

Raccomandazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti

La Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria, Siquas-Vrq opera dal 1984 per ricercare, validare, promuovere e diffondere in Italia i modelli e gli strumenti per la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari accettati dalle maggiori istituzioni sanitarie internazionali.

Nel corso del XV Congresso di Bari del novembre scorso ha approvato sei documenti di raccomandazioni per lo sviluppo delle attività riassunte sotto il nome di Governo della clinica o Clinical Governance:

- alleanze con i cittadini;
- percorsi d'assistenza;
- formazione alla qualità;
- indicatori clinici di performance;
- valutazione esterna di qualità
- sicurezza e risk management.

I sei documenti possono essere reperiti al sito della società www.siquas.it. La Siquas-Vrq sottolinea il grande interesse nel nostro Paese per i temi della sicurezza dei pazienti trattati dal sistema sanitario e rilancia le proprie raccomandazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, in un momento in cui molte forze culturali e del mercato affrontano per la prima volta questo tema con proposte che derivano dai molti saperi che rappresentano.

La Società ritiene, infatti, che sia proprio dovere ricordare il grande dibattito sulla ricerca per la sicurezza dei sistemi sanitari che si sta svolgendo nel mondo sanitario internazionale e con questo documento desidera dare un contributo di conoscenza ai soggetti che in Italia si stanno occupando di questo tema, affinché gli interventi di provata efficacia che sono in grado sin da oggi di ridurre i rischi ed i danni per i pazienti assistiti dai sistemi sanitari siano applicati nell'immediato da tutti gli operatori sanitari, dalle Aziende e dagli ospedali, e siano progettati ed organizzati dei sistemi di gestio-

ne del rischio clinico per la sicurezza dei cittadini comparabili con i sistemi analoghi che si stanno organizzando nei Paesi a sanità avanzata.

Il documento che presentiamo è costituito dalle raccomandazioni per il risk management presentate al Congresso di Bari, aggiornate con altre raccomandazioni derivanti dalla letteratura più recente ed è affiancato in allegato dalle tre liste di raccomandazioni delle azioni più efficaci da effettuare nell'immediato per garantire l'affidabilità pubblica del sistema sanitario in prevenzione dei rischi che i pazienti affrontano tutte le volte che vengono trattati dal sistema sanitario, due raccomandate da organizzazioni americane (l'AHRQ e il NQF) e una dall'associazione degli ospedali canadesi.

Il sistema sanitario, come comparto produttivo, è fra i più rischiosi ed imprevedibili poiché si occupa di persone con diversi e complessi problemi di salute: il 30 % delle attività sanitarie può andare naturalmente incontro ad eventi avversi per la naturale complessità della medicina e delle condizioni dei pazienti stessi. Meno del 10% di questi eventi avversi è dovuto all'incompetenza dei singoli operatori, il 90% all'incompetenza del sistema organizzativo (Ovretveit, 2004). Un'alleanza fra tutti gli attori è necessaria ed auspicabile per definire strategie e politiche per la qualità e la sicurezza del sistema sanitario.

PREMESSA 1

"Il risk management dovrebbe essere processo olistico che guarda a tutti i rischi e alle loro relazioni inclusi tutti gli effetti..." (Kloman, 1992)

Il clinical risk management è "una risposta organizzativa al bisogno di ridurre gli errori ed i loro costi... Nel suo senso più ampio il RM include le procedure necessarie a ridurre i rischi da tutti i fattori di rischi, non semplicemente fattori clinici". (Vincent, 1995)

Queste due definizioni possono contribuire a chiarire il tipo di approccio proposto:

Interventi di provata efficacia per ridurre i rischi e i danni ai pazienti



- non è possibile disgiungere il rischio clinico (e la sua gestione) da altri elementi del rischio;
- pertanto è impossibile non utilizzare a tal fine competenze professionali diffuse.

È utile ricordare che il risk management nasce con una forte valenza-motivazione di tipo economico che può e deve essere tenuta presente come elemento di forza e di debolezza di questa tecnologia, integrandola con motivazioni più “proprie” dei professionisti sanitari, di tipo etico e deontologico.

Per meglio chiarire quest’ultima affermazione è bene ricordare quali sono, secondo Vincent e Clements, gli obiettivi di un programma di clinical risk management:

1. ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili;
2. minimizzare il danno causato dall’evento avverso;
3. diminuire la probabilità che siano intraprese azioni legali da parte dei pazienti;
4. contenere le conseguenze economiche delle azioni legali.

