Formazione progetto sui near miss ostetrici
Regione Emilia-Romagna
3 ottobre 2017

Il rapporto con il sistema "Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio"

Ottavio Nicastro

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Servizio Assistenza Ospedaliera
Regione Emilia Romagna

RegioneEmilia-Romagna

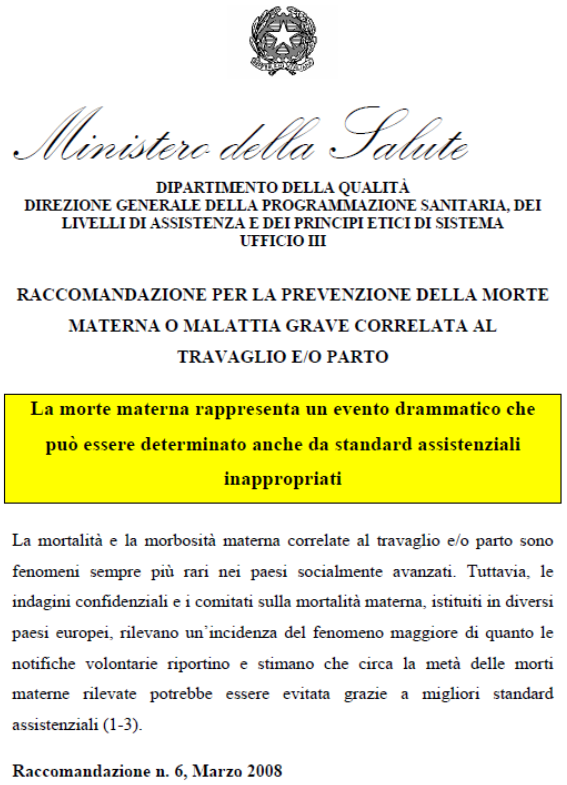
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ItQSS
Italian Obstetric Surveillance System

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

La qualità assistenziale: tra raccomandazioni, linee guida e buone pratiche



Ministero della Salute

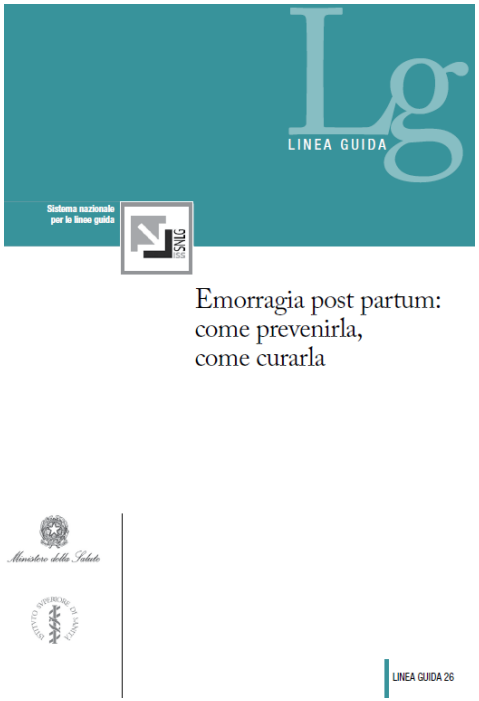
DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

La morte materna rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati

La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e/o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati. Tuttavia, le indagini confidenziali e i comitati sulla mortalità materna, istituiti in diversi paesi europei, rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notifiche volontarie riportino e stimano che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali (1-3).

Raccomandazione n. 6, Marzo 2008



Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale per le linee guida

SNLG

Emorragia post partum:
come prevenirla,
come curarla

Ministero della Salute

LINEA GUIDA 26

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tavolo tecnico

Linee di indirizzo
clinico-organizzative
per la prevenzione delle complicanze
legate alla gravidanza

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente Agenas
CALL FOR GOOD PRACTICE

Osservatorio Buone Pratiche
Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La *Call for Good practice 2017* avrà avvio il **19 giugno 2017** e sarà possibile inviare le esperienze all'Osservatorio fino al **6 novembre 2017.** Il termine ultimo per la validazione da parte dei referenti regionali è, invece, fissato al **20 novembre 2017.**

