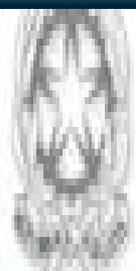


**Governo Clinico e la gestione del
rischio clinico in ambiente
sanitario:
Strategie e iniziative**



Ministero della Salute



La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Piano Sanitario Nazionale (2006-2008)

3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale;



Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

www.ministerosalute.it

Cap. 4.4 La promozione del Governo clinico e la qualità nel Servizio Sanitario Nazionale

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

Pertanto, il miglioramento della qualità richiede un **approccio di sistema** in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione: la logica sottostante a tale nuovo concetto è quello della programmazione, gestione e valutazione del "sistema" in forma mirata all'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione.



Piano sanitario nazionale 2006-2008

Interesse alla sicurezza (1)

Per fornire alla popolazione cure di qualità, appropriate e sicure (da errori umani e danni di sistema), le organizzazioni sanitarie hanno il dovere di:

- conoscere la portata del fenomeno nella propria realtà**
- Favorire la segnalazione degli eventi avversi e prestare attenzione ai reclami e al punto di vista dei pazienti.**
- approccio pro-attivo, multi-disciplinare, di sistema**
- attività di formazione.**



(Sicurezza delle cure)

1. Le Regioni e Province autonome assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del SSN, di un **sistema per la gestione del rischio clinico** per la sicurezza dei pazienti, incluso il **rischio di infezioni**, prevedendo, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali, l'organizzazione in ogni Azienda sanitaria di una **funzione aziendale permanentemente** dedicata a tale scopo. I singoli eventi del rischio clinico e i dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima.

economicità

equità

soddisfazione

continuità

competenza

accessibilità

appropriatezza

sicurezza

clinical governance

albero della qualità

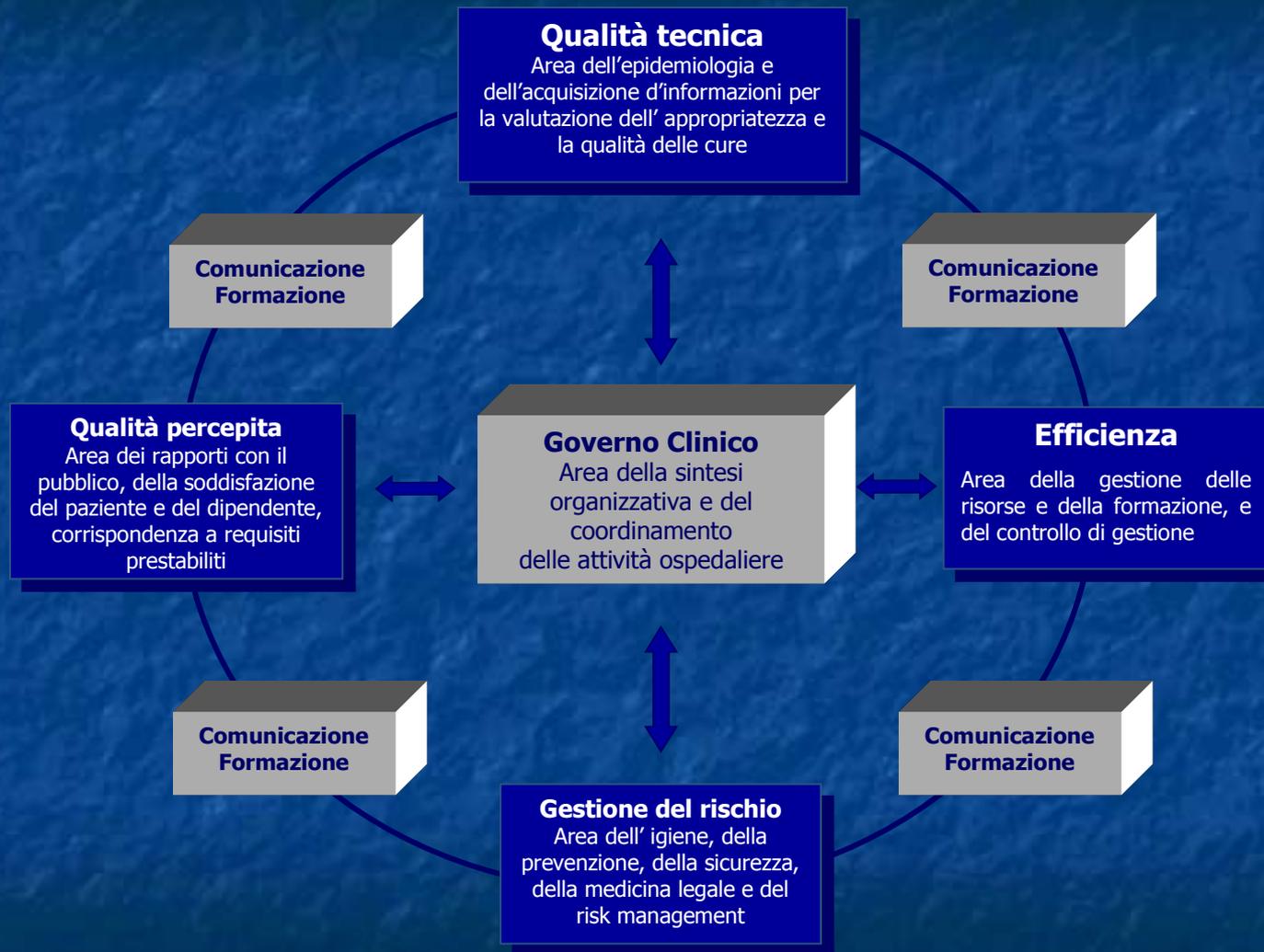
qualità percepita

qualità tecnica

efficienza

gestione del rischio

Aree di intervento del governo clinico





Ministero della Salute

I 15 mattoni (mettere ordine nei fondamenti del SSN)

1. Classificazione delle strutture
2. Classificazione delle Prestazioni ambulatoriali
3. Evoluzione del sistema DRG nazionale
4. Ospedali di riferimento
5. Standard minimi di quantità di prestazioni
6. Tempi di attesa
7. Misura dell'appropriatezza
8. Misura dell'outcome
9. Realizzazione del Patient File
10. Prestazioni farmaceutiche
11. Pronto soccorso e 118
12. Prestazioni residenziali e semiresidenziali
13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
14. Misura dei costi del SSN
15. Assistenza sanitaria collettiva



Nuova tendenza

- diversa distribuzione delle risorse
- riorganizzazione dei servizi socio-sanitari

Visione olistica della persona

In questo senso l'assistenza diventa

- continuativa nel tempo
- incentrata sul concetto di riabilitazione e di recupero (almeno parziale) delle funzioni perdute
- orientata alla prevenzione del decadimento psico-fisico
- 'integrata' e coordinata nell'ambito di un sistema di

SERVIZI A RETE

La Rete della continuità ospedale – territorio

L'integrazione di attività
complesse verso la presa in
carico globale della persona

