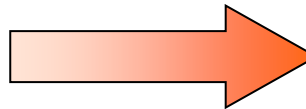
**(cosa, quanto e come si fa)**

indica il comportamento degli operatori che porta agli esiti

## **esito**

**(che cosa si ottiene)**

indica il risultato che le prestazioni erogate hanno prodotto in un individuo o in una popolazione di pazienti.



# 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 antiblast
- LASA e farmaci ad alto rischio
- Valutazione eGFR

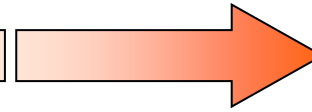
**Prevenzione e  
controllo delle  
ICA & AMS**

- 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

**Empowerment  
cittadino**

- Handbook: guida pratica per il cittadino
- Integrazione fattori rischio alla dimissione

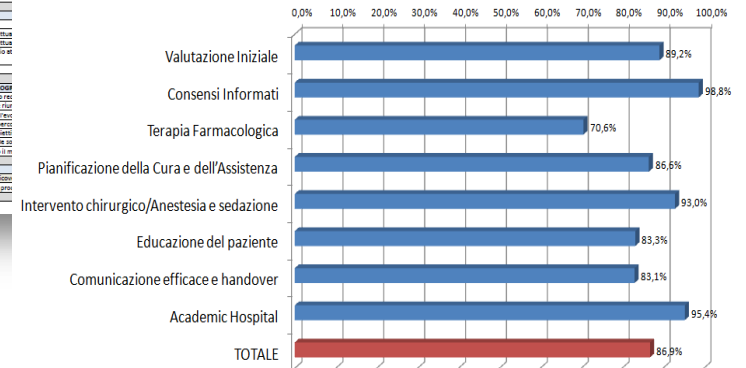


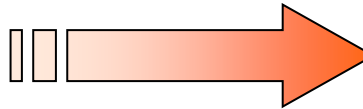


VERIFICA - MISURAZIONE



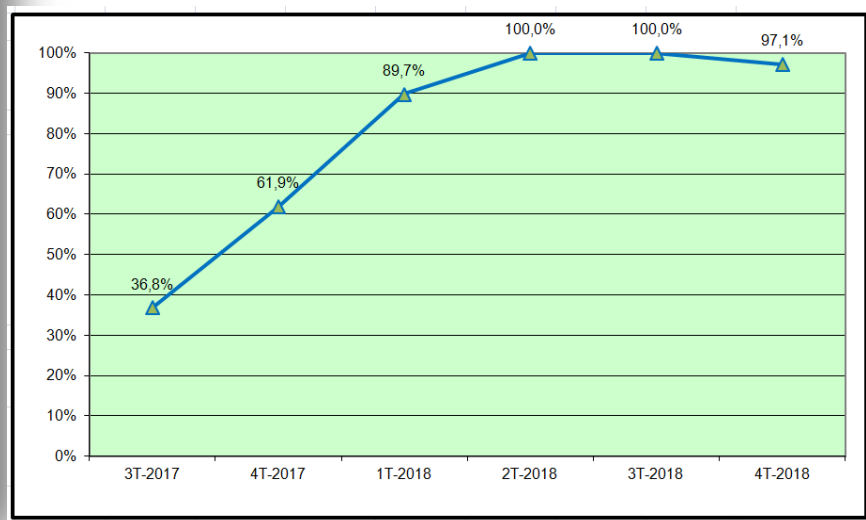
ASU FC Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale		SC ACCREDITAMENTO E QUALITÀ				Autodivalutazione Cartella Clinica IMFR Montepoggio Infermeria			
REPORT AUTOVALUTAZIONE CARTELLA CLINICA IMFR 2° Trimestre 2020									
I dati sono relativi a 30 cartelle ambulatoriali di strutture scolari appartenenti all'Unità di Medicina Fisica e Riabilitazione "Geronziotti" tramite apposito file.									
Legenda		31/03/20		31/03/19		31/03/18		31/03/17	
		31/03/20		31/03/19		31/03/18		31/03/17	
<b>VALUTAZIONE MEDICA</b>									
VMA1	L'anamnesi medica è insieme obiettivi sono completamente compilati	90,0%	82,0%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
VMA2	È compilata la scheda per ogni responsabilità cronica	88,9%	75,0%	79,3%	79,3%	-	-	-	-
VMA3	È presente il referto del medico assistente prima del ricovero	80,0%	84,7%	84,3%	84,3%	88,9%	88,9%	88,9%	88,9%
VMA4	La scheda di anamnesi medica riporta firma/figlia, data e ora	88,9%	81,3%	86,7%	86,7%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%
VMA5	È compilato lo screening del dolore (con IMR o altra scala valida)	80,0%	80,0%	83,3%	83,3%	86,7%	86,7%	86,7%	86,7%
VMA6	In presenza di dolore è stata effettuata la valutazione appropriata dello stesso	80,0%	81,7%	81,7%	81,7%	84,0%	84,0%	84,0%	84,0%
<b>TOTALE</b>		<b>86,9%</b>	<b>84,6%</b>	<b>83,6%</b>	<b>83,6%</b>	<b>86,2%</b>	<b>86,2%</b>	<b>86,2%</b>	<b>86,2%</b>
<b>VALUTAZIONE INFERMERISTICA</b>									
VIB1	È compilata la sezione sul rischio affezioni	83,3%	79,3%	83,3%	80,0%	-	-	-	-
VIB2	È compilato lo screening nutrizionale all'ingresso	88,9%	80,0%	88,9%	88,9%	88,9%	88,9%	88,9%	88,9%
VIB3	In presenza di rischio nutrizionale è stata effettuata la valutazione dietetica / nutrizionale	88,9%	80,0%	100,0%	100,0%	84,0%	84,0%	84,0%	84,0%
VIB4	È compilata la sezione funzionale (scala di Barthel)	83,3%	86,7%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>		<b>87,5%</b>	<b>81,5%</b>	<b>87,5%</b>	<b>85,5%</b>	<b>85,5%</b>	<b>85,5%</b>	<b>85,5%</b>	<b>85,5%</b>
<b>VALUTAZIONE RIABILITATIVA</b>									
VPI1	È compilata la valutazione riabilitativa nelle prime 24 ore	83,3%	83,3%	84,7%	84,7%	88,9%	88,9%	88,9%	88,9%
VPI2	È compilata la valutazione riabilitativa successiva alle prime 24 ore	86,7%	86,7%	86,7%	86,7%	86,7%	86,7%	86,7%	86,7%
VPI3	La scheda di valutazione riabilitativa riporta firma/figlia, data e ora	86,7%	84,7%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%
<b>TOTALE</b>		<b>82,2%</b>	<b>82,2%</b>	<b>81,5%</b>	<b>81,5%</b>	<b>83,8%</b>	<b>83,8%</b>	<b>83,8%</b>	<b>83,8%</b>
<b>PANORAMA INTEGRATO DI CURA</b>									