Nel corso della *Call 2017*, il *Focus on* sarà dedicato alla segnalazione di pratiche riguardanti l'implementazione di sistemi di Incident Reporting e verrà ancora mantenuta l'attenzione sulle esperienze di miglioramento della Sicurezza del Percorso Nascita.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Osservatorio Buone Pratiche
Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente

CALL FOR GOOD PRACTICE 2016

2016	EMILIA ROMAGNA	AZIENDA USL PIACENZA	Sistema di Trasporto Assistito Materno
2016	EMILIA ROMAGNA	AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO	Implementazione del progetto Sale Operatorie Sicure mediante applicazione agli interventi ostetrici di una surgical safety check-list adattata alle specifiche esigenze del parto cesareo e valutazione delle ricadute sulla sicurezza delle pazienti.
2016	EMILIA ROMAGNA	AZIENDA USL REGGIO EMILIA	Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN): l'esperienza interaziendale Azienda USL - Azienda Ospedaliera nella Provincia di Reggio Emilia
2016	EMILIA ROMAGNA	ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA	Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN): l'esperienza nella Provincia di Reggio Emilia

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

E-R Salute | Sicurezza delle cure

http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure

Le raccomandazioni regionali

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (pdf, 2.4 MB)
- Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci (pdf, 683.0 KB)
- Raccomandazione regionale n. 3: "Sicurezza nella terapia farmacologica. Gestione sicura dei farmaci antineoplastici" (pdf, 1.4 MB)
- Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2: "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" (pdf, 168.7 KB)
- Indicazioni per la gestione in sicurezza delle preparazioni a base di potassio cloruro concentrato / Usi clinici delle preparazioni a base di potassio (pdf, 112.1 KB)
- Raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria (pdf, 272.1 KB)
- Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi nel territorio (pdf, 758.7 kB)
- Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi in ospedale (pdf, 358.3 kB)
- Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari (pdf, 139.4 KB)
- Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie (pdf, 710.1 KB)
- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (pdf, 102.0 KB)
- Disciplina delle contenzioni fisiche nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Regione Emilia-Romagna) (pdf, 137.7 KB)
- Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio (Regione Emilia-Romagna) (pdf, 3.8 MB)

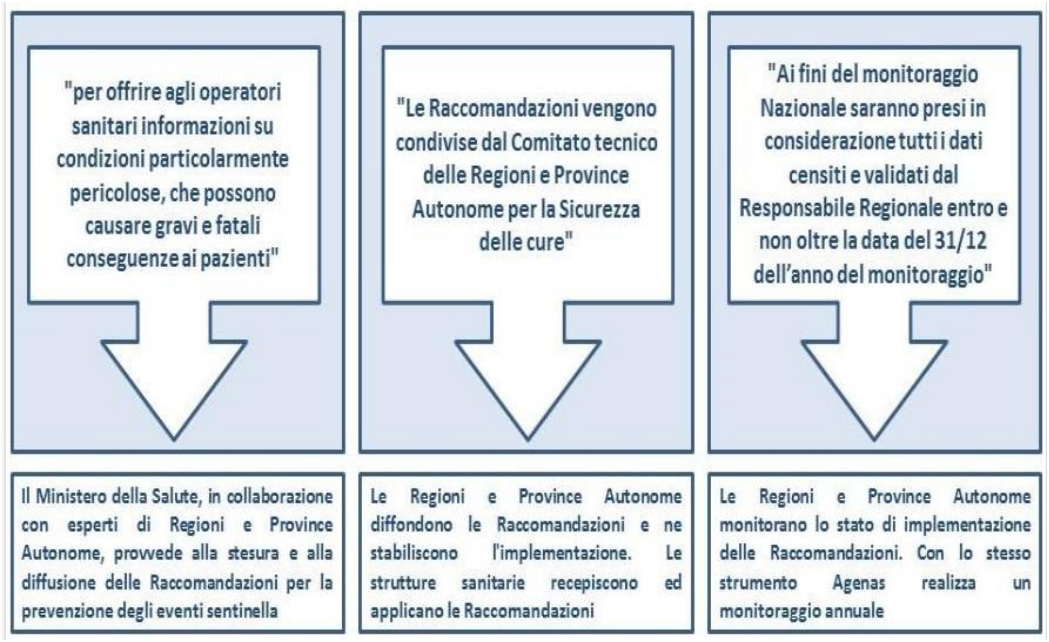
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