Ospedale

Distretto

Medicina Generale

Medicina Specialistica

Nurse/team non professionali

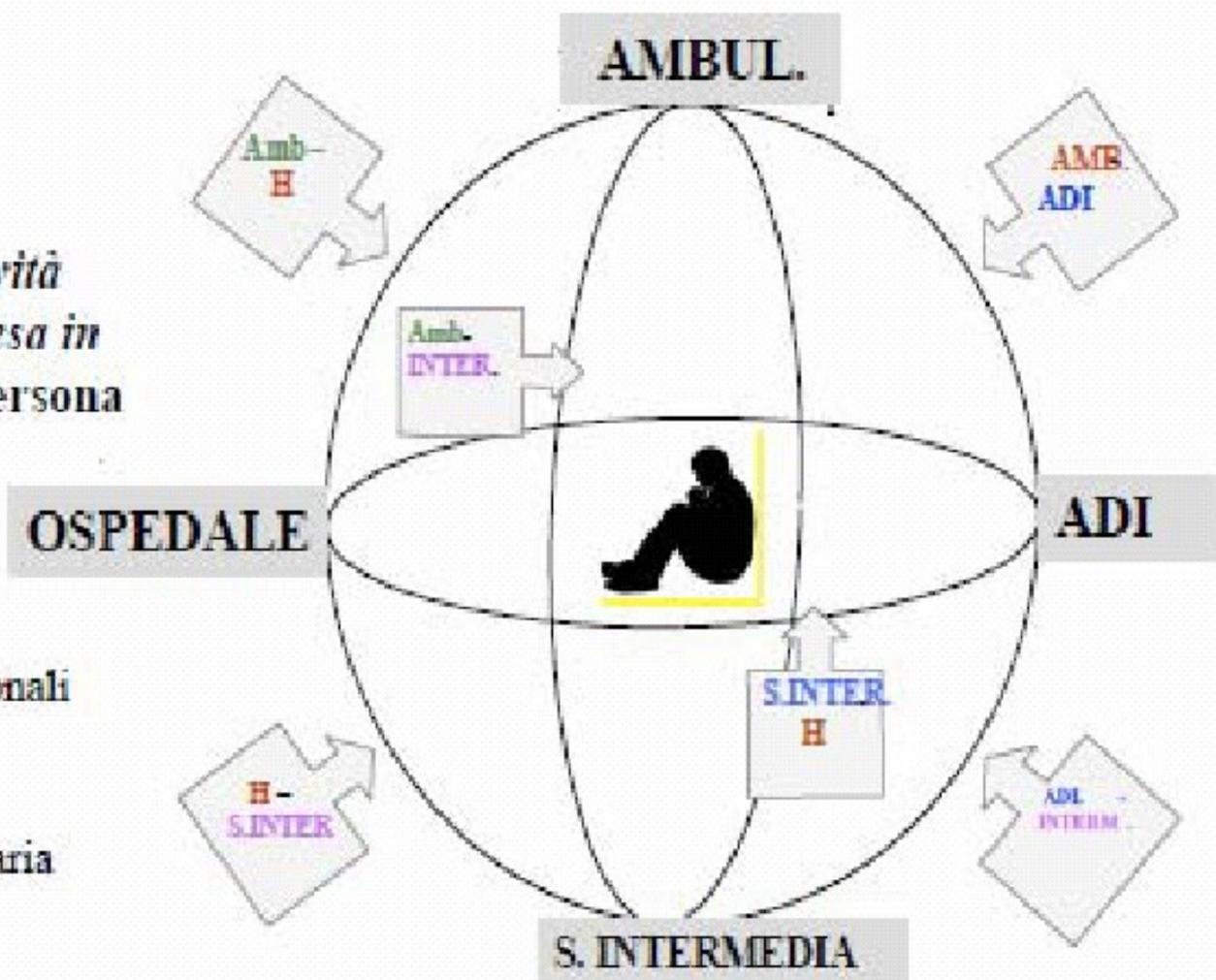
Paziente/Famiglia

ADI/Cure Intermedie

Integrazione Socio-Sanitaria

Habitat

Volontariato



La continuità delle cure

Non va semplicemente ricercata nel rapporto ospedale - territorio, ma (purtroppo e molto spesso)

anche
all'interno
delle reti dei
servizi
Ospedalieri,
tra le diverse
U.O. di base e
tra queste ed i
livelli
specialistici



Clinical Governance

Il *governo clinico* è un “esercizio” continuo

... della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati

... di salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione

... di adozione di sistemi che garantiscano qualità e tendano all'eccellenza

Clinical Governance

Perché si realizzi, è necessario adottare

- ↪ **una esplicita Mission** aziendale
- ↪ **chiare linee di responsabilità** per la qualità complessiva delle cure cliniche
- ↪ **programmi** di miglioramento della qualità

Clinical Governance

Perché si realizzi, è necessario adottare

⇒ **piani** di formazione e addestramento

⇒ **politiche** per la gestione dei rischi

⇒ **procedure** per tutti i gruppi professionali al fine di identificare e porre rimedio ai “fallimenti” assistenziali

Clinical Governance

Caratteristiche

- condivisione multidisciplinare
- responsabilizzazione
- imparare dall'esperienza propria e degli altri

Clinical Governance

Obiettivi

- Condivisione degli obiettivi istituzionali
- Allineamento tra obiettivi istituzionali e obiettivi della pratica clinica
- Allineamento tra obiettivi aziendali e dei professionisti
- Miglior orientamento all'innovazione
- Miglioramento continuo dell'assistenza

Clinical Governance

- Un continuo miglioramento delle cure e dei servizi al paziente
- Un approccio orientato al paziente, e non solo per gli aspetti di qualità “percepita” ma anche per gli aspetti tecnici
- Una attenzione alla qualità tecnica (conoscenze, buona pratica clinica, supervisione)
- Riduzione del rischio clinico e degli eventi avversi (imparare dagli errori e condividere l’insegnamento)

Clinical Governance

I metodi e gli strumenti del governo clinico

Un governo di qualità della produzione clinica richiede che:

- ✓ siano posti in atto processi di miglioramento della qualità quali, in particolare, l'**audit clinico**
- ✓ si ricorra ad una pratica clinica basata sull'evidenza (**EBM**)
- ✓ sia assicurata una infrastruttura per supportarla
- ✓ vi sia una sistematica diffusione, all'interno dell'organizzazione, delle buone pratiche cliniche (**linee guida**)
- ✓ siano posti in atto programmi di gestione e riduzione del **rischio clinico**

Obiettivi di un programma di clinical risk management:

- ✓ **Ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili;**
- ✓ **Minimizzare il danno causato dall'evento avverso;**
- ✓ **Diminuire la probabilità che siano intraprese azioni legali da parte dei pazienti;**
- ✓ **Contenere le conseguenze economiche delle azioni legali.**

(Vincent,

Cosa ci si aspetta da un programma di
clinical risk management:

**Un'attenzione molto forte alle
problematiche della sicurezza dei
pazienti.**

Epidemiologia degli eventi

Errore

L'errore in Medicina è il fallimento nel raggiungere il risultato desiderato (che non può essere attribuito al caso): può essere manifesto o latente



Rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità per un paziente di subire un danno come conseguenza di un errore medico



Evento avverso

L'evento avverso (danno alla salute) è una lesione o morbosità procurata da un atto medico sia con una azione sia con una omissione

Evento avverso

Danno o disagio imputabile, anche se involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del tempo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte

(Kohn, 1999)

Rischio clinico

“La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso”

.....frutto di un errore

Alcune categorie di errore

ERRORE NELL'USO DEI FARMACI	Errore di prescrizione, preparazione, trascrizione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio
ERRORE CHIRURGICO	Corpi estranei in cavità; intervento su parte o lato sbagliato; esecuzione chirurgica impropria; chirurgia non necessaria
ERRORE NELL'USO DELLE APPARECCHIATURE	Malfunzionamento per problemi di fabbricazione; malfunzionamento dovuto all'operatore; uso in condizioni non appropriate; manutenzione inadeguata; istruzioni inadeguate; pulizia non corretta
ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE	Non eseguiti; programmati ma non eseguiti; eseguiti in modo inadeguato o scorretto; eseguiti su paziente sbagliato; non appropriati
ERRORI NELLA TEMPISTICA	Ritardo nel trattamento farmacologico; ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico; ritardo nella diagnosi; altri ritardi



Evento sentinella

Definizione: L'evento sentinella è un evento inatteso che comporta la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse

E' un indicatore sanitario la cui soglia di allarme è uno. E' sufficiente che il fenomeno si verifichi una sola volta perché si renda necessaria una indagine.