Appare evidente come i punti 3 e 4 siano obiettivi dell’organizzazione aziendale, mentre i punti 1 e 2 sono da sempre fra gli obiettivi dei professionisti sanitari (*primum non nocere*) se è vero anche che nel 1980 Sackett affermava che la qualità dell’assistenza sanitaria è “la frequenza con cui si compiono interventi sanitari di dimostrata efficacia (più utili che dannosi) e con cui si evitano interventi più dannosi che utili”, affermazione fra le tante da cui è

Gli infermieri sono più inclini a segnalare gli errori

Gli infermieri sono tradizionalmente più inclini dei medici a segnalare gli incidenti, anche se perlopiù a livello informale: la segnalazione verbale avviene infatti nel 60% dei casi, tuttavia una segnalazione formale viene fatta solo nel 45% degli incidenti e riguarda solo gli errori causati dagli infermieri stessi. Questo fa sì che molti errori e danni (specialmente quelli che dipendono dal lavoro di team) non vengano per nulla riportati.

È quanto emerge da una rassegna della letteratura internazionale sui rischi clinici e

gli errori in sanità pubblicata dal *Sole 24 Ore Sanità* del 21-11-2006 (p.32), in cui si sottolinea l’esistenza di una generale bassa frequenza di segnalazioni da parte degli operatori sanitari e, comunque, concentrata più sulla vigilanza individuale che non sul sistema. Secondo lo studio, infatti, gli infermieri stessi si dicono riluttanti nel segnalare gli errori commessi da altri membri del team. Atteggiamento dal quale si desume una compartimentazione delle professioni, che non permette di individuare come il problema sia legato al quadro generale dell’attività in corso e, quindi, analizzare il problema e realizzare i cambiamenti necessari, non permette di risalire alla causa dell’errore e risolverlo alla radice.

nata negli anni '70/80 la cultura della qualità propria del contesto dei sistemi sanitari dedicata a conseguire i "benefici raggiungibili non ancora raggiunti", (Williamson, 1982). I primi due obiettivi di Vincent sono assolutamente coerenti con le caratteristiche proprie delle professioni sanitarie e quindi, per raggiungerli, possono essere utilizzati i saperi propri di questi professionisti, per gli altri due obiettivi occorre considerare l'apporto indispensabile di modelli concettuali propri di altri saperi.

Fra tutti i saperi ci sono delle differenze nelle modalità di acquisire conoscenza.

I saperi del contesto sanitario si avvalgono dell'esperienza clinica ma, sempre di più, delle prove di efficacia derivanti dalla ricerca scientifica più rigorosa. Le altre culture (management, economia, ingegneria, sociologia ecc.) non sembra stiano ancora rendendo sempre esplicite le fonti dei propri saperi, spesso confinandoli nella semplice ricerca esperienziale, e queste diverse modalità di acquisizione ed applicazione delle conoscenze all'interno dei complessi sistemi sanitari, fatti da molti saperi in confronto continuo, determinano dei conflitti.

È ipotesi di lavoro che le organizzazioni sanitarie costituite da diversi saperi in conflitto fra di loro determinino quella che Øvretveit (2003) chiama "incompetenza delle organizzazioni", che genera più del 90 % dei rischi per i pazienti. Compito dei leaders dei servizi sanitari è utilizzare al meglio tutti i saperi presenti all'interno delle organizzazioni di cui sono responsabili e orientarli alla qualità ed alla sicurezza dei servizi.



PREMESSA 2

Le attività principali di un processo di Gestione del Rischio si basano su:

- stabilire il contesto;
- identificare il rischio;
- analizzare il rischio;
- valutare il rischio;
- trattare il rischio.

Il tutto deve essere monitorato e rivisto in una logica di stretta interdipendenza. Il modello australiano rappresenta ormai un elemento di consenso in area anglosassone.

Øvretveit, enfatizza gli aspetti relativi alle prime fasi ed ai sistemi di monitoraggio suggerendo le seguenti quattro fasi del risk management:

Fase 1 misurare gli eventi avversi e quelli mancati;

Fase 2 lavorare sistematicamente con i dati;

Fase 3 organizzare il personale che lavora sul problema;

Fase 4 assicurarsi che i cambiamenti vengano introdotti e valutati e che il successo conseguito sia valorizzato e sostenuto.

Questo è un insieme di passi logici derivante dal ciclo della progettazione della qualità, mirato al riconoscimento e alla prevenzione degli eventi avversi e dei potenziali o reali danni per i pazienti.

Il risk management è quindi una tecnologia appartenente alla famiglia degli strumenti, metodi e tecniche per progettare, organizzare, valutare e migliorare la qualità del sistema sanitario, e fa parte delle sei azioni indicate dal Servizio sanitario inglese sotto il nome di *clinical governance* o governo della clinica, volte a garantire l'affidabilità pubblica dei sistemi sanitari.

L'obiettivo del risk management è la sicurezza dei pazienti: non si confonda quindi lo strumento tecnologico "risk management" con l'obiettivo, la sicurezza.