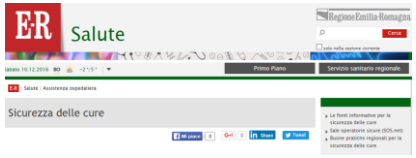
Regione Emilia-Romagna

Ministero della Salute

Questionario LEA

Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella





Raccomandazioni per la sicurezza delle cure in ambito ostetrico

Le raccomandazioni ministeriali n. 6 "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto"e n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita" forniscono indicazioni sulle buone pratiche da attuare **per prevenire e ridurre il rischio di morte materna** correlata al **travaglio e/o parto** e quello **di morte o disabilità permanente nei neonati sani di questa classe di peso**.

La Regione Emilia-Romagna ha fornito alle Aziende sanitarie indicazioni utili alla stesura di procedure/istruzioni operative, in modo tale da soddisfare i requisiti di qualità e completezza:

RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

INDICAZIONI PER LA STESURA DI PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 6 "RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO"

Presenza di:

- **Procedure che identificano i percorsi assistenziali in relazione al profilo di rischio** in gravidanza, a termine di gravidanza (GAT, GAR) e al parto
- **Strumenti per la valutazione del rischio** (fattori, biologici, sociali, psicologici) e modalità di documentazione in cartella clinica
- **Formalizzazione della rete dei centri di riferimento** in relazione ai percorsi assistenziali definiti (connessioni HUB e SPOKE)
- **PDTA** per percorsi assistenziali particolarmente complessi (ad esempio donne obese, disordini sfera emozionale)
- **Protocollo/procedura per la profilassi della malattia tromboembolica**, modulato in funzione del profilo di rischio e che includa uno **strumento per la valutazione del rischio** tromboembolico (da applicare dalla gravidanza al post-partum)
- **Protocollo/procedura per la prevenzione/trattamento della emorragia post partum** che includa anche la sequenzialità degli interventi e **uno strumento per la valutazione del rischio emorragico** al ricovero e nel post-parto.
- Protocollo per l'effettuazione di pratiche di **emorecupero (centri HUB)**
- **Protocollo/procedura per la gestione dei casi di ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia/hellp**, in funzione dell'età gestazionale, che preveda il timing del parto e la possibilità di attivare consulenze ostetrico-ginecologiche, neonatologiche, anestesiologiche, nefrologiche ed altre eventualmente necessarie.
- **Protocolli/procedure locali per la prevenzione della sepsi**, comprensivi delle informazioni alla paziente relative al periodo del puerperio, che tengano conto dei programmi regionali

ItOSS
Italian Obstetric Surveillance System

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura 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 AB0
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 ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
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 imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Segnalazione degli eventi sentinella
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

Istruzione operativa per segnalazione e gestione degli episodi di
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

1.Oggetto
La presente istruzione operativa descrive le modalità di segnalazione e gestione degli episodi di morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.

Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)

Sorveglianza della Mortalità Materna

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 marzo 2017.

Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie.