		<b>31</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>27</b>				
PC1	La scheda è stata compilata con piano di cura riporta firma/figlia e data	84,6%	84,6%	80,0%	84,6%	-	-	-	-
PC2	È compilata la valutazione dello stato funzionale (scala di Barthel)	100,0%	83,3%	100,0%	100,0%	-	-	-	-
PC3	È compilata la valutazione del rischio di caduta (scala di Norton)	88,9%	83,3%	100,0%	86,7%	-	-	-	-
PC4	È compilata la valutazione del rischio di caduta (scala di Conley)	85,7%	82,6%	79,3%	85,7%	-	-	-	-
PC5	È compilata la sezione sul rischio contaminazione	85,7%	77,3%	87,5%	85,7%	-	-	-	-
PC6	È compilata la valutazione del rischio nutrizionale	86,6%	80,0%	86,7%	80,0%	-	-	-	-
PC7	È compilata la sezione sul rischio affezioni	83,0%	80,0%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
PC8	È compilata la sezione settimanale delle valutazioni dei bisogni assistenziali	83,3%	83,3%	79,3%	83,3%	-	-	-	-
PC9	È compilata la sezione settimanale dei trattamenti riabilitativi	86,7%	83,3%	80,0%	80,0%	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>		<b>83,7%</b>	<b>74,9%</b>	<b>84,2%</b>	<b>78,4%</b>	<b>84,2%</b>	<b>84,2%</b>	<b>84,2%</b>	<b>84,2%</b>
<b>DIARIO INTEGRATO</b>									
		<b>31</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>27</b>				
DI1	Nel diario integrato sono riportate le firme degli infermieri responsabili delle valutazioni	83,3%	80,0%	70,0%	80,0%	-	-	-	-
DI2	Nel diario integrato sono riportate le firme degli infermieri responsabili delle valutazioni	88,9%	83,3%	83,3%	70,0%	-	-	-	-
DI3	Nel diario integrato sono riportate le raccomandazioni	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
<b>GRAFICA E SCHEDE TERAPIA</b>									
		<b>31</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>27</b>				
FUT1	Il dolore è stato monitorato giornalmente	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
FUT2	In presenza di dolore superiore a 4 è stata effettuata	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
FUT3	In presenza di dolore superiore a 4 è stata effettuata	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
FUT4	Tutte le prescrizioni sono riportate con principio di giustificazione	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
FUT5	È presente la prescrizione della dieta	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
<b>PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE E PROFI</b>									
		<b>31</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>27</b>				
PR1	Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è stato redatto	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
PR2	Sono documentati i programmi riabilitativi e i cicli	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
PR3	È documentata la valutazione funzionale	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
PR4	Conoscenza della valutazione funzionale del paziente	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
PR5	Nel progetto riabilitativo sono presenti gli obiettivi	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
PR6	Il progetto riabilitativo individuale è indicato in	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
<b>CONSENSI</b>									
		<b>31</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>27</b>				
CI1	È compilato e firmato il consenso generale al ricovero	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-
CI2	È compilato e firmato il consenso ad eventuali atti	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	-	-	-	-