Ambito □ Definire il processo per identificare e riportare alle autorità sanitarie gli eventi sentinella

Obiettivo □ Fornire alle aziende sanitarie una modalità di sorveglianza e gestione degli eventi sentinella sul territorio nazionale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza e sicurezza.

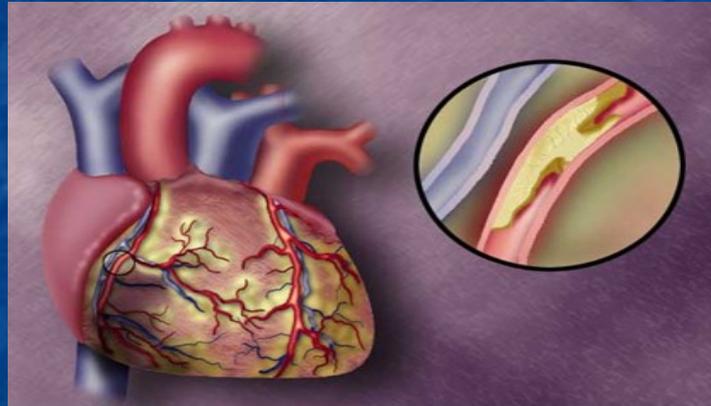


- 1. Procedura chirurgica in paziente sbagliato**
- 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)**
- 3. Suicidio in paziente ricoverato**
- 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure**
- 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0**



- 6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci**
- 7. Morte materna correlata al travaglio e/o parto**
- 8. Violenza o maltrattamento su paziente**
- 9. Morte in neonato sano di peso >2500 gr. entro 48 ore dalla nascita**
- 10. Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario**

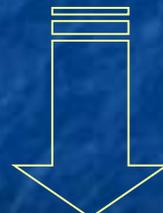
Strumenti del Risk Management ed organizzazione



1. Efficacia gestionale
2. Audit organizzativo
3. Gestione del rischio organizzativo
4. Formazione
5. Concertazione

1. Efficacia gestionale

Misurata sull' applicazione di linee guida, su protocolli basati sull' evidenza di efficacia, validati, sperimentati e verificati nello scenario organizzativo, gestionale e normativo



protocolli di accesso al DH, DS, procedure di esami diagnostici specifici, livelli di responsabilità per la sanificazione ambientale, linee guida di antibiotico profilassi per il sito chirurgico,

2. Audit organizzativo

Su casi singoli e su settori di attività



**Isolamento pazienti, attività di anesthesiologia e
carichi di lavoro, gestione sale operatorie,
percorsi interni UU.OO.....**

3. Gestione del rischio organizzativo

**identificazione di eventi avversi,
misure preventive e correttive**



- 1. incident reporting su: gestione emoderivati, fasi preparatorie di intervento chirurgico ...**
- 2. root cause analysis su: decesso intraospedaliero per**
- 3. database di: IR, RCA, Attività di UU.OO.**

4. Formazione

addestramento al saper fare

mediante



Uffici/Servizi per la
Formazione e
l'Aggiornamento
Professionale



Alla produzione di



Secondo i criteri di



Evidenza aziendale

Piani formativi/operativi annuali

Sulla gestione del Rischio Clinico,
per la realizzazione di specifici
percorsi di addestramento

Nell'ambito delle attività avviate dal Ministero della Salute in tema di Qualità dei servizi sanitari, sono state istituite presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei LEA e dei Principi etici di sistema:

- **la Commissione Tecnica** sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003)
- **il Gruppo di Lavoro** per il Rischio Clinico (D.D. 14 maggio 2005)
- **Il Gruppo di lavoro per la sicurezza** del paziente (D.D. 20 febbraio 2006)

- **Il Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti** ha continuato l'attività svolta dai precedenti Gruppi con la finalità di studiare le seguenti 4 aree ritenute prioritarie nell'analisi della problematica:
 - monitoraggio di eventi avversi in particolar modo degli eventi sentinella;
 - elaborazione di raccomandazioni;
 - analisi degli eventi avversi e implementazione di politiche di formazione;
 - coinvolgimento dei pazienti;
 - aspetti giuridici e medico legali.

Il “sistema sicurezza del paziente” in un’Azienda sanitaria v` articolato per ambiti specifici prevedendo differenti livelli di attivit` e conseguente contributo operativo:

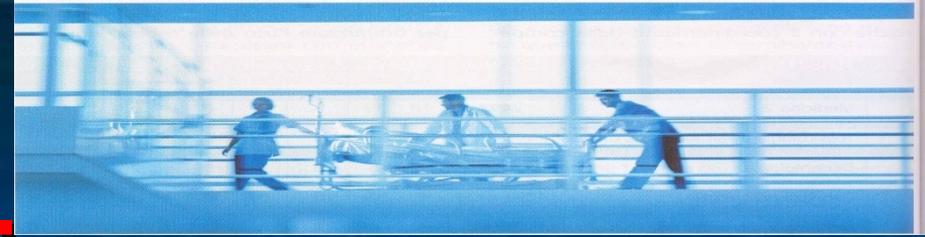
1. *livello centrale*, Direzione Sanitaria Aziendale

2. *livello periferico* costituito dalle direzioni operative: direzioni mediche ospedaliere, servizi infermieristici, direzioni dipartimentali/u.u.o.o., servizi di amministrazione

3. *livello operativo*, costituito dalle unit` operative ospedaliere e distrettuali in “**line**” dedicate alla assistenza diretta dei pazienti;

4. *livello amministrativo e medico legale*, i servizi amministrativi e dal servizio di medicina legale.

Ruolo della DSA: assicurare



**la centralità del
paziente e la
sicurezza dello
stesso e degli
operatori.**



Ruolo della direzione sanitaria aziendale nella gestione del rischio clinico

- Comitato centrale gestione rischio clinico



- Unità di gestione del rischio (UGR)



Ruolo della direzione sanitaria aziendale nella gestione del rischio clinico

Emerge sempre più l'aspetto olistico del
fattore rischio considerato in tutti i suoi
aspetti:

ambientali

professionali

strutturali

clinici

organizzativi

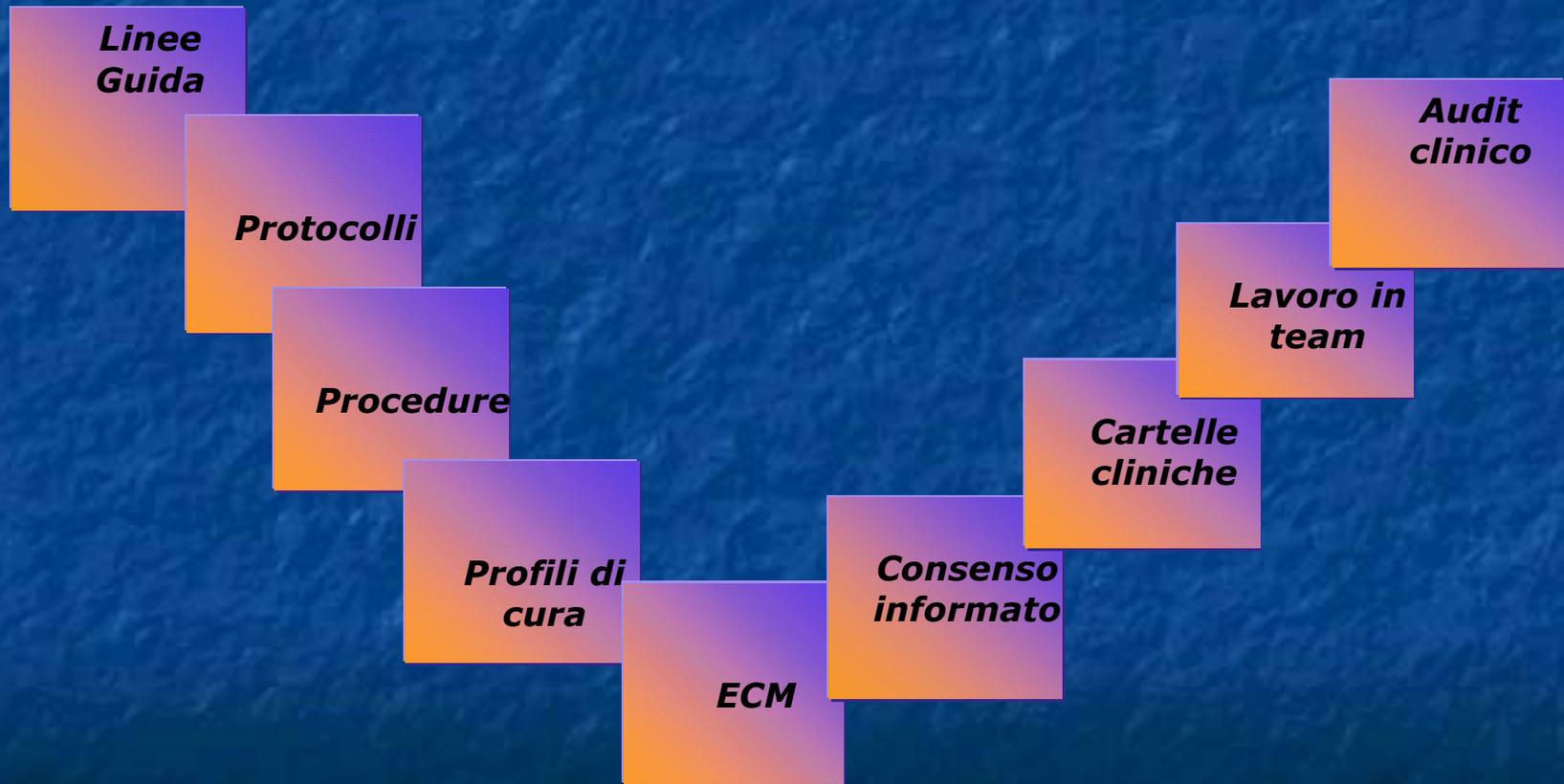
nonché a tutti i livelli che interagiscono in essi:
utenti, operatori, visitatori, amministratori.

Management nell' area dei rapporti operativi interni all' ospedale

- Alla Direzione Sanitaria è affidato il delicato compito di armonizzare le esigenze generate da processi ospedalieri trasversali alle unità organizzative (servizio infermieristico, laboratori, servizi di emergenza, radiologia, accettazione sanitaria, reparti di degenza etc.)
- La Direzione Sanitaria si pone quindi come una struttura responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali rispetto alla gestione del rischio in tale ambito



Strumenti operativi del Governo Clinico per la riduzione degli errori



La gestione del rischio clinico : linee di indirizzo

ATTIVITA'A BREVE TERMINE

- A. Analisi banche dati
- B. Creazione del network dei referenti per il clinical risk management.
- C. Training referenti del clinical risk management.
- D. **Promozione e sviluppo dell'audit clinico.**
- E. Realizzazione di un SitoWeb.
- F. Redazione di una newsletter sulle best practice
- G. Campagne di prevenzione su temi specifici per la sicurezza dei pazienti

ATTIVITA'A MEDIO TERMINE

- A. Nomina dei referenti aziendali per la gestione del rischio clinico.
- B. Iniziative di sensibilizzazione alla pratica dell'audit per la gestione del rischio clinico.**
- C. Corsi di formazione per delegati alla sicurezza-facilitatori.
- D. Realizzazione di un software per la gestione del rischio clinico.
- E. Formazione degli operatori sanitari.
- F. Realizzazione di una conferenza aziendale

L'audit clinico

- L'audit clinico è un **PROCESSO** di miglioramento della qualità, che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli outcome attraverso una **revisione sistematica dell'assistenza**, mediante dei **criteri precisi** e l'implementazione del cambiamento.

L'audit

- È un meccanismo INTERNO per gli operatori, da utilizzarsi per un miglioramento qualitativo AUTOVALUTATO.

GRUPPO DI PARI



Audit & Ricerca

- La ricerca è il mezzo con cui definire quale sia la pratica migliore.
- L'audit è un **ponte** fra la ricerca e la pratica.
- Esso permette di effettuare il confronto tra ciò che dovrebbe essere, in base alla ricerca, e ciò che è in realtà: da questa analisi emergono i punti di debolezza e le strategie per superarli.



GLAM

Gruppo di lavoro
multiprofessionale

Perché un gruppo di lavoro multiprofessionale

- Perché la multiprofessionalità consente:
 - La valutazione dei benefici e degli effetti avversi e degli ostacoli degli interventi da parte di professionalità e punti di osservazione e valutazione diversi;
 - L'integrazione della dimensione organizzativa, gestionale, etica ed economica accanto a quella dell'efficacia clinica e condivisione di tutti i nodi decisionali del percorso assistenziale;

Costituzione Gruppo di Lavoro Aziendale Multidisciplinare

- Professionisti che partecipano alla gestione diretta del problema diagnostico/terapeutico
 - Specialisti (sia clinici, sia dei servizi) coinvolti nella gestione della priorità definita
 - Professionisti del territorio (MMG, PLS, altri)
 - Infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici sanitari
 - Direzione sanitaria/assistenziale
 - Componente di supporto metodologico (gruppo EBM - EBN)
 - Rappresentanti utenti



Le Fasi dell'Audit Clinico: 1) Identificare ambito e scopo

Il primo passo che va compiuto nello svolgimento di un audit clinico è quello di individuare l'ambito (tema, topic).

Nella letteratura vengono indicate in maniera abbastanza omogenea le priorità che possono guidare in questa scelta:

- a) Alti volumi
- b) Alti costi
- c) Alta rischiosità
- d) Alta variabilità
- e) Alta complessità
- f) Alto contenuto innovativo.

Le Fasi dell'Audit Clinico: 2) Definire Criterio, Indicatore e Standard

- **Il Criterio** è un aspetto definibile e misurabile dell'assistenza sanitaria che ne descrive la qualità e può essere usato per valutarla. In un audit clinico rappresenta la dichiarazione di ciò che dovrebbe succedere sulla base delle buone pratiche;
deve quindi essere: evidence-based ove possibile, condiviso dai professionisti e traducibile in un indicatore.
- **L'Indicatore** è una informazione o una variabile selezionata che consente di descrivere fenomeni complessi e misurare variazioni in relazione a criteri definiti, allo scopo di orientare le decisioni volte ad ottenere o mantenere cambiamenti. Può essere espresso sottoforma di percentuale, tasso o media.
- Il termine **"Standard"** deriva dal francese "estendart" (stendardo); rappresenta la soglia di accettabilità cioè quel valore dell'indicatore che definisce il limite superiore od inferiore affinché la qualità dell'assistenza sia giudicata adeguata.

Le Fasi dell'Audit Clinico: 3) La fase di raccolta dati

- I dati nell'audit clinico possono essere raccolti in maniera prospettica o retrospettiva. In quest'ultimo caso viene esaminata la documentazione clinica del passato (p.e. le cartelle cliniche dei pazienti che negli ultimi 6 mesi presentavano la patologia il cui trattamento è oggetto dell'audit). E' senz'altro il metodo più veloce poichè le cartelle esistono già; spesso, però, la qualità della loro compilazione non fornisce gli elementi che devono essere raccolti.

Il procedimento prospettico è più dispendioso in termini di tempo, perché va avanti man mano che i pazienti si presentano, ma permette una progettazione più accurata nonché la raccolta di dati che abitualmente non vengono rilevati nella documentazione clinica corrente.