A1.9	Sistema di sorveglianza della mortalità materna

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA

Evento sentinella n. 7

Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

Ministero della Salute

7. Attività e Responsabilità

Percorso Evento Sentinella Morte Materna	Flusso	Percorso Sorveglianza della Morte Materna
L'Operatore Sanitario che identifica qualunque evento di Morte Materna o che ne viene a conoscenza diretta, indipendentemente dal suo ruolo e funzione, deve fare tempestiva comunicazione al **Direttore dell'Unità Operativa.**		
La **Direzione dell'Unità Operativa** informa il **Referente di Struttura del Sistema di Sorveglianza** e invia segnalazione di evento sentinella alla **Direzione Sanitaria** della propria Struttura e alla **Funzione Aziendale di Risk Management.**		A seguito di una morte materna il professionista **Referente di struttura del sistema di Sorveglianza** segnala il decesso alla Direzione Sanitaria. La Direzione Sanitaria notifica il decesso all'ISTAT e, tramite apposita scheda, al **Referente Regionale del Sistema di Sorveglianza** entro 48 ore. Produce inoltre una copia della documentazione clinica da consegnare al referente regionale del sistema di sorveglianza.
La **Funzione di Risk Management** provvede ad informare il **Servizio Assistenza Ospedaliera Regionale** ed a completare e inviare la scheda A del Flusso SIMES		
Il Servizio Assistenza Ospedaliera Regionale valuta la scheda A di evento sentinella con il **Servizio Assistenza Territoriale – Settore Materno Infantile** e la inserisce nel SIMES in attesa di validazione.		
La funzione di Risk Management, la Direzione Sanitaria e il Direttore dell'unità operativa effettuano l'analisi dell'evento attraverso la metodologia del Significant Event Audit		I professionisti sanitari coinvolti nell'evento, in collaborazione con il **Referente di struttura del sistema di Sorveglianza,** partecipano all'analisi dell'evento secondo la metodologia del Significant Event Audit e compilano il modulo M1 in tutte le sue sezioni pertinenti.
La **Funzione di Risk Management** in seguito all'analisi dell'evento provvede a completare entro 45 giorni dalla segnalazione dell'evento la scheda B e C per l'invio al **Servizio Assistenza Ospedaliera Regionale,** informando la **Direzione Sanitaria** ed il **Direttore dell'unità operativa.** **Il Servizio Assistenza Ospedaliera Regionale** trasmette la scheda B e C al **Servizio Assistenza Territoriale – Settore Materno Infantile.**		Il **Referente di struttura del sistema di Sorveglianza,** dopo averne verificato la completezza, consegna il Modulo M1 al **Referente Regionale del Sistema di Sorveglianza** che riceve anche copia dell'ulteriore documentazione clinica disponibile.
		L'intera documentazione clinica viene resa anonima dalla **Direzione sanitaria** e controllata **dal referente regionale del sistema di sorveglianza** prima di essere consegnata al **Comitato regionale del sistema di sorveglianza.**
		Il Comitato regionale del sistema di sorveglianza esamina la documentazione al fine di identificare la causa di morte, valutare la qualità del processo assistenziale e definire l'eventuale evitabilità della morte materna, richiedendo, in caso di necessità, la consulenza di altre figure professionali.
Il Servizio Assistenza Ospedaliera Regionale e il **Servizio Assistenza Territoriale – Settore Materno Infantile,** avvalendosi delle indicazioni contenute nel rapporto del **Comitato Regionale del Sistema di Sorveglianza,** valutano la scheda B a fini della validazione ed invio al **Ministero della Salute.**		Il rapporto finale del **Comitato Regionale del Sistema di Sorveglianza** viene redatto sul modulo dedicato M2 ed inviato al Servizio Assistenza Territoriale – Settore Materno Infantile ed all'**ISS** dove si procede ad un ulteriore valutazione e alla redazione di un rapporto triennale.

Anche per i near miss ostetrici: Obiettivo Audit!

In ogni caso di near miss è **raccomandato** organizzare un audit locale che preveda la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza.

Le procedure di audit

Il Sentinel Event Audit (SEA), già adottato dal progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, promuove l'abitudine al confronto tra pari, facilita una revisione critica del caso clinico e la promozione di una cultura "no blame".

Tra Significant Event Audit (SEA) e Root Cause Analysis (RCA)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Significant

Event

Audit

NHS
National Patient Safety Agency

National Reporting and Learning Service

Guida rapida per la conduzione di un Significant Event Audit

Condurre un Significant Event Audit (SEA) efficace permette a voi e al vostro gruppo di fare emergere i punti di forza e debolezza dell'assistenza da voi fornita ed imparare da questa esperienza.

Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza fornita al paziente è una priorità della Clinical Governance nell'ambito delle cure primarie e il SEA gioca un ruolo importante nell'ottica del raggiungimento di questo obiettivo.

Questa guida rapida per la conduzione di un SEA efficace aiuterà voi ed il vostro gruppo a migliorare l'assistenza fornita ai pazienti di cui vi occupate.

Le sette fasi del Significant Event Audit

Fase 1 – *Consapevolezza e prioritarizzazione di un evento avverso*

Quando si verifica un evento avverso, lo staff medico dovrebbe confidare nelle proprie capacità di identificarlo e metterlo in cima alla lista delle priorità. La pratica dovrebbe prevedere un impegno costante nell'attività clinica di routine e nello svolgimento regolare di audit su eventi avversi.

