

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

L'ambiente assistenziale si è modificato rapidamente negli ultimi decenni

- complessità assistenziale
- uso di tecnologie avanzate
- nuove patologie

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

La sicurezza è una priorità in quanto rappresenta il primo passo essenziale per migliorare la qualità delle cure

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

Le organizzazioni sanitarie stanno sviluppando una cultura della sicurezza attraverso:

- la promozione di un ambiente di cura più sicuro
- l'identificazione delle fonti del potenziale rischio insito nelle pratiche di cura
- la prevenzione e il controllo

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

Gli ambienti sanitari rappresentano un ambiente a rischio per i pazienti e per i lavoratori

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

Il presupposto per lo sviluppo della sicurezza è l'adozione di una **cultura della sicurezza** che coinvolge tutti i livelli di un'organizzazione attraverso:

- la diffusione di conoscenze sui rischi delle attività
- la creazione di un ambiente che favorisca la segnalazione degli errori da parte degli operatori
- l'assunzione di comportamenti sicuri da parte degli operatori per la loro salute
- l'impegno dell'intera organizzazione a investire risorse nella sicurezza

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

- Rischio
condizione o evento potenziale che può modificare l'esito atteso del processo stesso (misurato in termini di probabilità)
- Pericolo
Potenzialità di un fattore estrinseco alla persona (oggetto o situazione) di causare un danno alla persona fisica

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

Per **valutazione del rischio** s'intende un processo di:

- identificazione dello spettro dei rischi insiti in un'attività sanitaria
- analisi e misura della probabilità di accadimento e del potenziale impatto in termini di danno al paziente o all'operatore
- determinazione del livello di capacità di controllo e gestione da parte dell'organizzazione
- valutazione delle opportunità, in termini di rischio/beneficio e costo/beneficio

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

La **valutazione del rischio** permette la definizione e la realizzazione di un programma di **prevenzione**

La valutazione dei rischi deve essere globale e rivolto ad indagare i rischi presenti:

- per gli operatori
- per il paziente
- associati all'ambiente, ai trattamenti, alle attività cliniche, assistenziali e alle procedure diagnostiche

CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITA'

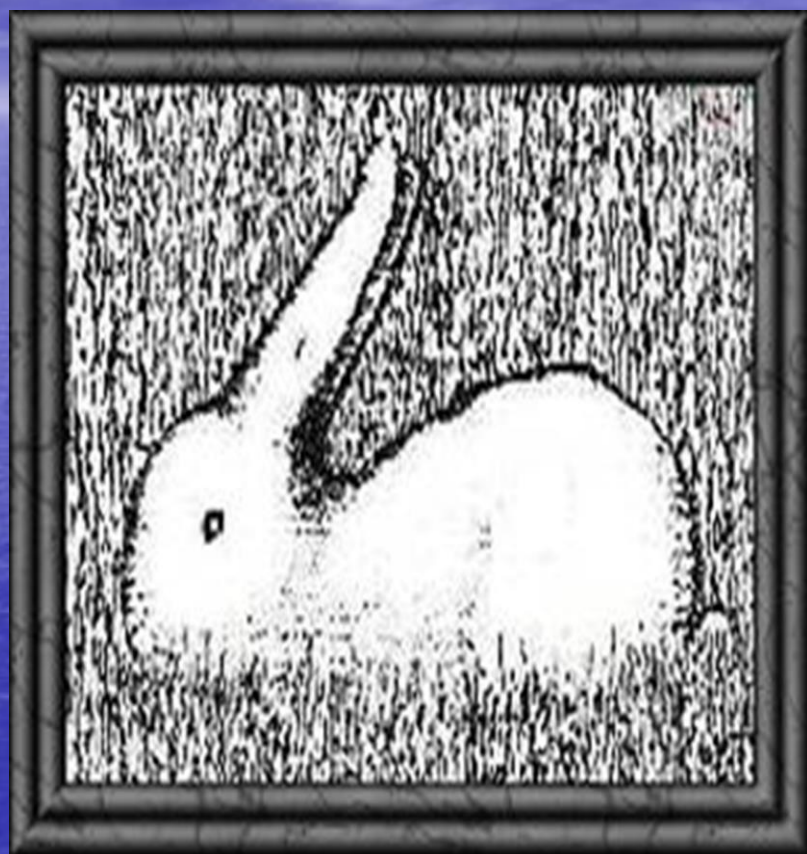
Classificazione dei rischi in ambito sanitario

