

**1<sup>a</sup>** giornata Regionale sulle  
**BUONE PRATICHE per la  
SICUREZZA DELLE CURE**

**13**  
giugno  
2016

## LE ATTIVITÀ DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Ottavio Nicastro

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



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

## buono

[buò-no] n.m.

m

f. -a; pl.m. -i, f. -e; compar. *più buono* o *migliore*; superl. *buonissimo* o *ottimo*

**1.** che tende al bene, conforme al bene; onesto, moralmente positivo: *buoni pensieri, sentimenti, principi; opera buona*, azione caritatevole; è *buona norma*, è bene, conviene; è *buona cosa*, è cosa ben fatta

**5.** di qualità, di valore; ben fatto; elegante: *un buon lavoro; un buon voto; una buona recitazione; una buona stoffa; l'abito, il vestito buono*, il più bello che si ha, quello della festa; *il salotto buono*, quello riservato solo alle grandi occasioni

**7.** detto di persona, abile, capace; detto di cosa, utile, efficace, efficiente: *un buon medico; un buon pianista; un buon padre; un buon rimedio; una buona macchina; avere*

## pratica

[prà-ti-ca] n.f.

m

pl. -che

**1.** atto o insieme di atti con cui si realizza una volontà, si attua un principio, si dà luogo a una procedura ecc.: *una pratica comune, insolita; una pratica lecita, illecita;*

**4.** (filos.) l'attività del volere che si manifesta in azioni aventi per fine l'utile o il bene morale

**Etimologia:** ← dal lat. tardo *practicu(m)*, che è dal gr. *praktikós* 'attivo', della stessa radice di *prássein* 'agire'.



Le esigenze della qualità tecnico-professionale del servizio impongono che gli interventi e le singole prestazioni rese dal SSR siano efficaci quanto a risultati finali e sicuri da effetti indesiderati; appropriati rispetto a necessità cliniche e assistenziali del paziente e al livello organizzativo di erogazione; tempestivi rispetto alla storia naturale della malattia e alle possibilità di intervento.

La gestione del rischio è una componente essenziale della funzione di governo clinico

L'atto aziendale dispone la organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio secondo il Programma aziendale di gestione del rischio, adottato dal Direttore generale su proposta del Collegio di direzione e diretto dal Direttore sanitario aziendale, avvalendosi di una funzione in staff alla Direzione generale. Le attività relative al Programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di direzione l'organo di governo e nei Dipartimenti la principale sede operativa e di gestione.

DGR 2108/2009

***Integrazione delle politiche di prevenzione del rischio, di gestione del danno, del contenzioso e delle strategie assicurative***