È l'aumentato livello di sicurezza dei pazienti testimoniato con congrue e documentate riduzioni degli eventi avversi, dei conseguenti danni ai pazienti e di una riduzione delle conseguenze di questi danni sia sul contenzioso che sulle ricadute economiche sui sistemi sanitari e sulle assicurazioni che si misura

l'efficacia del risk management, per garantire ai cittadini l'obiettivo sicurezza e agli ospedali e alle forze del mercato un contenimento dei costi da contenziosi e da rimborsi.

Non c'è un percorso logico inverso.

L'insieme di queste premesse permette di formulare le seguenti raccomandazioni.

RACCOMANDAZIONE 1

Ogni organizzazione sanitaria, a qualsiasi livello di articolazione, deve dotarsi di un sistema strutturato per la sicurezza dei pazienti e degli operatori tramite la gestione del rischio clinico.

RACCOMANDAZIONE 2

Ogni organizzazione sanitaria deve avere una politica ed una strategia per la sicurezza mediante la prevenzione e la gestione del rischio clinico e, almeno annualmente, individuare le priorità di intervento nell'area della sicurezza del paziente per le quali avviare azioni preventive e protettive.

RACCOMANDAZIONE 3

Il sistema per la sicurezza tramite la gestione del rischio clinico deve essere dotato di risorse umane e strumentali cui attribuire responsabilità specifiche.

Tali risorse umane e strumentali devono essere allocate in staff alla direzione generale delle organizzazioni sanitarie, essere estese a rete nell'intera organizzazione e avere un rapporto diretto e complementare, quando non effettivamente sovrapposto, agli staff ed alle reti per la qualità.

Il team deve essere coordinato da un dirigente medico o sanita-

rio con preparazione specifica e documentata sulla progettazione, organizzazione e valutazione di sistemi sanitari orientati alla qualità ed alla sicurezza e avvalersi di tutte le professionalità e competenze presenti nella organizzazione.

Devono essere utilizzati gli strumenti, i metodi e le tecniche di dimostrata efficacia e coerenti con le migliori conoscenze disponibili.

RACCOMANDAZIONE 4

Le organizzazioni sanitarie curano la diffusione ai pazienti ed ai famigliari delle informazioni relative ai rischi evitabili associati agli atti sanitari, stimolando con convinzione un loro ruolo attivo nella partecipazione alle scelte per la loro salute.

RACCOMANDAZIONE 5

Deve essere introdotta la formazione di base sulla qualità e sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti e degli operatori nei corsi universitari e la formazione continua di tutti i professionisti sugli stessi temi.

RACCOMANDAZIONE 6

Deve essere favorita la crescita e il mantenimento di reti anche informali, ma soprattutto formali, di professionisti e di organizzazioni, a livello locale e nazionale, che si propongono di indagare sugli eventi avversi nei propri ambiti e di diffondere le azioni e gli interventi correttivi più appropriati.

RACCOMANDAZIONE 7

Deve essere promossa la ricerca, anche con fondi dedicati, su strategie, strumenti e metodi per la sicurezza tramite la prevenzione e la gestione del rischio clinico.

RACCOMANDAZIONE 8

La gestione del rischio clinico deve riconoscere nell'errore un'opportunità di apprendimento e di miglioramento, contrastando l'attuale prevalente atteggiamento punitivo, che è uno dei principali motivi del fallimento delle politiche e delle strategie per la sicurezza nei sistemi sanitari.

L'atteggiamento punitivo ostacola la segnalazione degli eventi avversi e dei near misses impedendone di fatto la segnalazione "libera da rimprovero", in assenza di una politica coerente all'interno dell'organizzazione per la gestione confidenziale dei dati.

Per questo motivo la legislazione vigente italiana va urgentemente aggiornata, sul modello di quanto fatto dai Governi australiano e danese che vietano di utilizzare i dati delle segnalazioni sugli eventi avversi ed i near misses a scopi giudiziari, a salvaguardia del principio generale del segreto professionale.

RACCOMANDAZIONE 9

La gestione del rischio clinico fa parte della politica e della strategia per la qualità di un'organizzazione sanitaria. I leaders clinici e gestionali dell'organizzazione sanitaria sono responsabili della buona qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti ed hanno la responsabilità di promuovere e sostenere lo sviluppo delle azioni interdisciplinari e multiprofessionali preventive di conoscenza e di ricerca garantendo e guidando l'applicazione degli strumenti e dei metodi di dimostrata efficacia che la cultura sanitaria internazionale mette loro a disposizione: linee guida, audit clinico e percorsi di cura.