Rischi associati all'ambiente, ai trattamenti e alle procedure diagnostiche	Rischi per gli operatori	Rischi per il paziente (correlati alle attività cliniche e assistenziali)
-utilizzo di apparecchiature elettromedicali -Rischio elettrico -Rischio di incendio -Rischio fisico, dovuto ad impatto con vari tipi di energia (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti)	-rischio chimico, dovuto all'esposizione a sostanze e preparati -rischio da movimentazione manuale dei carichi -rischio biologico, dovuto all'esposizione ad agenti infettivi	-cadute -rischi da agenti infettivi, infezioni correlate ai processi assistenziali -rischio chimico, dovuto alla somministrazione dei farmaci, tra cui quelli ad alto rischio -lesioni da pressione -errata identificazione del paziente

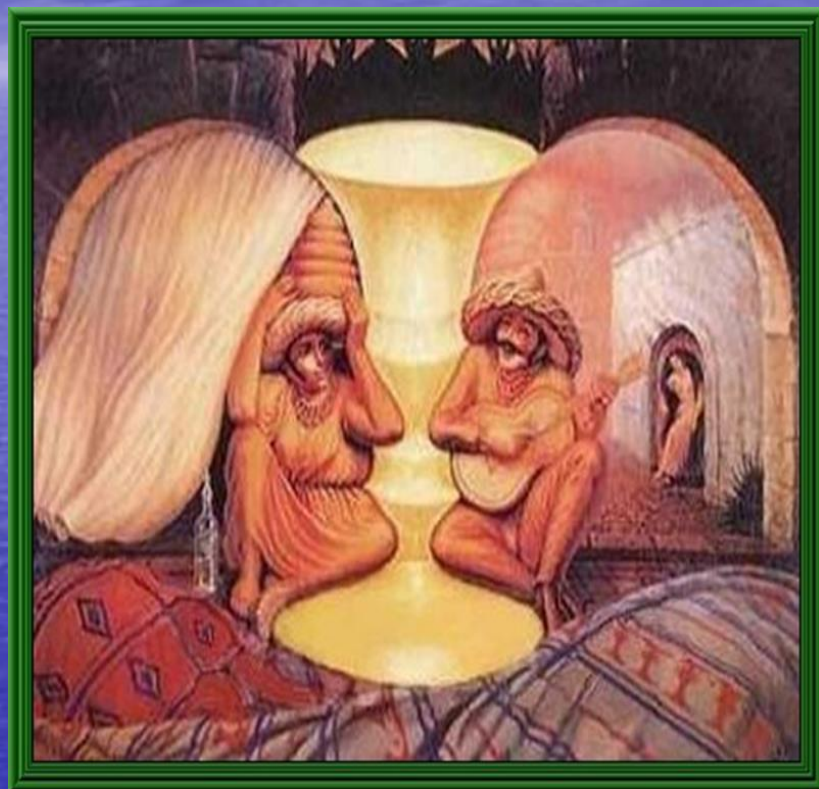












Percezione

Processo attraverso il quale ogni essere vivente, grazie ai suoi organi di senso, acquista coscienza dell'ambiente che lo circonda

non è mai esatta !!!

La sicurezza deve diventare una RESPONSABILITA' INDIVIDUALE DI CIASCUN PROFESSIONISTA

- **Art. 1 – VALORI** L'Infermiere è il professionista sanitario, [omissis]. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, **promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza**
- **Art. 10 - CONOSCENZA FORMAZIONE AGGIORNAMENTO** L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la **sicurezza delle attività**
- **Art. 11 – SUPERVISIONE E SICUREZZA** L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano **attività nuove** o sulle quali si abbia **limitata casistica** e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità

- **Art. 32 – PARTECIPAZIONE AL GOVERNO CLINICO** L'Infermiere partecipa al **governo clinico**, promuove le migliori condizioni di **sicurezza della persona assistita**, fa propri i percorsi di **prevenzione e gestione del rischio**, anche infettivo, e **aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte**
- **Art. 36 – OPERATORI DI SUPPORTO** L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale **pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati**

(Codice Deontologico Infermieri 2019)

IL RISCHIO CLINICO

....è la probabilità che un *paziente* sia vittima di un **evento avverso**, cioè subisca un qualsiasi **“danno o disagio** imputabile, anche se in modo involontario, alle cure sanitarie prestate durante il periodo di degenza, che causa un **prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”** (Kohn, IOM 1999)