Le Fasi dell'Audit Clinico: 4) Confronto dei dati raccolti con lo standard

- La presentazione dei risultati, da parte del gruppo che ha effettuato l'esame delle cartelle e l'estrazione dei dati, a coloro che lavorano nell'ambito su cui si svolgeva l'audit, è un momento di una certa intensità emotiva per tutti i partecipanti. L'audit clinico, in fondo, è sempre una valutazione dell'attività professionale ed evoca pertanto timori e ricordi legati ad altre situazioni di valutazione (esami, interrogazioni).
- Per questo motivo la riunione di presentazione va preparata ponendo particolare attenzione a tutti gli aspetti comunicativi e relazionali; i contenuti inoltre vanno condivisi preventivamente con chi ha "commissionato" o proposto l'audit (direttore dell'U.O., direttore di dipartimento).

Le Fasi dell'Audit Clinico: 5) Le azioni correttive

- Nel caso che i dati emersi dall'esame della documentazione clinica indichino una differenza significativa rispetto al valore assunto come standard ("target", valore-soglia), eventualmente confermata dall'uso di test statistici, il procedimento dell'audit clinico seguirà la logica del problem-solving.

AUDIT

**“IGIENE DELLE
MANI”**





LE MANI PULITE

**Campagna di prevenzione
delle infezioni ospedaliere**



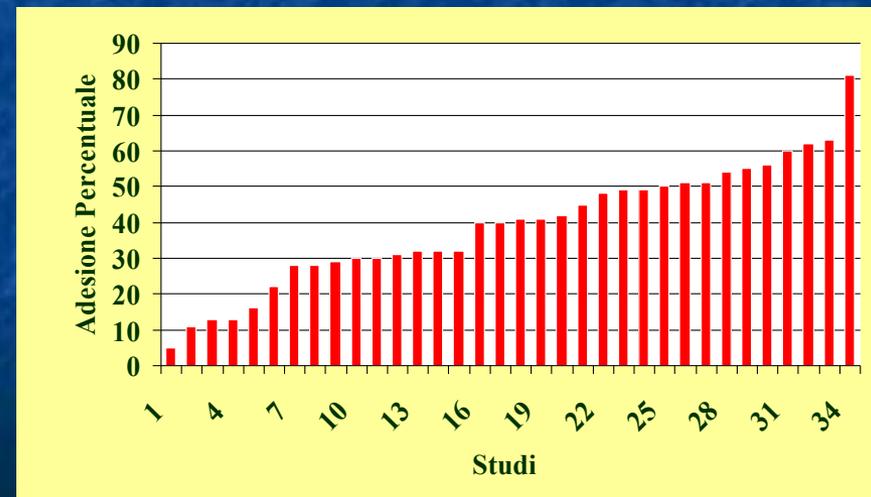
Quanto ci si lava le mani in Ospedale?

Una valutazione di 34 studi pubblicati sulla adesione al lavaggio delle mani tra gli operatori sanitari ha riscontrato che questa adesione varia dal 5% al 81%

Il valore medio è solo del 40%

Adesione al lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari

Media



FATTORI DI RISCHIO OSSERVATI PER LA SCARSA ADERENZA ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI

- ❖ Status di medico (contrapposto a quello di infermiere)
- ❖ Status di infermiere generico (contrapposto a quello di infermiere)
- ❖ Sesso maschile
- ❖ Lavoro feriale (contrapposto al lavoro di fine settimana)
- ❖ Lavoro in unità di Terapia Intensiva
- ❖ Portare guanti o camici
- ❖ Attività che comportano alto rischio di trasmissione crociata
- ❖ Elevato numero di occasioni di igiene delle mai per ora di assistenza dei pazienti

FATTORI RIFERITI DAGLI OPERATORI SANITARI PER LA SCARSA ADERENZA ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI

- ❖ I prodotti per il lavaggio delle mani causano irritazione o secchezza
- ❖ I lavandini sono poco accessibili/sono in numero insufficiente
- ❖ Mancano sapone ed asciugamani di carta
- ❖ Troppo occupato, troppo spesso/manca il tempo
- ❖ Scarsità di personale, sovraffollamento di malati
- ❖ Le necessità dei pazienti sono prioritarie
- ❖ L'igiene delle mani interferisce con le relazioni tra il personale sanitario e i pazienti
- ❖ Basso rischio di acquisizione di infezione dai pazienti



FATTORI RIFERITI DAGLI OPERATORI SANITARI PER LA SCARSA ADERENZA ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI

- ❖ **Indossare i guanti; convinzione che l'uso dei guanti riduca le necessità di igiene delle mani**
- ❖ **Scarsa conoscenza delle linee guida e dei protocolli**
- ❖ **Dimenticanza, trascuratezza**
- ❖ **Mancanza di buon esempio da colleghi e superiori**
- ❖ **Scetticismo circa l'importanza dell'igiene delle mani**
- ❖ **Disaccordo con le raccomandazioni**
- ❖ **Mancanza di informazioni scientifica circa l'impatto finale del miglioramento dell'igiene delle mani sul tasso di infezioni ospedaliere.**



AUDIT “Igiene delle mani”

Promuovere e migliorare l’igiene delle mani

- ✓ Rendere la pratica dell’igiene delle mani più veloce, più facile, più conveniente.
- ✓ Incrementare l’adesione degli operatori sanitari alle procedure raccomandate per l’igiene delle mani.
- ✓ Ridurre la trasmissione dei microrganismi responsabili di complicanze infettive.

AUDIT “Igiene delle mani”

Fase A → **Prima Osservazione**

Fase B → **Prima Auto-Valutazione**

Fase C → **1° Corso Formativo**

Fase D → **Distribuzione Gel Alcolico e Materiale Informativo**

Fase E → **Seconda Osservazione**

Fase F → **Seconda Auto-Valutazione**

Fase G → **2° Corso Formativo**

Fase H → **Sistemi di Monitoraggio e Valutazione Periodica**

Fase A

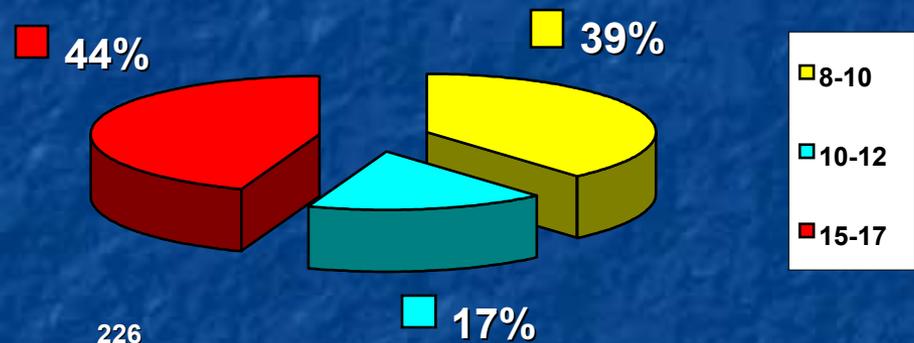
PRIMA OSSERVAZIONE

Valutare il comportamento abituale degli operatori sanitari, relativo al lavaggio delle mani