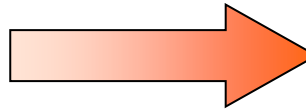




# FARMACI LASA E AD ALTO RISCHIO

AZIENDA SANITARIA		DIREZIONE SANITARIA		ALL_08_DS_POL_06 Allegato alla politica per la gestione dei farmaci	
CHECK LIST FARMACI					
Domanda	Gruppo	Verifica			Verifica
Farmaci sono conservati in idonea confezione	Scatole Farmaci				
Farmaci conservati in contenitori sono chiusi a chiave	Scatole Farmaci				
Farmaci che non sono in idonea confezione sono conservati in armadio chiuso a chiave	Scatole Farmaci				
Farmaci sono ben ordinati, separati e facilmente individuabili	Scatole Farmaci				
Farmaci sono conservati al riparo da luce, calore, umidità	Scatole Farmaci				
Esiste un controllo documentato / registro delle scadenze	Scatole Farmaci				
Esiste un controllo documentato / registro/inventario delle scadenze	Scatole Farmaci				
Lo smaltimento dei farmaci scaduti avviene in modo corretto (i.e. procedura gestione rifiuti)	Scatole Farmaci				
Farmaci sono conservati in contenitori integri con foglio illustrativo presente	Scatole Farmaci				
Farmaci sono refrigerati per tutto il ciclo di scadenza	Scatole Farmaci				
C'è un controllo rigoroso della durata dei farmaci	Scatole Farmaci				
Il rapporto ha definito le scorte minime di farmaci necessarie ad un fabbisogno massimo di 15 giorni	Scatole Farmaci				
È disponibile l'elenco farmaci del nome e/o suono simile LASA?	Scatole Farmaci				
Farmaci ad alto livello di attenzione sono conservati secondo la procedura aziendale	Scatole Farmaci				
Farmaci LASA sono conservati secondo la procedura aziendale	Scatole Farmaci				
Farmaci sono protetti da furti / perdite (chiavi a chiave e personalità a vista)	Farmaci Caricelli Tempio				
Farmaci sono ben ordinati, separati e facilmente individuabili	Farmaci Caricelli Tempio				
Farmaci sono mantenuti al riparo da luce, calore, umidità	Farmaci Caricelli Tempio				
Esiste un controllo documentato di verifica della congruità del contenuto con le etichette e con le scatole	Farmaci Caricelli Tempio				
Esiste un controllo documentato / registro delle scadenze	Farmaci Caricelli Tempio				
Farmaci preparati in utero presentano l'etichetta del contenuto e data di preparazione	Farmaci Caricelli Tempio				
Le modalità multidose/pari/indivisi/scrupoli sono etichettati con data di apertura	Farmaci Caricelli Tempio				
Farmaci in scadenza sono evidenziati	Farmaci Caricelli Tempio				
Farmaci sono disponibili per tutto il ciclo di scadenza	Farmaci Caricelli Tempio				
È presente un'area dedicata alla preparazione dei farmaci parenterali (ambiente sterile e pulizia secondo procedure)	Preparazione Farmaci Parenterali				
Sono presenti in reparto i presidi necessari per l'addebiatimento in sicurezza (dispositivi, telai, viallette)	Preparazione Farmaci Parenterali				
Ingredienti per i farmaci disponibili di un individuo che evidenzia l'uso corretto solo per i farmaci	Ingredienti				
Ingredienti per i farmaci sono dedicati solo ad essi (non commestibili con cibo, materiale biologico e altri)	Ingredienti				
Ingredienti per i farmaci disponibili di controllo temperatura e registro di temperatura	Ingredienti				
È stato di verifica del frigorifero secondo una procedura di emergenza	Ingredienti				