Quando la condizione o l'evento potenzialmente rischioso si verifica involontariamente ci si trova davanti a un **evento (incident)**, che se comporta un danno viene definito **evento avverso**; se ha la potenzialità di creare un danno ma non si verifica perché intercettato o perché non ha conseguenze viene classificato come **quasi errore (near miss)**



L'iceberg degli incidenti di Heinrich

- L'errore è una componente **non eliminabile** della realtà dell'uomo e costituisce il punto di partenza per conoscere ed evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare.
- Non tutti gli errori esitano in un **danno**

[Quaderni dell'Italian Journal of Medicine, vol. 7, 6, 2019]

primo studio italiano che misura
il tasso d'incidenza degli eventi avversi negli ospedali italiani
Tartaglia R. et.al, *Adverse events and preventable consequences: retrospective study in five large Italian hospitals* in Epidemiol Prev 2012;36(3-4):151-61

L'incidenza media di eventi avversi è di 5.2%.*

il 37,5% in area medica

il 30,1% in area chirurgica

il 6,2% in pronto soccorso

il 4,4% in ostetricia

Eventi prevenibili sul totale di eventi avversi pari al 56,7%.

Nel 9,5% dei casi l'evento avverso ha determinato il decesso della persona assistita.

Tartaglia et al. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in 5 grandi ospedali italiani, in Epidemiologia Preventiva, 2012; 36(3-4): 151-161

In Toscana il solo costo del prolungamento della degenza derivante da eventi avversi prevenibili ammonta a circa 129 milioni di euro/anno [Riccardo Tartaglia,]

Mappatura del fenomeno

- incident reporting
- Segnalazione degli eventi sentinella

INCIDENT REPORTING

E' la raccolta volontaria di schede anonime
per le segnalazioni di eventi avversi

INCIDENT REPORTING

Le informazioni che sono richieste per ogni evento riguardano: il luogo di accadimento, le persone coinvolte, chi ha individuato l'evento, la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore e la gravità dell'evento

MOTIVI PER SEGNALARE I NEAR MISSES

- numericamente consentono di avere molte informazioni rispetto agli eventi avversi
- non c'è coinvolgimento emotivo, si può imparare più efficacemente dal potenziale errore
- è più facile tenere anonimi i dati delle segnalazioni di near misses, fattore che di per sé incoraggia il reporting
- quanto maggiore è la proporzione di incidenti minori riportata, tanto meglio funzionerà il sistema di segnalazione
- possono costituire un utile "barometro" di rischi più seri
- consentono di imparare prima che avvengano incidenti più gravi

Evento sentinella

Indicatore sanitario la cui soglia di allarme è 1. Basta cioè, che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti.

Un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse.

LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA

(Ministero della Salute)

- Procedura in pz. sbagliato
- Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- Errata procedura su pz. corretto
- Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA

(Ministero della Salute)

- Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 gr. non correlata a malattia congenita
- Morte o grave danno per caduta di pz.
- Suicidio o tentato suicidio di pz. in ospedale
- Violenza su pz.
- Atti di violenza a danno di operatore
- Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra e extraospedaliero)
- Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso

LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA

(Ministero della Salute)

- Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al pz.

Altri eventi sentinella:

- Rapimento di minore
- Affidamento del minore ai genitori sbagliati

TIPOLOGIE DI ERRORE

ERRORI ATTIVI:

- Azioni pericolose, errori commessi da chi è in "prima linea" nel sistema
- Hanno conseguenze immediate

ERRORI LATENTI:

- Errore nella progettazione, nell'organizzazione, nella formazione o nel mantenimento che porta agli errori attivi.
- Gli effetti rimangono silenti per lunghi periodi

Teoria degli errori latenti

- Il modello di Reason (1990)



Non tutti gli errori latenti producono un errore attivo, né tutti gli errori provocano un danno. Infatti perché il danno si verifichi, devono sussistere condizioni tali da permettere all'errore di superare tutte le barriere di sicurezza tecniche e organizzative predisposte all'interno della struttura per contenere gli effetti di possibili errori

Il Risk management in sanità è l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore

GOVERNO CLINICO: l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso i quali le istituzioni del SSN assumono una diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di servizio attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie all'espressione dell'eccellenza professionale.