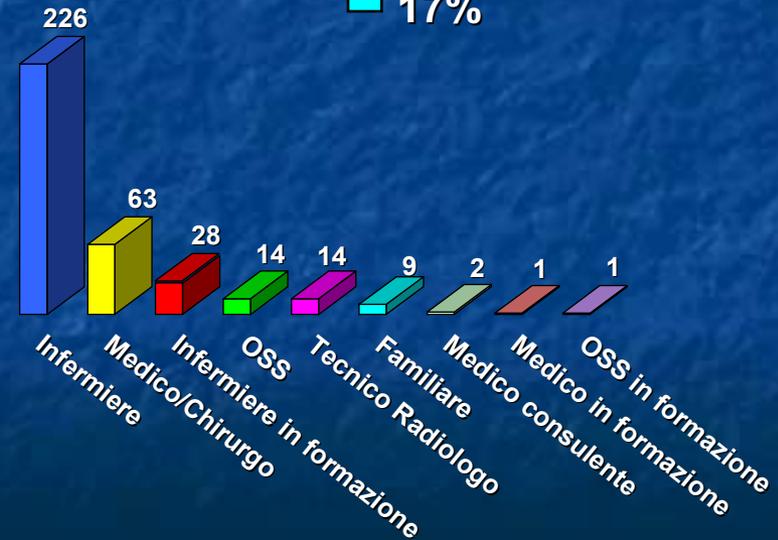


Totale Osservazioni: 358

**Osservazioni suddivise
per fascia oraria**

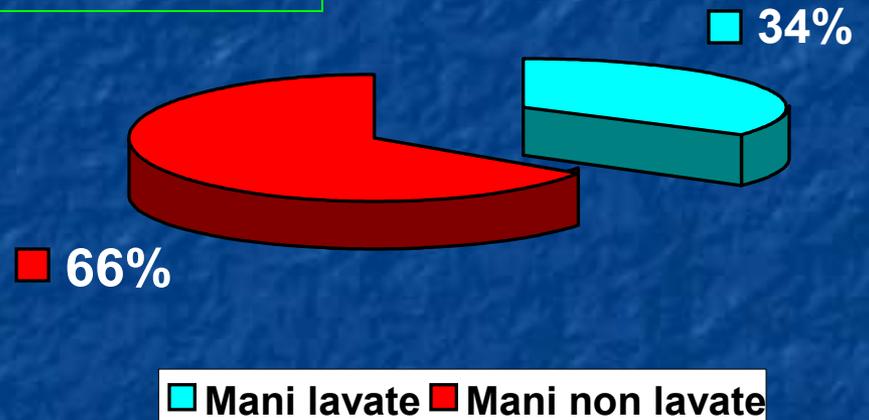


**Osservazioni suddivise per
categoria professionale**

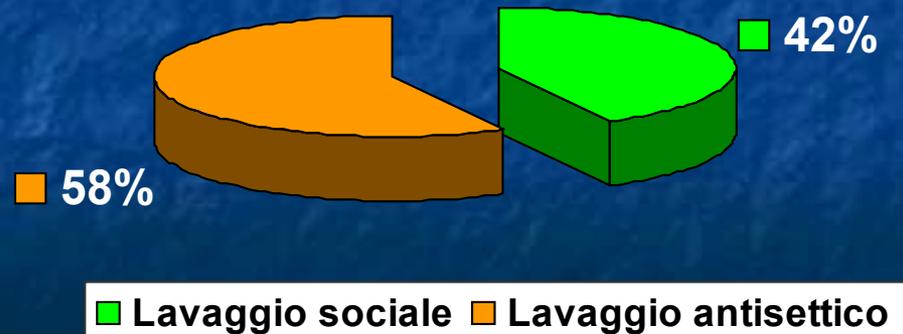


Totale Osservazioni: 358

Adesione al lavaggio delle mani da parte degli Operatori Sanitari



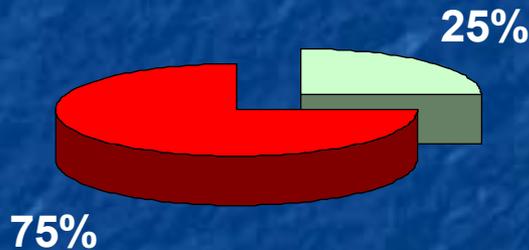
Tipo di lavaggio eseguito su 123 lavaggi effettuati



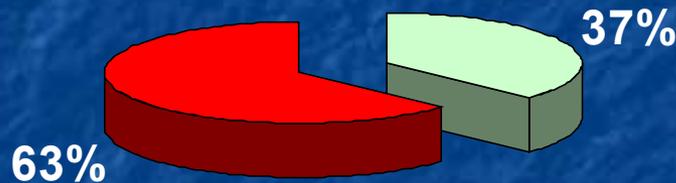
Adesione al lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari maggiormente rappresentativi

(N° Osservazioni)

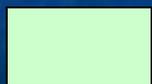
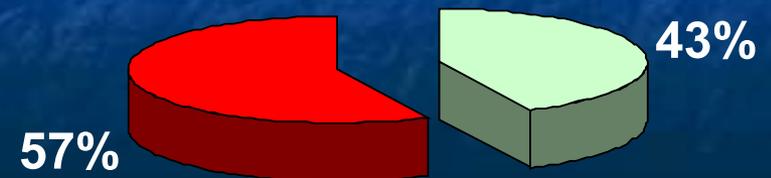
Medico/ Chirurgo (63)



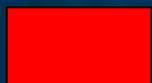
Infermiere (226)



Infermiere in formazione (28)



Lavaggio effettuato



Lavaggio non effettuato

OPPORTUNITA' DI LAVAGGIO MANI	n° Osserv.	Mani lavate	Mani non lavate
Dopo aver tolto i guanti	84	40%	60%
Prima di mangiare o toccare cibo (sia proprio che per i pazienti)	5	20%	80%
Prima di effettuare procedure invasive, anche se si indossano i guanti (si includono ad Es.: prima della preparazione della terapia del posizionamento di un catetere venoso, urinario o dispositivo per la ventilazione assistita con o senza uso di guanti, dopo il contatto ematico o fluidi biologici senza contaminazione visibile, prima la medicazione di ferite)	104	30%	70%
Prima/dopo contatto diretto con il paziente (si includono ad Es.: la misurazione della pressione, sentire il polso, auscultare) e di effettuare procedure non invasive (si includono ad Es.: prima dell'assistenza al neonato/bambino, prima di un'assistenza riabilitativa al paziente)	151	38%	62%
Dopo aver toccato i Devaice (come ad Es.: Ventilatori, Macchine per dialisi, pompe da infusione) e superfici contaminate (bagni, porte maniglie)	14	0%	100%

Fase B

PRIMA AUTO-VALUTAZIONE

*Valutare come gli operatori
percepiscono il loro
comportamento abituale rispetto al
lavaggio delle mani*



Consideri adeguato il lavaggio semplice delle mani con sapone e acqua come sostituto del lavaggio antisettico?



In quali occasioni reperi indispensabile effettuare il lavaggio antiseptico delle mani?

A questa domanda (aperta) ha risposto 87% dei partecipanti

Prima/dopo procedure invasive e sterili, anche se si indossano i guanti (*Es.: prima della preparazione e infusione della terapia, del posizionamento di un catetere venoso, urinario o dispositivo per la ventilazione assistita con o senza uso di guanti, dopo il contatto ematico o fluidi biologici, prima/dopo la medicazione di ferite*) **86%**

Durante la manipolazione di dispositivi nell'esecuzione di procedure assistenziali **7%**

Prima/dopo contatto diretto con il paziente e prima di effettuare procedure non invasive (*Es.: prima dell'assistenza al neonato/bambino, prima/dopo la visita del paziente senza l'uso dei guanti*) **6%**

Sempre **1%**

Fase C

1° PERCORSO FORMATIVO



ARGOMENTI TRATTATI

- ❖ **La Campagna “Mani Pulite”**
- ❖ **Le Infezioni Correlate all’Assistenza**
- ❖ **I microrganismi responsabili delle infezioni**
- ❖ **Modalità di trasmissione di agenti patogeni**
- ❖ **Linee Guida sulla corretta igiene delle mani**
- ❖ **Ostacoli al frequente lavaggio delle mani**
- ❖ **Vantaggi dell’uso di preparazioni alcoliche**
- ❖ **Restituzione dati rilevati dalla prima osservazione e prima auto-valutazione**
- ❖ **Prova del Gel Alcolico con esplicitazione della corretta procedura d’uso**
- ❖ **Confronto/dibattito e discussione guidata finalizzata all’implementazione del Gel Alcolico nei vari contesti**

Fase D

**DISTRIBUZIONE
GEL ALCOLICO**



Fase D

MATERIALI INFORMATIVI

LE MANI PULITE



In ospedale le mani sono il veicolo più comune attraverso il quale si trasmettono i microrganismi responsabili di infezioni. L'igiene delle mani quindi è la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni.