Sono assenti i farmaci in scadenza	Ingredienti				
DM nel luogo di conservazione sono mantenuti al riparo da luce, calore, umidità	Dispositivi Medici (DM)				
Dispositivi medici nel luogo di conservazione sono mantenuti nelle loro confezioni originali (contaminazione primaria)	Dispositivi Medici (DM)				
Dispositivi DM scaduti	Dispositivi Medici (DM)				
DM sono individuabili per tutto il ciclo di scadenza	Dispositivi Medici (DM)				
Il rapporto ha definito le scorte minime di DM necessarie ad un fabbisogno massimo di 15 giorni	Dispositivi Medici (DM)				
È presente il carrello d'emergenza	Carrello Emergenza				
Il carrello d'emergenza è chiuso con sigillo di sicurezza. Il sigillo è numerato e tale numero è registrato	Carrello Emergenza				
Contenuti e materiali conservati nel carrello d'emergenza corrispondono qualitativamente alla lista predefinita	Carrello Emergenza				
Farmaci sono ben ordinati, separati e facilmente individuabili	Carrello Emergenza				
È defilazione e sottoposto a manutenzione costante	Carrello Emergenza				
È presente il carrello d'emergenza Braccow	Carrello Braccow				
Farmaci e materiali conservati nel carrello d'emergenza corrispondono qualitativamente alla lista predefinita	Carrello Braccow				
Farmaci e prodotti cartesi sono ben ordinati, separati e facilmente individuabili	Carrello Braccow				
Sono conservati separatamente da farmaci a DM	Dispositivi				
È disponibile la scheda tecnica con l'indicazione d'uso	Dispositivi				
È disponibile la scheda di sicurezza	Dispositivi				
Dispositivi sono etichettati con data di apertura	Dispositivi				
Il rapporto ha definito le scorte minime di dispositivi necessarie ad un fabbisogno massimo di 15 giorni	Dispositivi				
Sono assenti dai reparti	Dispositivi/Strutture Farmaci				
Se presenti in reparto sono gestiti secondo procedura	Farmaci Equipartiti				
Se presenti sono conservati separatamente dai farmaci ospedalieri in contenitori chiusi e armadio chiuso	Farmaci del Paziente				
Se presenti in reparto sono gestiti secondo procedura	Diambrane Dialisi				
Se presenti sono etichettati secondo le tabelle di riferimento	Diambrane Dialisi				
Se presenti sono etichettati su idonei cartelli	Diambrane Dialisi				
Se presenti sono etichette con cartoncino al muro	Diambrane Dialisi				
Le soluzioni elettrolitiche concentrate sono conservate in un armadio chiuso	Soluzioni Elettrolitiche				
Sono separate dagli altri farmaci e dalle soluzioni diluite	Soluzioni Elettrolitiche				
Contenitori per le fasi di servizio sono etichettati con i seguenti contrassegni (impregnazione di idroalcol, idroalcol, prima diluente, idroalcol, seconda diluente, acqua per diluire)	Soluzioni Elettrolitiche				
Se presenti sono etichettati con il simbolo di pericolo chimico e il simbolo di pericolo di contaminazione di ambiente	Soluzioni Elettrolitiche				
Le soluzioni diluite di potassio sono separate e conservate su cartelli con apposite scritte della loro composizione e concentrazione	Soluzioni Elettrolitiche				
Incaricato della Struttura					
Incaricato della Farmacia					
Totale SI	0	0	0	0	0
Totale NO	0	0	0	0	0
Totale SI+NO	0	0	0	0	0
Percentuale di conformità per rilevazione					
MON/01	MON/02	MON/03	MON/04	MON/05	MON/06