Riconoscere
nell'errore
un'opportunità
di apprendimento
e miglioramento

Errori clinici e infezioni ospedaliere vanno combattuti con una migliore formazione

Le infezioni ospedaliere costituiscono una grande sfida per i sistemi sanitari, in grado di portare benefici sia in termini di salute che in termini economici. Si calcola che in Italia almeno il 30% delle infezioni ospedaliere siano prevenibili, tuttavia gli operatori sanitari hanno ancora molte resistenze a effettuare le procedure per prevenire le infezioni ospedaliere e a

denunciare le cattive pratiche che rappresentano un rischio per la salute dei pazienti.

I sistemi di sorveglianza e di controllo hanno iniziato a diffondersi in Italia a partire dalla metà degli anni '80, ma in maniera piuttosto disomogenea a livello nazionale. Negli ultimi anni, anche con l'ingresso del concetto di governo clinico, sono stati messi a punto e implementati numerosi programmi, tuttavia la maggior parte degli operatori sanitari non se ne sente coinvolto e non ha piena consapevolezza dei benefici che potrebbero portare all'intero sistema sanitario e, in primo luogo, alla salute dei

pazienti.

"L'importanza delle procedure per prevenire gli errori e le infezioni è ancora oggi sottovalutata", spiega

Lorena Martini, infermiera all'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani", Roma, e componente del gruppo di lavoro del ministero della Salute per il progetto Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. "Invece –aggiunge– le evidenze scietifiche dimostrano che anche il lavaggio delle mani è fondamentale per ridurre le infezioni ospedaliere in modo

sostanziale. Tuttavia, solo il 25% del personale sanitario applica le regole igieniche per il lavaggio delle mani in maniera corretta". Secondo Martini, in questo contesto molto può essere fatto a livello di formazione. "Occorre sviluppare una mentalità nuova sulle infezioni ospedaliere e sugli errori clinici, portando gli operatori a conoscenza di tutte le evidenze scientifiche sull'efficacia delle procedure e i rischi di non applicarle in maniera corretta. Questo può essere fatto soprattutto in ambito formativo. Sono questioni che non possiamo continuare a sottovalutare".

RACCOMANDAZIONE 10

La gestione del rischio clinico, come lo sviluppo della qualità, deve essere supportata da un adeguato sistema informativo.

L'uso degli indicatori è finalizzato non solo ad una verifica dei risultati raggiunti, ma anche alla definizione delle priorità di intervento di quell'organizzazione.

L'organizzazione si dota di strumenti di verifica dell'applicazione delle azioni preventive concordate in seguito alla valutazione dei rischi per i pazienti ed agisce di conseguenza per garantirne l'applicazione.

RACCOMANDAZIONE 11

La politica di gestione del rischio clinico deve essere coerente e coordinata dalla strategia aziendale per la qualità, e dev'essere coordinata con le strategie per la comunicazione, la gestione delle risorse economiche, il mantenimento e la gestione delle risorse umane e delle loro conoscenze, la garanzia dei diritti dei cittadini e della loro partecipazione all'interno delle organizzazioni sanitarie.

RACCOMANDAZIONE 12

Deve essere curata la comunicazione pubblica attraverso un corretto ed etico rapporto coi media. Viene raccomandata dalla letteratura internazionale una politica proattiva nei confronti dei media, che prevenga l'informazione non controllata sugli eventi avversi con una strategia di informazione trasparente che informi prima i pazienti coinvolti e i leaders organizzativi e clinici dell'istituzione sanitaria e poi i media con trasparenza e garanzia nel contempo della privacy e del segreto professionale.

RACCOMANDAZIONE 13

I modelli, gli strumenti, le tecniche ed i metodi per garantire la sicurezza dei pazienti nei sistemi sanitari, quando sono mutuati da altri comparti produttivi e da altri contesti sanitari, devono passare attraverso un formale processo sperimentale che ne valuti l'efficacia nel contesto sanitario in cui si desidera diffonderli, prima della loro generalizzazione su vasta scala. Devono far parte di questa sperimentazione oltre che le valutazioni sull'efficacia nel ridurre i rischi ed i danni per i pazienti anche le valutazioni sui costi che tali azioni comportano e gli eventuali risparmi nel loro rapporto con i benefici conseguibili per la sicurezza dei pazienti.

RACCOMANDAZIONE 14

Esistono alcune azioni di efficacia dimostrata che sono raccomandate dalla letteratura internazionale (AHRQ, 2001; NQF, 2003; Associazione canadese degli ospedali, 2004; WHO, 2005; Consiglio d'Europa, 2005). SiQuas-vrq ne raccomanda a tutte le organizzazioni sanitarie ed ai professionisti l'applicazione immediata per la relativa semplicità di attivazione e la garanzia di miglioramento immediato della sicurezza dei pazienti anche prima di aver istitui-

to nelle organizzazioni un formale sistema per la qualità e per il risk management.