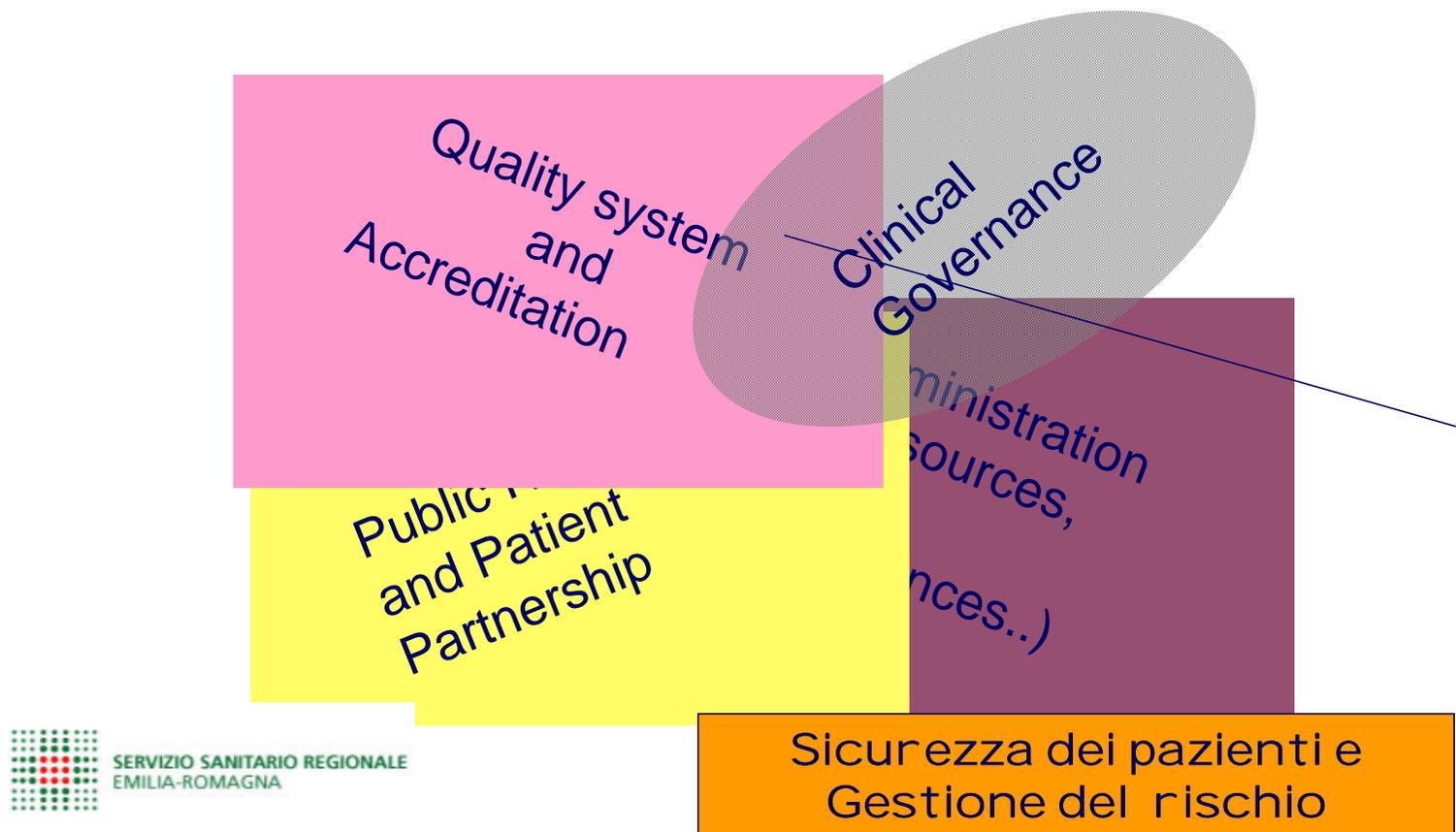
---

**5. Lineamenti di una strategia regionale**

La sicurezza delle cure è un diritto del paziente ed un requisito imprescindibile per una organizzazione sanitaria, essa incide sui risultati in termini economici e di immagine (perdita della fiducia) e anche per i cittadini che fruiscono dei servizi sanitari è il prerequisito di un'assistenza di buona qualità. La gestione del rischio è parte integrante della sicurezza e si esplicita nelle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di eventi avversi e di danni per i pazienti, gli operatori e i visitatori, nonché il rischio di perdite per l'organizzazione sanitaria.

La gestione del rischio è inoltre il modo in cui l'Azienda Sanitaria e, più in generale, il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, si rendono responsabili delle conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore.

## Orizzonte di "sistema" integrato





American College of Medical Quality

*American Journal of Medical Quality*

## **Progress in Patient Safety: A Glass Fuller Than It Seems**

**Peter J. Pronovost, MD, PhD,<sup>1</sup> and Robert M. Wachter, MD<sup>2</sup>**



**Valori e innovazione per il miglioramento  
della qualità e della sostenibilità  
del sistema sociale e sanitario regionale**

## **QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE**

IMPERATIVO ETICO

PRIORITÀ ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA

Concetti centrali e non aggirabili per un Sistema  
Sanitario pubblico, solidaristico e universalistico, che  
voglia mantenere la sua concorrenzialità con forme ad  
esso alternative

**STABILITÀ**

**2016**

**539.** Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

b) rilevazione del rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

## MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.



Ministero della Salute

Questionario **LEA**

### Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. *Checklist* operatoria) e Scheda unica di terapia
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica.

  
*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E SÜDTIROL

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).

Rep. n. 253/CSR DEL 20/12/2012

**DISCIPLINARE PER LA REVISIONE DELLA NORMATIVA  
DELL'ACCREDITAMENTO**

## Obiettivi ai Direttori Generali

LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2015

901/2015

### Sicurezza delle cure

Nell'ambito dei complessivi interventi di promozione della sicurezza delle cure occorrerà applicare a livello delle singole aziende le **raccomandazioni per la sicurezza** delle cure, aderendo al monitoraggio regionale specifico.

Andrà garantita l'applicazione delle indicazioni regionali in merito alla predisposizione di un **piano per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie** (nota del Servizio Presidi Ospedalieri PG/2014/0466526 del 3\12\2014); **la tempestiva segnalazione degli eventi sentinella** in accordo al Protocollo del Ministero della Salute, comprese le fasi di elaborazione, applicazione e documentazione delle relative azioni di miglioramento; l'utilizzo dello strumento della **checklist di Sala Operatoria** in tutte le Sale Operatorie e in tutte le unità operative che effettuano attività chirurgica assume carattere obbligatorio. Occorrerà assicurare una corretta e tempestiva gestione dei sinistri, aderendo alle fasi di sviluppo previste dal programma regionale e procedendo ad una **armonizzazione delle funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri**,

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r\_emiro)  
Giunta (AOO\_EMR)  
PG/2016/0090842 del 12/02/2016

Oggetto: comunicazioni relative alla segnalazione degli eventi sentinella – monitoraggio SIMES

Il Referente Aziendale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio provvederà quindi, non appena ottenuti gli elementi di conoscenza indispensabili per la sua compilazione e comunque entro 5 giorni dall'acquisizione della notizia dell'accadimento, all'invio della **scheda A SIMES** ai seguenti indirizzi email:

Agli stessi indirizzi email, entro 45 giorni dall'accadimento dell'evento, dovrà essere trasmessa la Scheda B SIMES contenente l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il piano d'azione – che riporta gli interventi di miglioramento individuati.