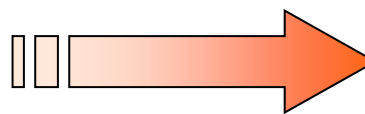
**Measure Information**

<b>NSC-1</b>	Death Among Surgical Inpatients with Treatable Serious Complications
<b>NSC-2</b>	Pressure Ulcer Prevalence (Hospital-Acquired)
<b>NSC-3</b>	Restraint Prevalence
<b>NSC-4</b>	Patient Falls
<b>NSC-5</b>	Falls with Injury
<b>NSC-6</b>	Catheter-Associated Urinary Tract Infections (UTI) for Intensive Care Unit (ICU) Patients
<b>NSC-7</b>	Central Line Catheter-Associated Blood Stream Infections for ICU and Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Patients
<b>NSC-8</b>	Ventilator-Associated Pneumonia for ICU and NICU Patients
<b>NSC-9</b>	Skill Mix
<b>NSC-10</b>	Nursing Care Hours per Patient Day
<b>NSC-11</b>	Voluntary Turnover
<b>NSC-12</b>	Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI)

**ESITI SENSIBILI ALLE CURE  
INFERMIERISTICHE**

- LESIONI DA PRESSIONE
- CADUTE
- MALNUTRIZIONE
- DISIDRATAZIONE
- INFEZIONI ACQUISITE IN COMUNITÀ O CONTESTO OSPEDALIERO
- ESTUBAZIONI ACCIDENTALI
- AB INGESTIS/POLMONITI
- TVP
- ERRORI DI TERAPIA
- MANCATO RICONOSCIMENTO DETERIORAMENTO

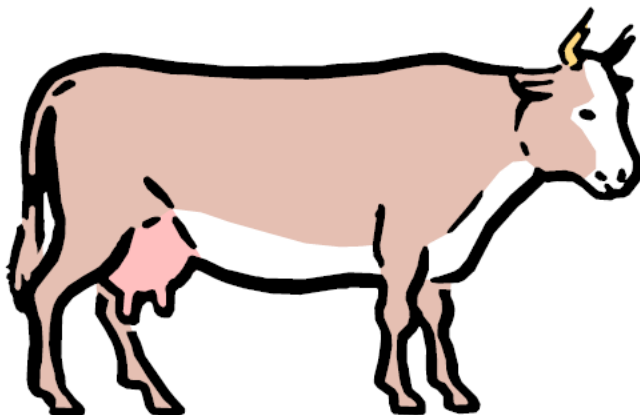
(Doran 2010, Aiken et al., 2007)



## A proposito di misure

---

“Non puoi ingrassare una mucca  
con la pesatura!”