RACCOMANDAZIONI FINALI

In particolare:

SiQuas-vrq fa proprie e raccomanda come azioni prioritarie le attività di provata efficacia consigliate dalla revisione dell'AHRQ del 2001 per ridurre da subito i rischi per i pazienti, presentate in Allegato 1.

SiQuas-vrq fa proprie e raccomanda l'applicazione immediata su tutti i pazienti ricoverati in ospedale delle raccomandazioni del National Quality Forum degli Stati Uniti pubblicate nel 2003 (Allegato 2).

SqQuas-vrq fa proprie e raccomanda a quanti hanno responsabilità organizzative e di formazione le indicazioni tratte dalla revisione canadese sugli interventi per la sicurezza per gli ospedali (Wong & Beglaryan – 2004) (Allegato 3).

SiQuas-vrq ricorda che è dimostrato dalla letteratura internazionale che non è uno solo di questi interventi per la sicurezza a garantire la riduzione dei rischi per i pazienti ma è l'insieme di queste azioni che va garantito con una strategia ed una politica complessiva di sistema sotto l'azione di tutti i suoi attori ai vari livelli di responsabilità: tutte queste azioni vanno garantite da ogni organizzazione sanitaria che abbia la responsabilità per la sicurezza dei pazienti.

SiQuas-vrq inoltre fa appello a tutte le organizzazioni sanitarie italiane perché diano supporto ed applichino

le indicazioni del Gruppo tecnico nazionale sugli errori in medicina istituito e da lungo tempo operante presso il Dipartimento della qualità del ministero della Salute come il punto di riferimento nazionale più qualificato per garantire l'istituzionalizzazione e lo sviluppo delle azioni più appropriate per la sicurezza dei pazienti, in costante coordinamento con le attività delle Regioni e delle aziende sanitarie in tema di qualità e di garanzia dei diritti dei cittadini.

Formula infine un pressante invito al ministero della Salute, alle Regioni, agli Ordini ed ai Collegi professionali, alle Società Scientifiche, alle Associazioni delle Aziende sanitarie e alle Associazioni di pubblica tutela e dei pazienti per pervenire in tempi brevi ad un forum nazionale permanente per la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari, anche a partire da una iniziale Consulta delle Società scientifiche per la sicurezza dei pazienti, che sia in grado di esprimere una forte leadership culturale ed organizzativa sui temi della qualità e della sicurezza come avviene già da tempo in gran parte dei Paesi sviluppati e contribuisca a porre le basi per una strategia nazionale per la qualità e la sicurezza del sistema sanitario.

(Milano, 15 maggio 2006)

Una strategia
e una politica
che coinvolga
tutti gli attori
ai vari livelli



ALLEGATO 1

AHRQ (2001) Making Health Care Safer. A Critical Analysis of Patient Safety Practices: Summary. AHRQ Publication No. 01-E057. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/summary.htm>

Azioni di efficacia dimostrata da effettuare da subito per migliorare la sicurezza dei pazienti

1. Prescrivere in tutti i pazienti a rischio le misure profilattiche più appropriate per prevenire la tromboembolia
2. Prescrivere nei pazienti più appropriati i beta bloccanti per prevenire la mortalità e la morbilità perioperatoria
3. Impiegare al meglio le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni
4. Prescrivere con appropriatezza la profilassi antibiotica nei pazienti chirurgici per prevenire le infezioni perioperatorie
5. Chiedere che i pazienti ripetano e ricordino che cosa è stato loro detto nel corso del processo di consenso informato
6. Aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita
7. Impiegare il materiale di sollievo della pressione per prevenire le ulcere da decubito
8. Utilizzare in tempo reale una guida ultrasonica nel corso dell'inserimento di un catetere centrale per prevenire complicazioni
9. Prescrivere l'automedicazione del paziente a domicilio con warfarin per ottenere una buona scoagulazione e prevenire complicazioni

10. Somministrare in particolare ai pazienti chirurgici in condizioni critiche la nutrizione più appropriata, ed in particolare la nutrizione enterale precoce

11. Usare cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere.

ALLEGATO 2

Azioni che dovrebbero essere garantite da tutti nei propri contesti sanitari per ridurre il rischio di danno risultante da processi, sistemi o ambienti di cura (NQF 2003: Pratiche sicure per una sanità migliore, Washington: National Quality Forum, 2003 (30 maggio 2005, www.qualityforum.org).