Il numero di batteri normalmente presenti sulle mani può aumentare anche di cento o mille volte compiendo semplici gesti assistenziali che prevedono il contatto con il paziente, la biancheria e le attrezzature presenti in stanza. Rendere più facile la pratica del lavaggio delle mani per gli operatori e per gli utenti diminuisce in maniera significativa il numero di infezioni che colpiscono i pazienti.

Lavati le mani con acqua e sapone prima e dopo il contatto con qualunque paziente, dopo aver toccato qualsiasi oggetto presente in ospedale, e quando esci dall'ospedale.

Se un lavandino non è disponibile nelle immediate vicinanze può essere conveniente sostituire il lavaggio tradizionale utilizzando un gel a base alcolica.

Per questo motivo in alcuni reparti di questo ospedale è in corso una sperimentazione sull'efficacia dell'utilizzo del gel.

L'iniziativa "Le mani pulite" promuove le pratiche di igiene delle mani per operatori sanitari, pazienti e visitatori, al fine di ridurre le infezioni contratte in ospedale.

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE



In collaborazione con:
Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
Sezione Toscana

Mia mamma mi diceva sempre:
**Ti sei lavato
le mani?**



Fase E

SECONDA OSSERVAZIONE

Valutare il comportamento degli operatori sanitari, relativo al lavaggio delle mani dopo l'introduzione del Gel Alcolico e Formazione/Informazione specifica



Totale osservazioni eseguite

Prima Osservazione

358

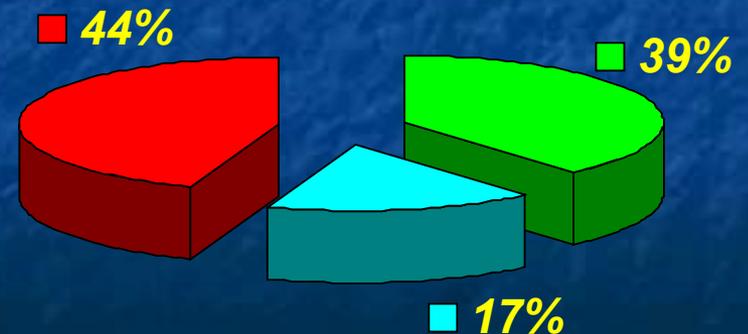
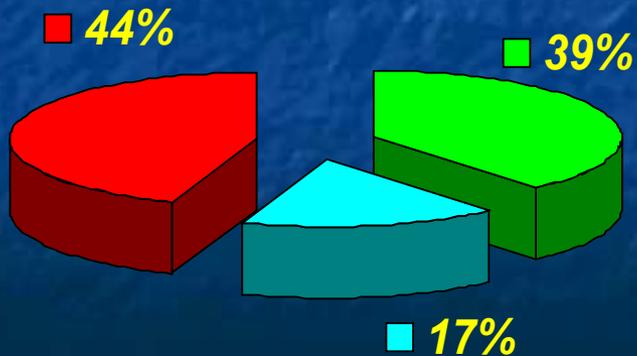
Seconda Osservazione