**Ma puoi iniziare a  
migliorare  
cominciando  
a misurare**







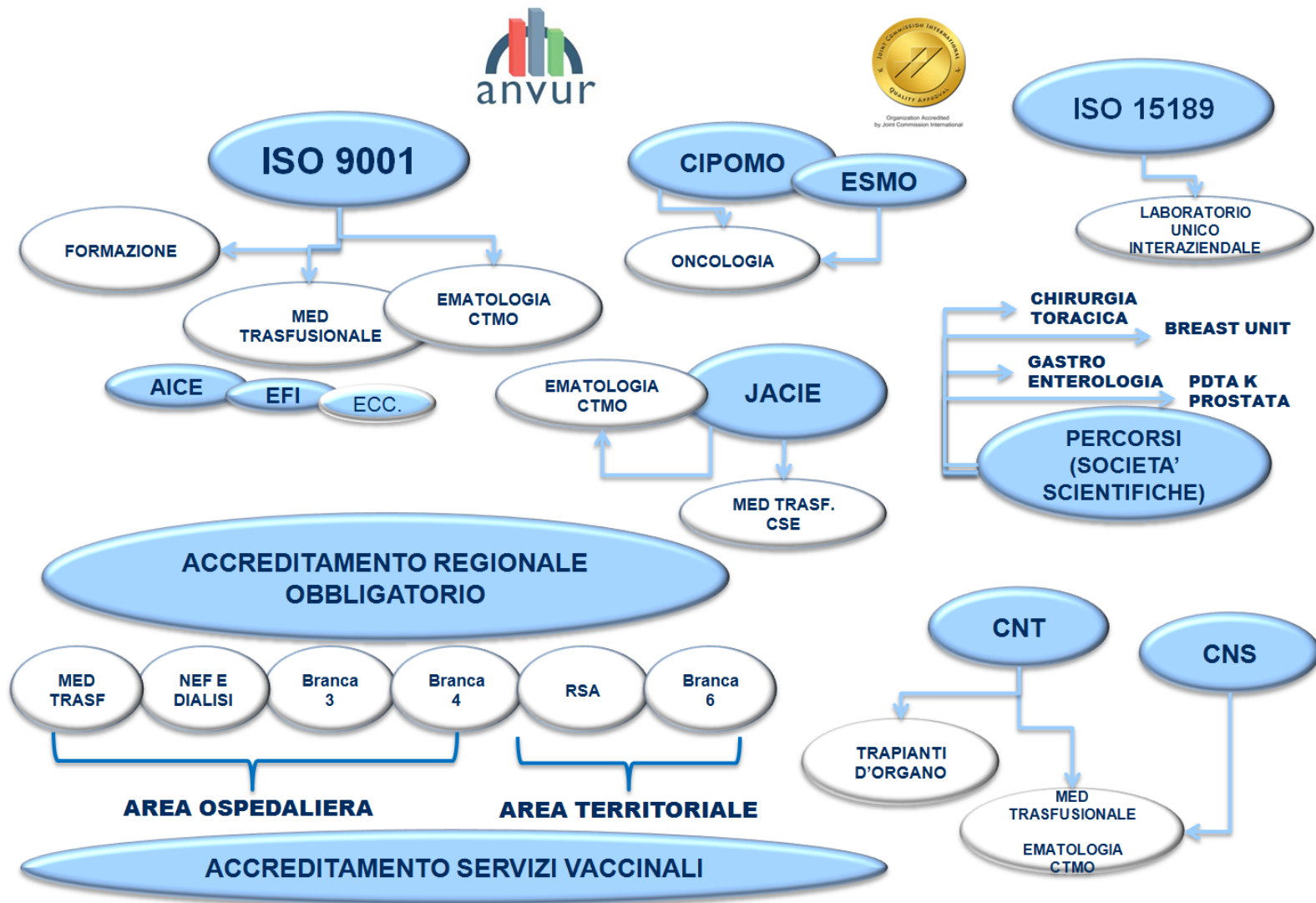
# ACCREDITAMENTO / CERTIFICAZIONE



## OBBLIGATORIO - VOLONTARIO


- **PROCESSO FORMALE** PER LA VALUTAZIONE ESTERNA DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI E DEI PROCESSI.
- BASATO SU **STANDARD / REQUISITI** E PROCESSI PROPOSTI E SVILUPPATI DA PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ PER I SERVIZI SANITARI / REQUISITI NORMATIVI.
- CONDOTTO DA UN **TEAM DI VALUTATORI / COMMISSIONE** COMPETENTI NEI TEMI INTERESSATI.
- PREVEDE UN **RICONOSCIMENTO PUBBLICO** DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI STANDARD / REQUISITI PREVISTI.





## REQUISITI

### RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
giunta regionale	

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA

RSA.130	La Direzione ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per i pazienti, gli operatori, i visitatori.	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.131	La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per il <b>monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione (incident reporting)</b> .		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.132	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una <b>logica gestionale proattiva</b> e i risultati sono comunicati agli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

## REQUISITI RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

### GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE

RSA.140	Il personale della struttura ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.141	Il personale della struttura ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.142	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.143	Il personale della struttura ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno al paziente a seguito di caduta accidentale.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.144	Il personale della struttura ha adottato procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita e per il superamento della contenzione.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.145	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure di sicurezza per le condizioni clinico assistenziali ad elevato rischio di errore in conformità al programma nazionale e regionale sulla sicurezza dei pazienti in particolare in tema di:	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.146	<ul style="list-style-type: none"> <li>corretta identificazione dei pazienti</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.148	<ul style="list-style-type: none"> <li>prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.149	<ul style="list-style-type: none"> <li>prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RSA.150	<ul style="list-style-type: none"> <li>prevenzione del suicidio di paziente</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

# TAKE HOME MESSAGES

1. TUTTE LE ORGANIZZAZIONI CHE SI OCCUPANO DI CURA E ASSISTENZA DEVONO LAVORARE CON QUALITA'
2. LE ORGANIZZAZIONI CHE SI OCCUPANO DI CURA E ASSISTENZA DEVONO GARANTIRE LA MASSIMA QUALITA' E SICUREZZA POSSIBILE
3. ESISTONO DEI METODI PER LAVORARE SECONDO QUALITA'
4. ESISTONO DEGLI STRUMENTI PER MISURARE E CERTIFICARE LA QUALITA'
5. IL MODO DI LAVORARE SECONDO QUALITA' E' ORMAI STANDARDIZZATO A LIVELLO INTERNAZIONALE



**Grazie.**