1. Creare una cultura sanitaria per la sicurezza
2. Per alcune procedure ad alto rischio di chirurgia elettiva o per altre attività assistenziali specialistiche i pazienti dovrebbero essere informati con chiarezza sulla probabile riduzione dei rischi e degli esiti negativi nel caso fossero trattati in servizi assistenziali che abbiano dimostrato pubblicamente gli esiti migliori e dovrebbero essere indirizzati a questi servizi in accordo con le dichiarate preferenze del paziente
3. Rendere esplicite la regole per garantire ai pazienti trattati di consueto in ospedale un numero adeguato di infermieri con relativa esperienza e formazione
4. Tutti i pazienti delle unità di cure intensive generali (sia per adulti che per bambini) dovrebbero essere trattati da medici con training specifico e certificazione in cure intensive
5. I farmacisti dovrebbero partecipare attivamente al processo di gestione e somministrazione dei farmaci, compresa, come minimo, la disponibilità ad essere consultati dai prescrittori sulla prescrizione, l'interpretazione e la revisione delle prescrizioni, la distribuzione, la somministrazione e il monitoraggio dei farmaci
6. Le prescrizioni verbali dovrebbero, ovunque possibile, essere registrate e subito rilette al medico prescrittore - a esempio un operatore sanitario che riceve un ordine verbale dovrebbe leggere o ripetere l'informazione data dal prescrittore, per verificare l'accuratezza di quanto sentito
7. Usare solo abbreviazioni e prescrizioni di dose standardizzate.
8. Le sintesi cliniche dei pazienti o altre registrazioni similari non dovrebbero essere compilate a memoria
9. Garantire che le informazioni assistenziali, soprattutto i cambiamenti nelle prescrizioni e le nuove prescrizioni diagnostiche siano trasmesse in tempi e in forme chiaramente comprensibili a tutti i professionisti che correntemente si prendono cura dei pazienti e che necessitano di tali informazioni per fornire loro assistenza
10. Chiedere a ciascun paziente o al proprio rappresentante legale di ripetere ciò che gli è stato detto nel corso della raccolta del consenso informato (anche raccomandazione AHRQ 2001)
11. Garantire che la documentazione scritta delle preferenze del paziente per trattamenti di supporto alla vita sia evidentemente

visibile nella propria documentazione clinica

12. Attivare un sistema computerizzato delle prescrizioni dei medici

13. Attivare un protocollo standardizzato per prevenire gli errori di attribuzione degli esami radiologici

14. Attivare protocolli standardizzati per prevenire l'evenienza di procedure chirurgiche sul lato sbagliato o sul paziente sbagliato

15. Valutare ogni paziente da sottoporre a chirurgia elettiva per il rischio di un evento ischemico acuto nel corso dell'intervento chirurgico, e fornire trattamento profilattico con beta bloccanti per i pazienti a rischio elevato (vedi anche AHRQ 2001)

16. Valutare ciascun paziente al momento del ricovero, ed in seguito ad intervalli regolari per il rischio di sviluppare lesioni da decubito. Tale valutazione dovrebbe essere ripetuta ad intervalli regolari nel corso dell'episodio assistenziale. In seguito a tale valutazione dovrebbero essere applicati metodi preventivi clinicamente appropriati (vedi anche AHRQ 2001)

17. Valutare ciascun paziente al momento del ricovero e con regolarità nel corso dello stesso per il rischio di sviluppare trombosi venosa profonda o tromboembolia venosa.

Utilizzare metodi clinici appropriati per prevenire queste complicazioni (vedi anche AHRQ, 2001)

18. Utilizzare servizi anti-trombotici - anticoagulazione che facilitino

la gestione coordinata dell'assistenza ai pazienti che necessitano di tali terapie

19. Valutare ciascun paziente per il rischio di aspirazione al momento del ricovero e ad intervalli regolari nel corso dello stesso

20. Aderire a metodi efficaci per prevenire le sepsi da infezioni del catere venoso centrale (anche AHRQ 2001)

21. Valutare ogni paziente in fase preoperatoria alla luce dell'intervento chirurgico programmato per quanto riguarda il proprio personale livello di rischio d'infezione del sito chirurgico, eseguire una profilassi antibiotica appropriata e le altre misure preventive basate su tale valutazione. (vedi anche AHRQ 2001)

22. Utilizzare validi protocolli per valutare i pazienti a rischio di insufficienza renale da mezzo di contrasto radiologico, ed utilizzare un metodo clinicamente appropriato per ridurre il rischio di danno renale basato sulla valutazione della funzione renale del paziente

23. Valutare al momento del ricovero, e regolarmente nel tempo successivo, ogni paziente sul rischio di malnutrizione. Impiegare strategie cliniche adeguate per prevenire la malnutrizione (vedi anche AHRQ 2001)

24. Ogni volta che si posiziona un bracciale pneumatico valutare il paziente sulla base del proprio rischio per una complicazione trombotica, e utilizzare le più appropriate misure profilattiche