Nel tempo intercorrente dalla prima segnalazione dell'evento alla trasmissione della **scheda B** la Direzione Aziendale si impegnerà comunque a garantire l'aggiornamento delle informazioni e, nel caso venga richiesto o lo ritenga appropriato, ad inviare alla DGSPSI ogni eventuale successiva comunicazione tramite relazioni che illustrino la comprensione dell'accaduto e le criticità evidenziate.

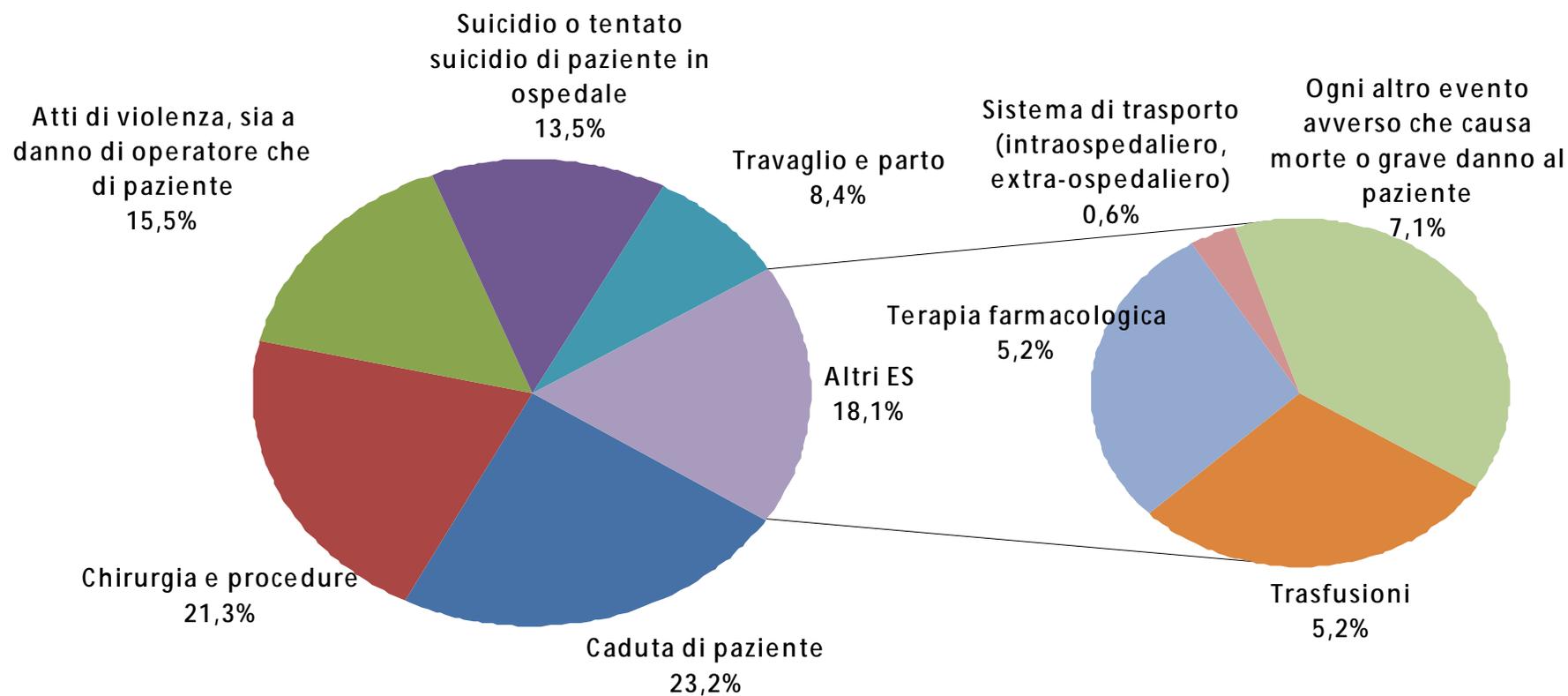
## **MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA - SIMES**