413

Osservazioni suddivise per fascia oraria

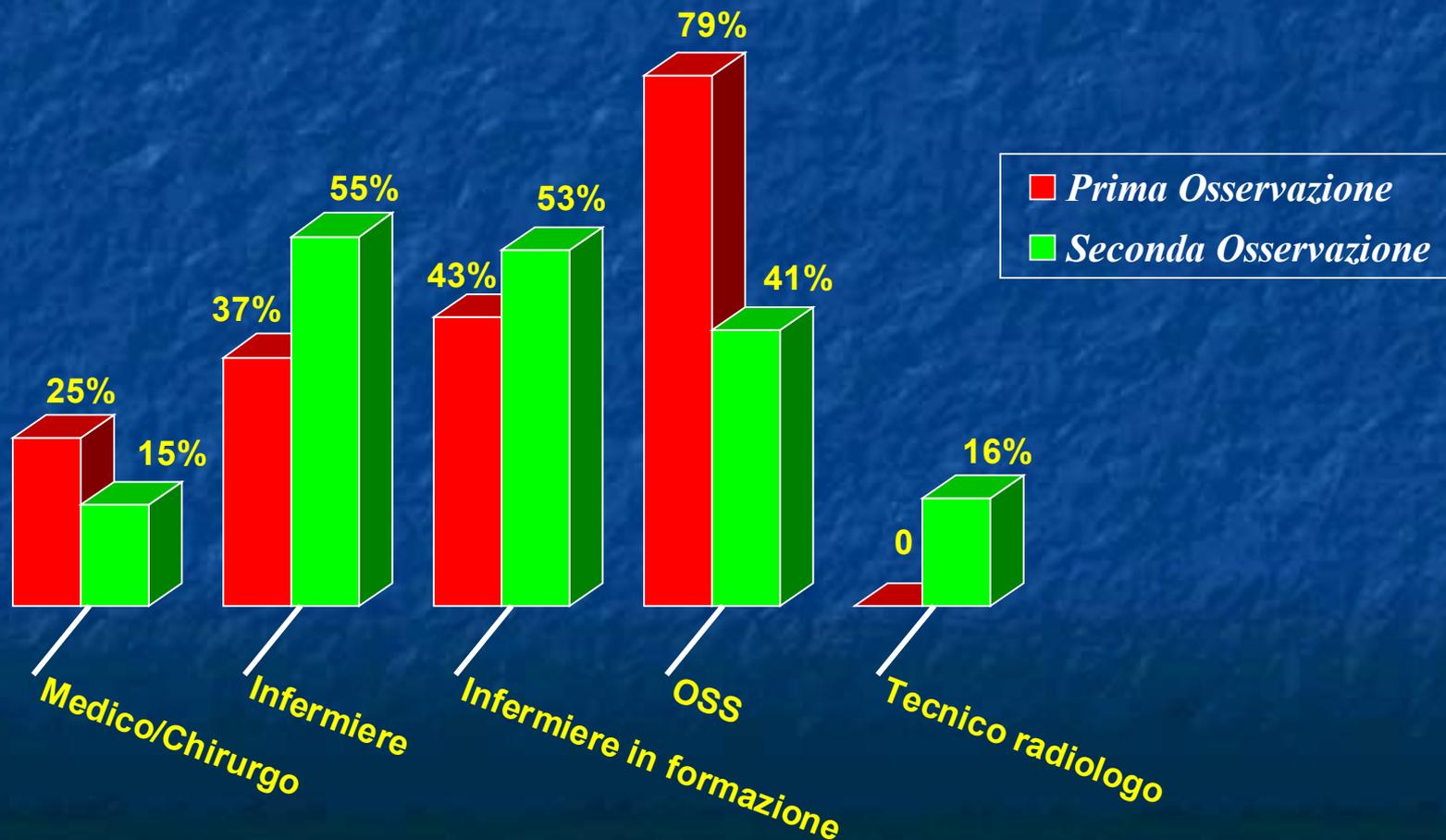
Prima Osservazione

Seconda Osservazione

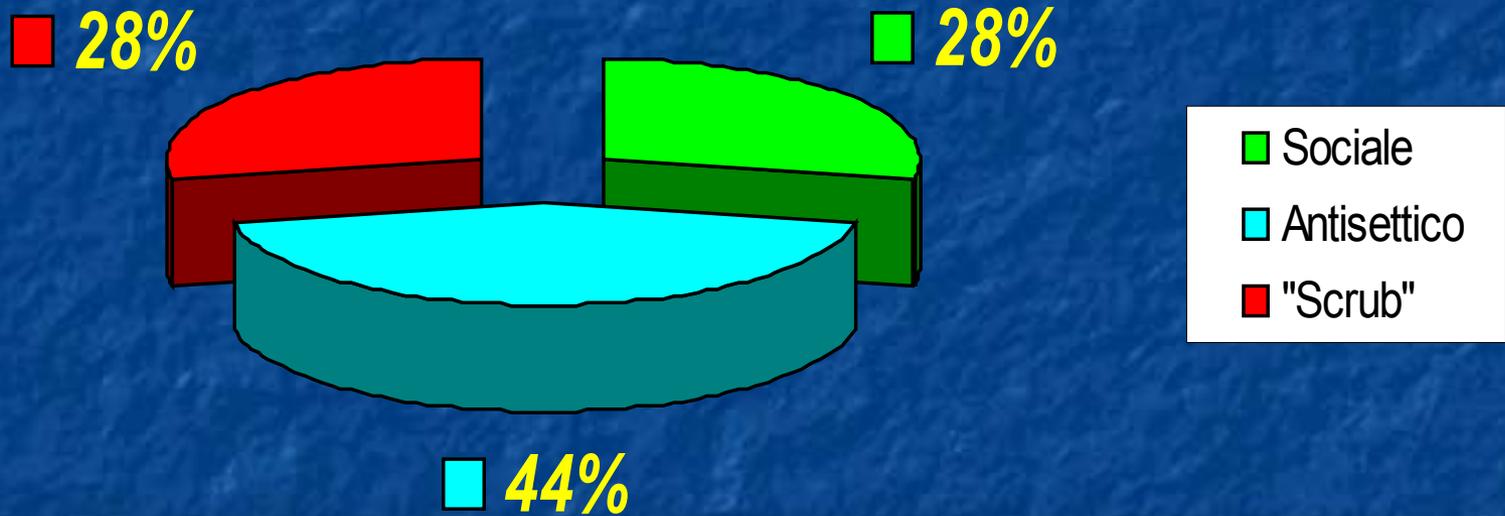


■ 8-10 ■ 10-12 ■ 15-17

Comparazione di adesione al lavaggio delle mani da parte degli Operatori Sanitari maggiormente rappresentativi



Tipo di lavaggio eseguito su 188 lavaggi effettuati



OPPORTUNITA' DI LAVAGGIO MANI

Prima di effettuare procedure invasive, anche se si indossano i guanti (si includono ad Es.: prima della preparazione della terapia del posizionamento di un catetere venoso, urinario o dispositivo per la ventilazione assistita con o senza uso di guanti, dopo il contatto ematico o fluidi biologici senza contaminazione visibile, prima la medicazione di ferite)

	Prima Osservazione	Seconda Osservazione
<i>Non lavaggio</i>	70%	49%
<i>Lavaggio sociale</i>	17%	12%
<i>Lavaggio antisettico</i>	13%	15%
<i>Lavaggio Gel Alcolico</i>	/	24%

OPPORTUNITA' DI LAVAGGIO MANI

Dopo aver tolto i guanti

	Prima Osservazione	Seconda Osservazione
<i>Non lavaggio</i>	60%	45%
<i>Lavaggio sociale</i>	25%	25%
<i>Lavaggio antisettico</i>	15%	17%
<i>Lavaggio Gel Alcolico</i>	/	13%

OPPORTUNITA' DI LAVAGGIO MANI

Prima/dopo contatto diretto con il paziente (si includono ad Es.: la visita medica, la misurazione della pressione, sentire il polso, auscultare) e **di effettuare procedure non invasive** (si includono ad Es.: prima dell'assistenza al neonato/bambino, prima di un'assistenza riabilitativa al paziente)

	Prima Osservazione	Seconda Osservazione
<i>Non lavaggio</i>	62%	62%
<i>Lavaggio sociale</i>	9%	14%
<i>Lavaggio antisettico</i>	29%	10%
<i>Lavaggio Gel Alcolico</i>	/	14%

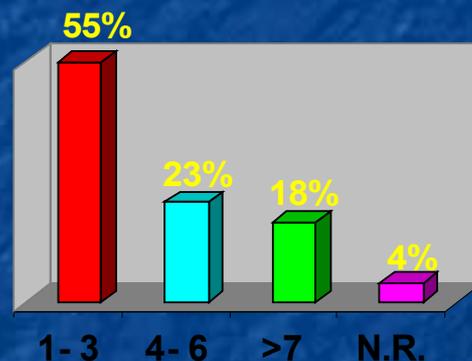
Fase F

SECONDA AUTO-VALUTAZIONE

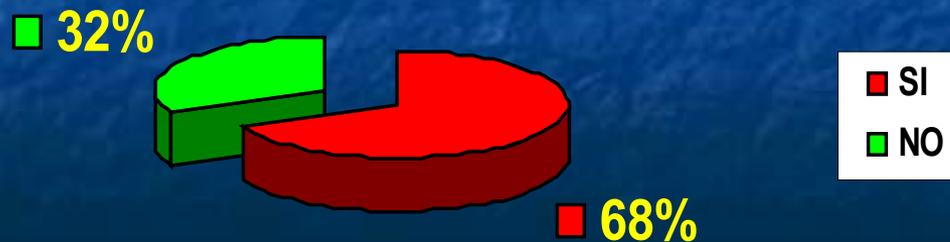
*Valutare come gli operatori
percepiscono il loro
comportamento rispetto al lavaggio
delle mani dopo l'introduzione del
Gel Alcolico e
Formazione/Informazione specifica*



Dopo quanti utilizzi consecutivi del Gel alcolico ti sei lavato le mani con acqua e sapone?



A tuo parere, l'utilizzo del Gel alcolico è preferibile al lavaggio tradizionale delle mani con acqua e sapone?



Fase G

2° PERCORSO FORMATIVO



ARGOMENTI TRATTATI

- ❖ **Restituzione dei dati osservazionali e di auto-valutazione, messi a confronto nelle diverse fasi del processo**
- ❖ **Lavoro di gruppo evidenziando le criticità e le positività sull'utilizzo del Gel Alcolico**
- ❖ **Confronto/dibattito e discussione guidata finalizzato a:**
 - **Predisporre strumenti/strategie operative per un'adeguata e corretta igiene delle mani**
 - **Studiare un approccio informativo/formativo sugli utenti ed loro familiari sulla campagna "Mani Pulite" nel progetto "Ospedale Aperto" dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana**

Fase H

SISTEMI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE PERIODICA



Fattori di successo

- Il successo dell'audit nel raggiungere la miglior pratica, in ultima analisi, dipende dalla **strategia di implementazione** all'interno della struttura e da quanto viene posto in essere per supportare il processo di audit, nonché dal supporto fornito dalla direzione (tempo, risorse, competenze)

Fattori di successo

- Tempo dedicato: occorre poter disporre del tempo necessario, poiché in caso contrario, i membri dello staff diverranno sovraccarichi e i loro standard assistenziali potrebbero peggiorare.
- Accesso alle informazioni: coloro che realizzano l'audit devono poter accedere alle migliori evidenze ed alle informazioni interne quali, per esempio le cartelle cliniche.

Fattori di successo

- **Comunicazione:**

è fondamentale mantenere le persone coinvolte informate, al fine di stimolare il loro coinvolgimento, i loro feedback e di diminuire il sentimento di "minaccia" che percepiscono le persone non informate.

Buon lavoro