Fase 2 – ***Raccolta di informazioni***

Raccogliete e mettete in relazione il maggior numero possibile di informazioni basate sui fatti, testimonianze individuali, rapporti scritti e altri documenti sanitari riguardanti l'evento avverso. Per eventi più complessi, sarà necessaria un'analisi approfondita per comprendere appieno i fattori scatenanti.

E'tutto quello che ci serve?

Raccolta regolamenti e standard scientifici di riferimento

Standard di letteratura, protocolli o linee guida di riferimento impiegati	Definire i documenti scientifici o organizzativi di riferimento per l'analisi

Esempi di documentazione di riferimento

ECLAMPSIA
Protocollo/procedura per la gestione dei casi di ipertensione/pre-eclampsia /eclampsia/hellp, in funzione dell'età gestazionale, che preveda il timing del parto e la possibilità di attivare consulenze ostetrico-ginecologiche, neonatologiche, anestesiologiche, nefrologiche ed altre eventualmente necessarie.

SEPSI
Protocolli/procedure per la prevenzione e il trattamento della sepsi in gravidanza, al parto e nel post-partum comprensivi delle informazioni alla paziente relative al periodo del puerperio

EMBOLIA DI LIQUIDO AMNIOTICO
Protocollo/procedura per la gestione del collasso cardio-respiratorio materno.

Per quanto riguarda l'**emoperitoneo spontaneo in gravidanza** si può fare riferimento a diversi percorsi clinico-assistenziali e organizzativi: valutazione clinica della donna con strumenti che identificano il deterioramento (MEWS), l'attivazione in urgenza-emergenza della sala operatoria, la richiesta e somministrazione di emocomponenti in urgenza-emergenza, l'emorecupero.

Fase 3 – *Incontro del team alla presenza di un facilitatore*

Il team dovrebbe nominare un facilitatore che organizzi un incontro, mantenga delle regole di base essenziali e fornisca il proprio supporto durante l'analisi di ciascun evento. Il team dovrebbe incontrarsi regolarmente per discutere, indagare ed analizzare gli eventi. Tali incontri sono spesso un elemento funzionale importantissimo nel coordinamento del processo di un SEA e dovrebbero aver luogo in un ambiente stimolante, coscienzioso e affatto minaccioso.

E' importante stabilire il percorso per l'effettuazione dell'audit, con esplicitazione dei ruoli

Fase 4 – *Analisi dell'evento avverso*

L'analisi dell'evento avverso può essere guidata attraverso le risposte date alle seguenti quattro domande:

1. Cosa è accaduto?
2. Perché è accaduto?
3. Cosa si è imparato?
4. Cosa è stato cambiato o è stato attivato?

NHS
National Patient Safety Agency

Ministero della Salute

Significant Event Audit (SEA)

Fase 4- Analisi dell'evento significativo

L'analisi di un evento significativo deve essere guidata rispondendo a quattro quesiti:

1) *Cosa è successo?*
2) *Perché è successo?*
3) *Cosa abbiamo imparato?*
4) *Quali sono le azioni da intraprendere?*

L'audit deve essere «facilitato» rispondendo ai seguenti quesiti:

1. **Cosa è accaduto?**
2. **Perché è accaduto?**
3. **Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?**
4. **Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?**