### **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Sintesi 2010 - 2015**

*Gennaio 2016*

## Gli ambiti assistenziali 2010 - 2015



DETERMINAZIONE n° 17868 del 15/12/2015

**DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI E PER  
L'INTEGRAZIONE  
IL DIRETTORE**

DPG/2015/18405 del 30/11/2015

**COSTITUZIONE GRUPPO REGIONALE "GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO-  
ANALISI DEGLI EVENTI SENTINELLA".**

DETERMINA

di costituire, per le ragioni espresse in premessa, il Gruppo di Lavoro Regionale "GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - ANALISI DEGLI EVENTI SENTINELLA" con il compito di provvedere all'analisi delle informazioni contenute nella documentazione relativa al flusso ministeriale SIMES al fine di valutare la necessità di ulteriori approfondimenti e di predisporre eventuali **proposte di miglioramento** relative alla specifica situazione locale o riferite all'intero sistema Regione

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r\_emiro )  
Giunta (AOO\_EMR )  
PG/2016/0106553 del 18/02/2016

Oggetto: Comunicazione dei criteri per la definizione dell'evento sentinella "caduta di paziente" ai fini della segnalazione alla Regione e al Ministero della Salute – Flusso SIMES

Si invitano pertanto le Aziende a segnalare come Evento Sentinella, ai fini del flusso SIMES, le cadute che abbiano determinato:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente \*
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta
- Rianimazione cardio-respiratoria

*\*Per la definizione di trauma maggiore la letteratura suggerisce tra gli altri il "Injury Severity Score (ISS)". Questo indicatore, adottabile a discrezione delle Aziende anche in considerazione delle risorse e delle competenze specifiche, viene calcolato valutando la presenza di lesioni in 9 regioni corporee (testa, collo, faccia, torace, addome, bacino organi, bacino scheletro, estremità, superficie esterna) ed assegnando a ciascuna lesione un punteggio in funzione della sua gravità (AIS – Abbreviated Injury Scale). L'AIS prevede l'assegnazione ad ogni lesione di un punteggio variabile da 0 a 6, così suddiviso:*

- 1 minor*
- 2 moderate*
- 3 serious*
- 4 severe*
- 5 critical*
- 6 unsurvivable*

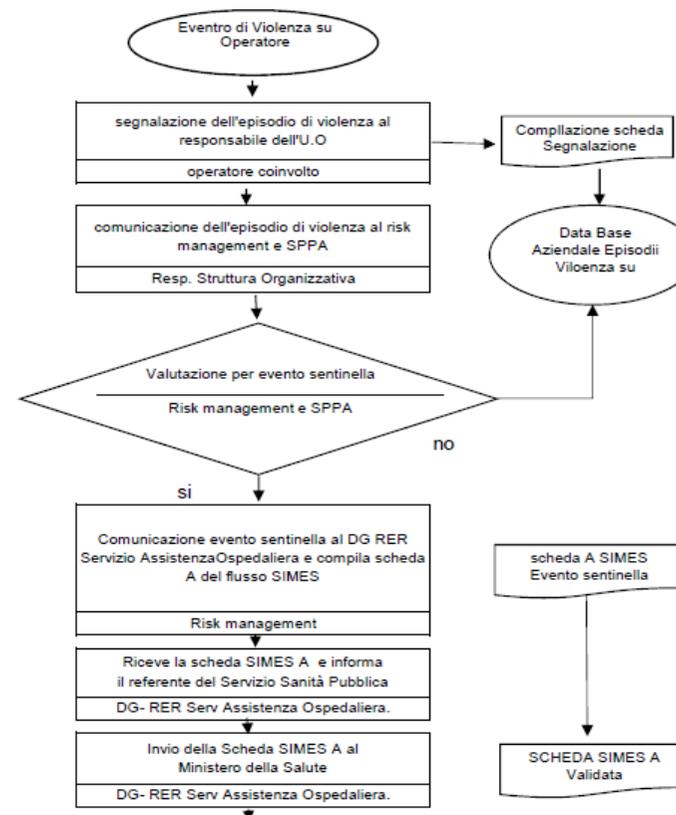
*Si procede a calcolare l'indice sommando il quadrato del punteggio ottenuto dalle 3 aree maggiormente colpite (identificazione della 3 lesioni più significative rispetto alle 9 regioni corporee considerate). L'indice può assumere valori compresi fra 0 e 75. Si intende come maggiore un trauma con un punteggio > 15. Nei casi in cui sia presente una lesione mortale (AIS=6) viene automaticamente assegnato un ISS pari a 75.*

REGIONE EMILIA-ROMAGNA ( r\_emiro )  
 Giunta ( AOO\_EMR )  
 allegato al PG/2016/0383059 del 24/05/2016

**Istruzione operativa per segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario e degli eventi sentinella "atto di violenza a danno degli operatori" (flusso SIMES)**

**1.Oggetto**

La presente istruzione operativa descrive le modalità di segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario.