25. Lavarsi le mani sia con strofinamento igienico delle mani sia lavandole con un sapone disinfettante prima e dopo il diretto contatto con il paziente o con gli oggetti immediatamente attorno a lui

26. Vaccinare gli operatori sanitari contro l'influenza per proteggerli assieme ai loro pazienti dall'influenza

27. Tenere in ordine, puliti e sgombri da altri oggetti i banchi di lavoro dove sono preparati i farmaci

28. Standardizzare i metodi per etichettare, raccogliere e conservare i farmaci

29. Identificare tutti i "farmaci ad alto rischio" (ad esempio gli agonisti ed antagonisti adrenergici endovena, i chemioterapici, gli anticoagulanti e gli antitrombotici, gli elettroliti parenterali concentrati, i bloccanti neuromuscolari, l'insulina e gli ipoglicemizzanti orali, i narcotici e gli oppiacei)

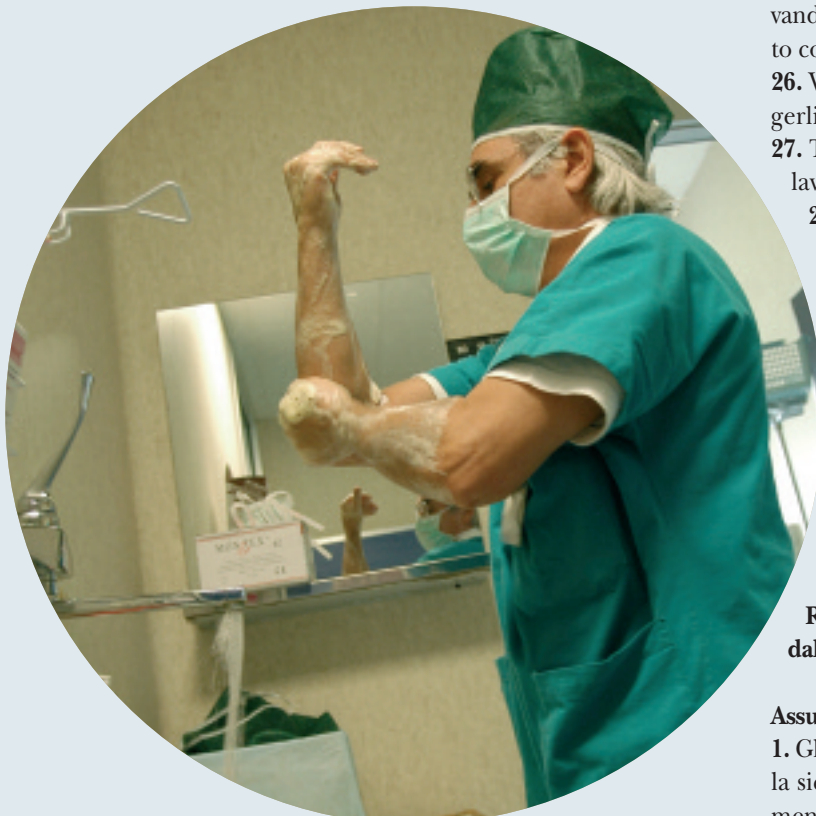
30. Dispensare i medicinali in dosi-unità o, quando appropriato, sotto forma di unità per l'uso, quando possibile.

ALLEGATO 3

Revisione canadese sugli interventi per la sicurezza per gli ospedali (Wong & Beglaryan - 2004)

Assumere la leadership delle iniziative per la sicurezza dei pazienti

1. Gli ospedali e le Aziende sanitarie devono lanciare iniziative per la sicurezza dei pazienti e monitorare il loro successo, probabilmente anche includendo la sicurezza fra le misure di performan-



ce degli ospedali e degli altri servizi sanitari (Herbert et al, 2001)
2. Vanno fatti investimenti in personale e risorse economiche, comprese le spese per nuove tecnologie. Le priorità di spesa devono comprendere il trasferimento delle informazioni come l'etichettatura chiara dei farmaci e la prescrizione computerizzata da parte dei medici (Orser et al, 2001; Harris et al, 2000).

È necessario investire nell'organizzazione per sviluppare professionisti con formazione avanzata anche nel campo della medicina e sicurezza del lavoro ed in quello della sicurezza dei pazienti. Fondi aggiuntivi vanno richiesti dalle fonti, ad esempio ai Governi regionali.