ItOSS
Italian Obstetric Surveillance System

1 Passo

Gli strumenti della gestione del rischio

Strumenti per la mappatura delle informazioni

La cronologia narrativa

Le linee del tempo

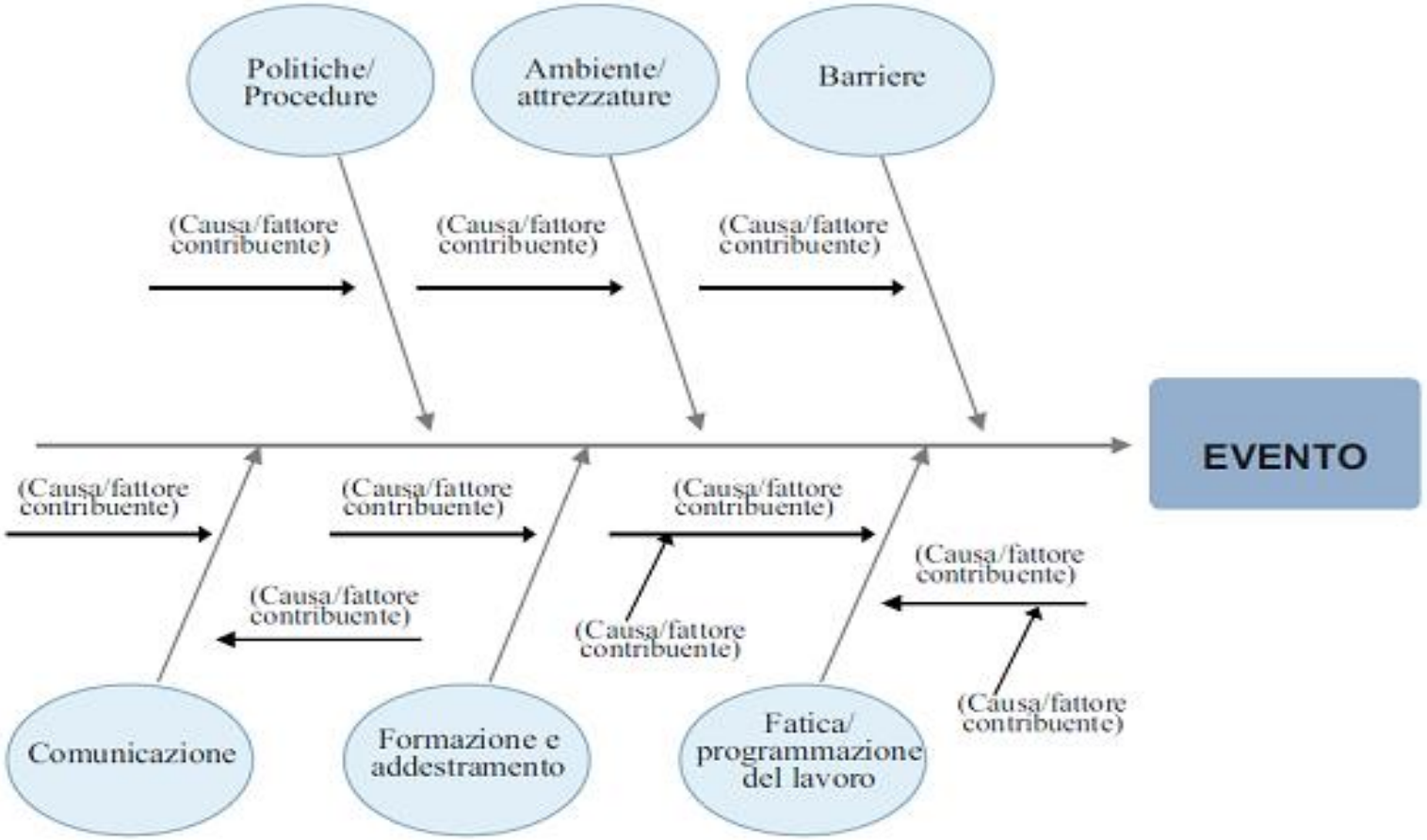
Griglie attori/tempo

Tabelle del tempo

Fase	Data e ora	Cronologia dei fatti
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Perché è accaduto?

2 Passo



Strumenti per individuare i fattori contribuenti

L'analisi del cambiamento

2 Passo

Procedura normale	Procedura seguita nel caso dell'incidente	Relazione causale fra cambiamento e problema
Il chirurgo sapeva che entrambe le ginocchia del paziente avevano problemi.	Il chirurgo sapeva che entrambe le ginocchia del paziente avevano problemi.	No
La marcatura del sito dell'intervento segue una procedura. La esegue il chirurgo o il suo assistente prima di mettere il paziente in lista operatoria, con una matita da pelle, dopo averlo verificato con il paziente e la documentazione clinica.	È stato marcato il ginocchio giusto (dx) ma in un sito insolito, non visibile sopra le calze da compressione. Non è stato verificato dal *team* chirurgico.	Sì

L'analisi delle barriere

Quali barriere/difese erano *in situ*?	Le barriere/ difese hanno funzionato?	Perché non hanno funzionato? Quale impatto hanno causato?
Le linee guida stabiliscono che il chirurgo o il suo assistente vedano e verifichino tutti i pazienti, compresa anche la marcatura del sito, prima dell'intervento.	No	Le linee guida non stabiliscono che i quando debba fare ciò. Il compito è stato parzialmente effettuato dallo specialista registrato n. 2 e dal consulente, ma la comunicazione e il trasferimento delle informazioni è stato incompleto.