REGIONE EMILIA-ROMAGNA ( r\_emiro )  
Giunta ( AOO\_EMR )  
PG/2016/0152912 del 04/03/2016

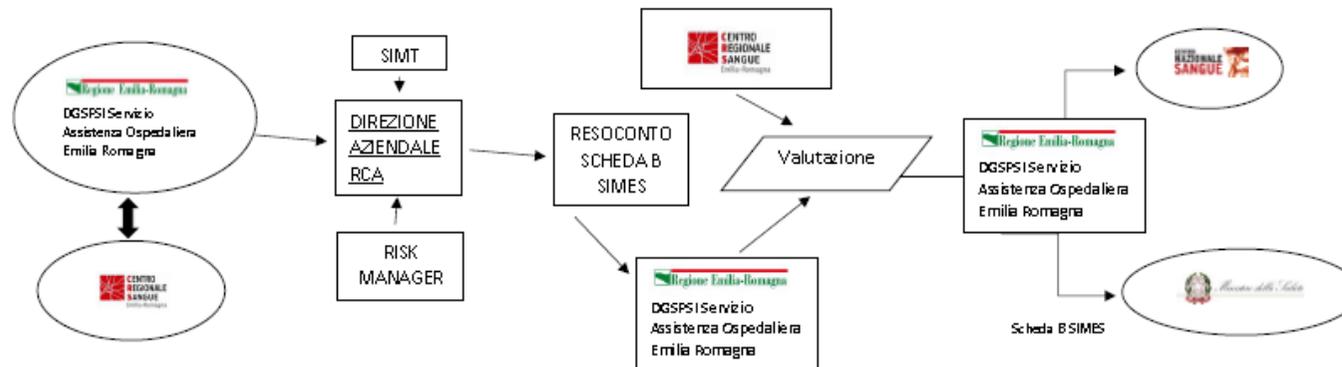
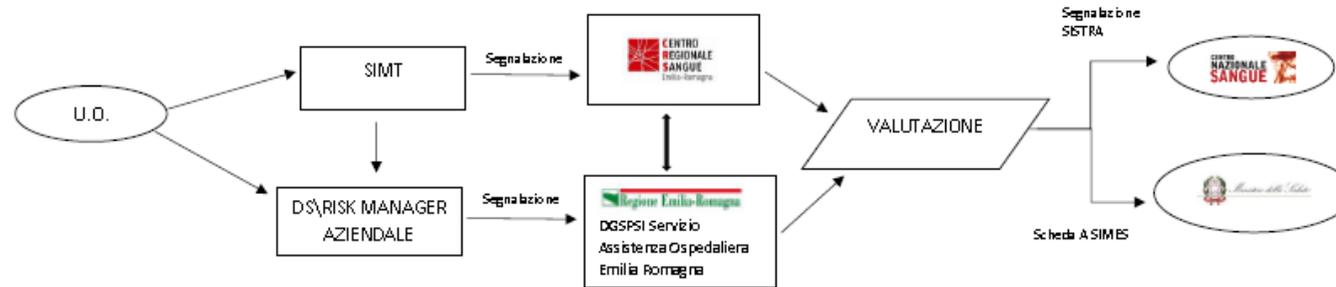
Oggetto: Istruzione operativa per segnalazione e gestione dell'evento sentinella "Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO" - Flusso SIMES e SISTRA

### **1.Oggetto**

La presente istruzione operativa descrive le modalità di segnalazione e gestione degli eventi sentinella "reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO":

Reazione trasfusionale causata da incompatibilità ABO. Sono incluse tutte le reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, a prescindere dal livello di gravità del danno. Sono oggetto di segnalazione anche i casi in cui potrebbe non verificarsi una "reazione" (ad esempio se si verifica trasfusione errata tra due soggetti di stesso gruppo O oppure di un soggetto di gruppo O ad un soggetto di gruppo A) e che sono comunque riconducibili ad errori nella gestione delle diverse fasi del processo trasfusionale.

## GESTIONE EVENTI SENTINELLA RELAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITA' ABO



**LINEE DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA  
PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO  
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

*Marzo 2016*

**IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL SISTEMA SICUREZZA NELLE  
ORGANIZZAZIONI SANITARIE**

## I PRINCIPALI "CAPITOLI"

**DESCRIVERE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE**

**ESPLICITARE GLI ELEMENTI DI CONTESTO**

**CONOSCERE E MONITORARE IL LIVELLO DI SICUREZZA AZIENDALE: STUDIARE I PERICOLI E  
MISURARE I RISCHI**

**PIANIFICARE E PROGRAMMARE LE ATTIVITA'**

**VALUTARE, VERIFICARE, RESTITUIRE**

## CONOSCERE E MONITORARE IL LIVELLO DI SICUREZZA AZIENDALE: STUDIARE I PERICOLI E MISURARE I RISCHI

Le fonti informative essenziali che devono essere sempre prese in considerazione sono le seguenti:

- Segnalazioni Incident Reporting
- Segnalazioni – Eventi Sentinella (SIMES)
- Sistema di segnalazione delle morti materne e near miss ostetrici
- Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio- Data Base Regionale URP
- Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza – Agenas
- Indicatori di rischio clinico (Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione, Mortalità intraospedalie nei dimessi con Drg a bassa mortalità, Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica)
- Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali – SISEPS

- Checklist di sala operatoria (Data Base SOSnet)
- Infezioni correlate all'assistenza (Sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella, Infezioni del sito chirurgico – SiChER; sistema di sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE); Rilevazione indicatori di performance relativi a controllo del rischio infettivo; ecc.)
- Sinistri – Data Base Regionale
- Farmacovigilanza
- Dispositivovigilanza
- Cadute
- Lesioni da compressione
- Contenzioni
- Eventi correlati all'uso del sangue - Emovigilanza (SISTRA)
- Infortuni operatori

Potranno poi essere utilizzate le informazioni derivanti da Audit, Analisi di singoli incidenti, Analisi di processo (FMEA/FMECA), Visite per la Sicurezza (Progetto Regionale VISITARE), Analisi di cartelle Cliniche, ecc.

In questo ambito si potrà inoltre tenere conto di misurazioni della cultura della sicurezza e di clima organizzativo.



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Ministero della Salute*

## **“Sicurezza dei pazienti: il linkage tra i sistemi informativi, una via possibile?”**

Presentazione dei risultati del progetto di Ricerca Corrente 2013 “Supporto alle Regioni nello sviluppo e/o nel miglioramento del sistema di governance regionale del rischio clinico - LINKAGE”

Progetto finanziato dal Ministero della Salute

**16 giugno 2016**

**Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali**

**SALA AUDITORIUM, Via Piemonte 60 - Roma**



## VALUTARE, VERIFICARE, RESTITUIRE

Per le organizzazioni risulta di fondamentale importanza che queste siano in grado di valutare, verificare e "restituire", realizzando adeguata **reportistica** sui problemi emersi, sulle iniziative adottate, le azioni di miglioramento effettuate e sui risultati raggiunti, correlati alla misurabilità degli obiettivi prefissati.

Il **report di rendicontazione annuale** costituisce parte integrante del Piano-Programma. Il report può essere rappresentato o riportare i contenuti anche di altri documenti di rendicontazione istituzionale (ad esempio, Bilancio di Missione) purché quanto dichiarato sia coerente con gli obiettivi e le azioni previsti dal

## Measurement as discipline

- Organisations and individuals orient themselves to what is measured
- Hard governance: rewards and penalties tied to performance
- Soft governance: people internalise what it means to be “good” as defined by the measures
- Status regimes are created: elites and losers

## Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

"per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti"

"Le Raccomandazioni vengono condivise dal Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle cure"

"Ai fini del monitoraggio Nazionale saranno presi in considerazione tutti i dati censiti e validati dal Responsabile Regionale entro e non oltre la data del 31/12 dell'anno del monitoraggio"

Il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, provvede alla stesura e alla diffusione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

Le Regioni e Province Autonome diffondono le Raccomandazioni e ne stabiliscono l'implementazione. Le strutture sanitarie recepiscono ed applicano le Raccomandazioni

Le Regioni e Province Autonome monitorano lo stato di implementazione delle Raccomandazioni. Con lo stesso strumento Agenas realizza un monitoraggio annuale

DIREZIONE GENERALE

CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE

KYRIAKOULA PETROPULACOS

TIPO ANNO NUMERO  
REG. PG 12/16 1-259886  
DEL 12/04/2016

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

Ai Referenti aziendali per la Gestione del Rischio

LORO INDIRIZZI E-mail

Oggetto: **ADEMPIMENTI LEA - Monitoraggio AGENAS 2016 delle Raccomandazioni sulla prevenzione degli Eventi sentinella.**

# Osservatorio Buone Pratiche

Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente

 **Regione Emilia-Romagna**  
SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA  
IL RESPONSABILE  
**MARIA TERESA MONTELLA**

DIREZIONE GENERALE  
SANITÀ E POLITICHE SOCIALI E PER L'INTEGRAZIONE

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	/
DEL.	/	/	/

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

Aziende Sanitarie Regionali

All' IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli-  
IOR

All'Istituto Scientifico Romagnolo per lo  
Studio e la Cura dei Tumori – IRST

Ai Direttori Sanitari delle Case di  
Cura Private Accreditate

e.p.c. Referenti aziendali per la sicurezza delle  
cure e la gestione del rischio –  
Aziende Sanitarie Regionali