3. I direttori generali delle Aziende sanitarie e degli ospedali devono iniziare e condurre programmi di cambiamento organizzativo per progettare supporti per la sicurezza dei pazienti ed impegnare i leaders dell'organizzazione verso un programma di prevenzione (Levin, 2004; Kotter, 1996)

Creare una cultura della sicurezza

1. Le Aziende sanitarie e gli ospedali, dovrebbero trattarsi dall'attribuire colpe agli individui e dovrebbero promuovere la crescita di un atteggiamento che garantisca che gli errori siano una occasione per apprendere e migliorare l'assistenza (Reason, 2000; Marx et al, 2001; Vincent, 2001; Merry et al, 2001)

2. I processi per migliorare la qualità dovrebbero essere decisi assieme dagli ospedali e dalle organizzazioni sanitarie (Institute of Medicine, 1999)

3. La sicurezza dei pazienti dovrebbe diventare parte della valutazione delle prestazioni e dell'affidabilità pubblica delle organizzazioni sanitarie (Ohlhauser, Schurman, 2001)

4. Gli ospedali dovrebbero comunicare con chiarezza i propri requisiti per la sicurezza dei pazienti e rinforzare questi standards (Felton, 1998)

Fornire formazione di base e permanente

1. Gli ospedali dovrebbero mantenere aggiornati gli standards ed i protocolli per la sicurezza dei pazienti (Howard, 1992)

2. Le università dovrebbero formare gli studenti in scienze sanitarie alla prevenzione degli eventi avversi (Croskerry et al, 2001; AHRQ, 2001)

3. Le Associazioni professionali, i Collegi e le Associazioni degli ospedali dovrebbero promuovere il miglioramento della sicurezza dei pazienti disseminando le informazioni sulle pratiche migliori e formando i professionisti sulla sicurezza (Baker, Norton, 2001)

4. I Governi regionali devono finanziare i programmi di formazione e sviluppo a supporto della sicurezza negli ospedali (Baker, Norton, 2001)

Migliorare i sistemi di reporting

1. Le aziende sanitarie e gli ospedali dovrebbero utilizzare la documentazione internazionale e i sistemi di reporting come basi

per sviluppare un sistema nazionale di reporting (Esmail, 2001; U, 2001)

2. Le Regioni dovrebbero standardizzare i sistemi di reporting e condividere le informazioni sugli eventi avversi negli ospedali per fornire supporto ai progetti nazionali e per garantire affidabilità alle prestazioni (Orser, 2001; Croskerry, 2001)

3. I near misses (eventi avversi di cui ci si rende conto all'ultimo minuto) possono essere difficili da segnalare, ma dovrebbero essere conosciuti dagli ospedali poiché offrono delle valide lezioni per la sicurezza

4. Gli ospedali dovrebbero aumentare le loro capacità di comunicare via Internet per esporre i propri sistemi per la sicurezza dei pazienti ed assistere i pazienti ed i loro familiari nel segnalare gli eventi avversi ed i near misses senza paura di potenziali forme di ritorsione (Vincent et al, 2002)

Stabilire una strategia nazionale per la sicurezza dei pazienti

1. Il Governo nazionale e quelli regionali, tramite le Agenzie Regionali sanitarie dovrebbero fornire supporto con progetti ospedalieri dimostrativi ed esercizi di valutazione per promuovere il miglioramento della sicurezza dei pazienti (Baker and Norton, 2001). C'è bisogno di programmi che focalizzino sui pazienti ed il loro ruolo nel migliorare l'affidabilità del sistema assistenziale per acuti

2. Le organizzazioni regionali per l'accreditamento dovrebbero includere nelle loro valutazioni i protocolli per la sicurezza dei pazienti e la loro applicazione nella pratica quotidiana (Murphy et al, 1998; Baker, Norton, 2001)

3. Le organizzazioni per l'accreditamento e quelle professionali dovrebbero pure identificare le migliori pratiche e le strategie specifiche che sono in grado di rendere gli ospedali più sicuri per i loro pazienti

I prossimi obiettivi della ricerca

1. La sicurezza dei pazienti richiede il monitoraggio continuo e la ricerca di nuove strategie. C'è bisogno di ricerca per stabilire indicatori internazionali e nazionali sul tema. (Davis et al, 2001)

2. La ricerca nel settore pubblico ed in quello privato dovrebbe puntare sullo sviluppo di tecnologie per prevenire o intercettare gli eventi avversi. Bisognerebbe attivare una valutazione costante delle attività sanitarie per valutare l'efficacia a lungo termine delle tecnologie (AHRQ, 2001; Bates et al, 2001)

3. C'è bisogno che la ricerca sulle pratiche migliori e sulle strategie sia tradotta in strumenti e modelli di riferimento da far utilizzare ai managers della sanità (Newell et al, 2003)

4. La ricerca sulla sicurezza dei pazienti dovrebbe studiare i diversi tipi di approccio, gli esiti degli investimenti per la sicurezza ed il rapporto costi-efficacia, per indicare dove le risorse degli ospedali possono essere meglio allocate (Smith, 2000).