Questi alcuni dei risultati possibili:

- non è necessario intraprendere alcuna azione;
- si festeggia l'ottima assistenza fornita;
- si identifica il bisogno di incrementare la propria conoscenza;
- è necessario un audit convenzionale;
- si deve immediatamente intraprendere un'azione;
- è necessaria un'ulteriore indagine;
- si condivide ciò che si è appreso.

Criticità

Modulo M2 per l'indagine confidenziale

a cura dell'Istituto Superiore di Sanità

Attribuite alla paziente o al suo entourage:

- ☐ Mancato accesso all'assistenza della gravidanza/patologia
- ☐ Mancata adesione alla terapia
- ☐ Rifiuto della terapia o dell'assistenza

Relative alle modalità dell'assistenza:

- ☐ Incapacità di apprezzare la gravità del problema
- ☐ Diagnosi non corretta
- ☐ Trattamento inappropriato
- ☐ Mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti
- ☐ Ritardo nel pronto soccorso
- ☐ Ritardo nella diagnosi
- ☐ Ritardo nel trattamento

Relative all'organizzazione delle cure nella struttura:

- ☐ Personale insufficiente, mancanza di mezzi

Specificare il motivo delle criticità identificate:

Fase 5 – ***Concordare, realizzare e monitorare il cambiamento***

Ogni azione concordata dovrebbe essere realizzata da tutto il gruppo scelto per coordinare e monitorare il cambiamento, e allo stesso modo la pratica dovrebbe procedere secondo i risultati degli audit "tradizionali".

Il progresso nella realizzazione del cambiamento necessario dovrebbe essere sempre monitorato e posto all'ordine del giorno a vantaggio di gruppi che lavoreranno in futuro o per altri incontri su eventi avversi.

Dove necessario, la realizzazione effettiva e il monitoraggio del cambiamento sono un elemento vitale per il processo del SEA. Per verificare la riuscita del SEA, lo staff dovrebbe chiedersi "Qual è la probabilità che l'evento si verifichi nuovamente?".

Fase 6 – ***Lasciare una traccia scritta***

È importante tenere una traccia scritta, dettagliata e in forma anonima di ogni SEA, dato che gli organi esterni avranno bisogno di prove a testimonianza del fatto che il SEA sia stato condotto in modo appropriato per raggiungere standard elevati. Il rapporto SEA è una traccia scritta che mostra quanto efficacemente sia stato analizzato un evento avverso.

Fase 7 – ***Fare un resoconto, condividere e riesaminare***

Nella medicina generale, riferire i fatti quando qualcosa va storto è essenziale. Il personale dovrebbe segnalare formalmente quegli eventi in cui la sicurezza del paziente è stata, o avrebbe potuto essere, compromessa

3 Passo

L'EVENTUALE PIANO DI MIGLIORAMENTO

Piano di Miglioramento

Per ciascuna criticità rilevata, indicare almeno un'azione di miglioramento, descrivendone i contenuti, i risultati attesi, chi è responsabile per l'attuazione e verifica ed i tempi previsti. Le azioni di solito si distinguono in interventi sulle risorse umane (formazione, affiancamento, ecc.) organizzative (procedure di lavoro, turni, distribuzione dei carichi di lavoro ecc.) e tecnologiche (acquisizione nuovi dispositivi o presidi manutenzione, revisione modalità d'uso, ecc.). Se possibile provare a determinare uno o più indicatori per una valutazione quantitativa delle azioni di miglioramento intraprese.

Criticità Nr	Azioni di Miglioramento	Risultati Attesi	Responsabilità	Tempi

ItQSS
Italian Obstetric Surveillance System

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Process Improvement

Grazie!