## Call for Good Practices 2015

In continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, l'Osservatorio Buone Pratiche intende garantire il collegamento con le attività in corso di realizzazione a livello internazionale, favorendo la conoscenza delle pratiche per la sicurezza dei pazienti fondate su forti evidenze scientifiche e promuovendone l'implementazione a livello nazionale. In linea con la Risoluzione del Parlamento Europeo del 19 maggio 2015 (disponibile nella sezione "Per saperne di più") su un'assistenza sanitaria più sicura in Europa, l'Osservatorio intende promuovere la piena attuazione della Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea (2009) con particolare riferimento alla continuità del percorso di assistenza del paziente (soprattutto all'atto del passaggio tra l'ospedale e il settore delle cure primarie) e all'applicazione delle buone pratiche in materia di igiene per limitare la diffusione di Infezioni Associate all'Assistenza (IAA).

A tal fine, nella Call 2015, verrà attribuita particolare rilevanza alle esperienze di applicazione delle tre seguenti pratiche per la sicurezza:

- Check list (OMS) per la sicurezza in chirurgia;
- Riconciliazione farmacologia;
- Interventi multimodali per l'igiene delle mani

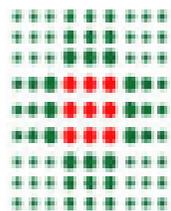
Ampio rilievo verrà, inoltre, attribuito nella Call 2015 alle esperienze di miglioramento della sicurezza del paziente realizzate nell'ambito dell'assistenza primaria. Ciò anche ai fini di possibili scambi di conoscenze ed esperienze con altri Paesi europei che hanno avviato specifici programmi di miglioramento della sicurezza delle cure primarie.

La compilazione della scheda di rilevazione delle buone pratiche sarà abilitata dal 22 giugno al 6 novembre 2015 e la validazione regionale fino al 15 novembre 2015.

[Accedi »](#)

**Oggetto: "Call for good practice" Agenas - 2015**

## Buone Pratiche RER 2008 – 2015 n.127



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

### PARTECIPAZIONE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

n.17 Aziende Sanitarie

n.4 Case di Cura Private

## Buone Pratiche correlate alle Raccomandazioni Ministeriali

Raccomandazioni	n. Buone pratiche
Prevenzione della morte o grave danno per caduta di paziente	7
Raccomandazioni relative alla sicurezza in chirurgia	15
Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici / apparecchi elettromedicali	7
Corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura	2
Raccomandazioni relative alla sicurezza farmacologica	32
Prevenzione della Reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	3
Prevenzione del suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	2
Prevenzione degli atti di violenza a danno di operatori sanitari	1

## RAPPRESENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE PER MACROCATEGORIE

### Correlate alle Raccomandazioni n.69

#### Progetti Regionali (n. 4)

SOS NET (Rete delle Sale Operatorie Sicure)

VI.SI.T.A.RE (Visite per la Sicurezza n.2)

PRISK (gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari)

#### Ambiti specialistici

Prevenzione e controllo del Rischio Infettivo (n.12)

Diagnostica Immagini e Laboratorio (n.8)

Prevenzione e controllo delle Lesioni da pressione (n.1)

Cittadini / Mediazione (n.3)

Contenzione (n.2)

Allontanamento di paziente (n.1)

SBAR – continuità assistenziale (n.1)

Radioprotezione (n.1)

#### Uso di Metodi e strumenti

Analisi proattiva e reattiva dei rischi - RCA, Incident Reporting  
- SEA, FMEA - (n.13)

Mappatura dei rischi, Interventi Integrati (n.7)

Percorsi organizzativi (n.5)

 **Buone Pratiche** casi in cui, dalla documentazione inviata all'Osservatorio, si evince che trattasi di esperienze concluse, che ottemperano a tutti i criteri della call. In particolare, esperienze in cui la valutazione è rappresentata in termini quantitativi oppure qualitativi, ma sufficientemente dettagliati da consentire una adeguata comprensione dei risultati e dei processi che ne hanno permesso la valutazione

 **Buone Pratiche Potenziali** esperienze che, dall'analisi della relativa documentazione, risultano ancora in corso o parzialmente rispondenti agli altri requisiti della call, principalmente per quel che attiene alla valutazione dei risultati

 **Iniziative** interventi la cui documentazione risulta caratterizzata da essenzialità e tale da consentire una parziale comprensione dello stato d'avanzamento del progetto e dei risultati conseguiti

 **Pratica Sicura** pratica che ha dimostrato la propria efficacia in termini di miglioramento della sicurezza. Il miglioramento deve essere dimostrato attraverso il confronto tra la misurazione baseline effettuata prima dell'implementazione e la valutazione successiva alla implementazione. La valutazione comparativa può essere sia quantitativa che qualitativa

 **Pratica Potenzialmente Sicura** pratica per la quale è stata effettuata una misurazione baseline ma i suoi effetti, in termini di miglioramento della sicurezza, non sono ancora stati valutati

 **Pratica di Efficacia Non Provata** pratica che è stata implementata e valutata ma la valutazione comparativa tra il prima e il dopo non ha evidenziato miglioramenti

 **Pratica Non Implementata** la pratica non è stata ancora implementata; si tratta, ad esempio, di iniziative o idee in fase di sviluppo

 **Pratica Non Valutata** la pratica viene così classificata se è stata implementata, ma non è stata effettuata una misurazione baseline

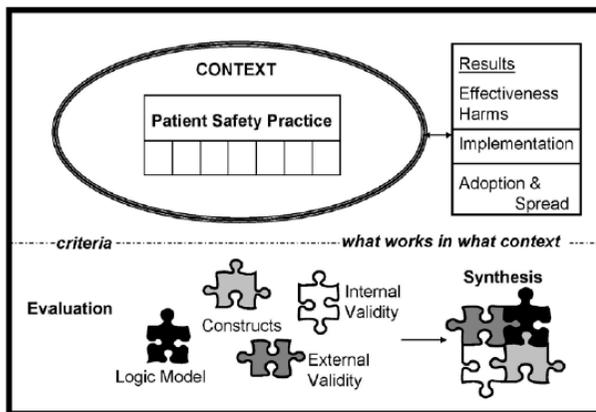
# LE BUONE PRATICHE

Assessing the Evidence for Context-Sensitive  
 Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices:  
 Developing Criteria

TRA



E



AHRQ Publication No. 11-0006-EF  
 December 2010

## Tell me about the context, and more

---

David P Stevens,<sup>1</sup> Kaveh G Shojania<sup>2,3</sup>

*BMJ Qual Saf* 2011 20: 557-559

context as ‘everything that is not the intervention itself’ is probably insufficient. A more useful definition calls for an enquiry into the complex nature of ‘local care settings—their processes, habits, and traditions’.<sup>14</sup>

### Original research

## How does context affect interventions to improve patient safety? An assessment of evidence from studies of five patient safety practices and proposals for research

---

John C Øvretveit,<sup>1</sup> Paul G Shekelle,<sup>2,3</sup> Sydney M Dy,<sup>4</sup> Kathryn M McDonald,<sup>5</sup> Susanne Hempel,<sup>6</sup> Peter Pronovost,<sup>7,8</sup> Lisa Rubenstein,<sup>9</sup> Stephanie L Taylor,<sup>6</sup> Robbie Foy,<sup>10</sup> Robert M Wachter<sup>11</sup>

*BMJ Qual Saf* 2011 20: 604-610

**BMJ Quality  
& Safety**



**Free from Harm**  
Accelerating Patient Safety Improvement  
Fifteen Years after *To Err Is Human*

VIEWPOINT

**Tejal K. Gandhi, MD, MPH**  
National Patient Safety  
Foundation, Boston,  
Massachusetts.

**Donald M. Berwick, MD, MPP**  
Institute for Healthcare  
Improvement,  
Department of Health  
Care Policy, Harvard  
Medical School,  
Boston, Massachusetts.

**Kaveh G. Shojania, MD**  
Centre for Quality  
Improvement and  
Patient Safety,  
University of Toronto,  
Toronto, Canada.

JAMA May 3, 2016 Volume 315, Number 17

# Patient Safety at the Crossroads

Box. Eight Recommendations for Total Systems Safety  
in Health Care

1. Ensure that leaders establish and sustain a safety culture
2. Create centralized and coordinated oversight of patient safety
3. Create a common set of safety metrics that reflect meaningful outcomes
4. Increase funding for research in patient safety and implementation science
5. Address safety across the entire care continuum
6. Support the health care workforce
7. Partner with patients and families for the safest care
8. Ensure that technology is safe and optimized to improve patient safety

Report of an Expert Panel Convened by  
The National Patient Safety Foundation

## Leaders of Health Care Organizations

## DALLA PRATICA ALLA PRASSI

### pratica

[prà-ti-ca] n.f.

2. consuetudine che nasce dall'operare, dall'agire sempre allo stesso modo; prassi: è *pratica fare così; una prestazione conforme alla pratica corrente*

3. conoscenza di qualcosa o abilità nel fare qualcosa che derivano dall'esperienza e dall'esercizio: *non ho pratica di questa città; ha una lunga pratica del misticismo sufico;*

### prassi

[pràs-si] n.f. invar.

1. procedura abituale, consueta, specialmente di uffici e organi amministrativi: *seguire la prassi*

Gracie

