



**Direzione Sanitaria Aziendale
Governo del Rischio Clinico**

PROGETTO

**“GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
NELL’A.O.R.N. S. SEBASTIANO DI CASERTA”**

- INTRODUZIONE

Storicamente è negli anni 70 che nasce il fenomeno della **malpractice** in relazione al verificarsi negli USA di numerose denunce e richieste di risarcimento per danni conseguenti alla pratica medica.

Nelle società assicurative già esisteva il settore del **risk management**, che si occupava fondamentalmente di contenere gli esborsi studiando le modalità di riduzione dei rischi, per cui fu anche esteso ai danni causati dalle cure mediche. In quegli anni pochissime strutture sanitarie si dotarono di uno specifico settore di “risk management“, ma i primi studi del fenomeno fecero subito emergere il dato che il verificarsi di un danno frequentemente non era correlato alla responsabilità individuale, bensì a fatti organizzativi, a problematiche tecnologiche, di comunicazione e, comunque, ad altre concause.

Nel 1980 dopo un'altra impennata di denunce nei confronti delle strutture sanitarie e dei medici, ai fini di fornire a questi un'appropriata consulenza, venne istituita una società no profit l' American Society for Healthcare Risk Mangement.

Nel 1999 l'IOM (Istituto di Medicina) statunitense pubblicò uno studio da cui emerge che più della metà degli eventi negativi a carico di pazienti ricoverati in strutture sanitarie erano dovuti ad errori evitabili.

Così nel 2000 il governo americano avviò una politica di prevenzione degli errori medici, invitando tutte le strutture sanitarie del paese ad istituire un settore di rilevazione degli errori e di segnalazione obbligatoria. A tal fine nel 2001 fu registrata una spesa di dodici milioni di dollari; poi in un solo triennio è stata documentata una riduzione delle richieste di indennizzo del venticinque per cento.

In Italia nel 1999 venne presentato dal Tribunale per i Diritti del Malato un documento base della Carta della Sicurezza nell'Esercizio della pratica Medica ed Assistenziale, successivamente perfezionato e presentato nel 2000 col soprattitolo “imparare dall'errore“, in cui venivano definiti i criteri per la gestione degli errori negli ospedali e si proponeva l'attivazione in ogni Azienda del SSN di una Unità di Gestione del Rischio e l'istituzione di un Centro di Documentazione Nazionale per la registrazione degli errori.

In questo senso si è appunto cominciato ad operare; infatti 23 Ospedali stanno sperimentando Unità di gestione dei rischi e tra questi si annovera la nostra Azienda Ospedaliera.

In data 11 novembre 2003 questa A.O., con atto deliberativo n°946, affrontava la materia ed in particolare:

- individuava la gestione del rischio aziendale (GRA) quale problematica di assoluta rilevanza nel sistema di governo della struttura ospedaliera;
- identificava il team di gestione del rischio clinico (GRC) attraverso le seguenti figure professionali:
 - un direttore medico con funzioni di responsabilità e coordinamento del team e del progetto, individuato nel dr. Giovanni Federico
 - due dirigenti medici a 18 ore, ddr. F. Calzolaio e M. Vaccaro
 - due medici specializzandi a tempo pieno, ddr. F. De Simone e F. Fucci

- un collaboratore professionale sanitario esperto
- assegnava l'allocazione organizzativa del team e del progetto all'interno della direzione sanitaria con principale riferimento nel direttore sanitario;
- prevedeva la stesura di un ulteriore atto deliberativo finalizzato alla formalizzazione strutturale e funzionale del team all'interno dell'attuale PAO con contestuale comunicazione al competente organismo regionale;
- dava mandato al dr. Giovanni Federico di:
 - elaborare il progetto ed il relativo piano di azioni (contenuti, tempi, obiettivi, risultati, indicatori di verifica)
 - completare l'assetto del team e individuare i referenti di unità operativa/settore per la commissione del rischio clinico.

-DEFINIZIONE DI GESTIONE DEL RISCHIO IN SANITÀ

Il termine risk management o “sistema di gestione del rischio” indica quel complesso coordinato di attività di vertice aziendale che consente di gestire un'organizzazione con riferimento ai rischi.

Si può, quindi, definire la *gestione del rischio in sanità* come lo specifico processo di identificazione dei rischi, la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la loro prevenzione e la gestione delle loro conseguenze.

Il suo obiettivo è la tutela della salute della popolazione tutta, assistiti e dipendenti.

Per suo campo specifico ha l'attività intrinsecamente rischiosa delle strutture sanitarie e cerca di individuare gli strumenti per valutare e governare i rischi insiti in queste attività, ricercandone i miglioramenti nel sistema di gestione complessivo, sviluppando strumenti efficienti per il governo delle aziende stesse e identificando le conseguenze morali ed economiche derivanti dall'esposizione al rischio stesso dei pazienti.

Il sistema di gestione del rischio in sanità deve, pertanto, essere un sistema integrato, che condivide cioè gli strumenti con le altre aree problematiche pur mantenendo differenziate le responsabilità.

Gli ambiti di questa gestione sono:

- il **rischio clinico** per il degente collegato all'attività assistenziale;
- il **rischio occupazionale** per l'operatore definito dalla rilevazione degli infortuni sul lavoro;
- il **rischio ambientale** per gli immobili derivante dalle condizioni della struttura e degli impianti;
- il **rischio assicurativo** per l'organizzazione sanitaria collegato all'onere economico-finanziario.

Tutti gli aspetti dei rischi sopra elencati devono essere affrontati, all'interno di un **programma** di risk management, in maniera globale e, come già detto, integrata, pur nel rispetto delle competenze e responsabilità specifiche.

In particolare è opportuno sottolineare i seguenti aspetti relativi alle problematiche di gestione del rischio nelle strutture sanitarie:

- i servizi per la salvaguardia della salute sono per definizione “sistemi a rischio”, nei quali la dimensione del rischio ha una sua dinamica ed una dimensione estremamente variabile
- il generarsi di condizioni di rischio rappresenta la risultante di complesse interazioni fra paziente e variabili tecnico-professionali, strutturali, tecnologiche, organizzative ed ambientali
- la componente umana nell'erogazione dei servizi alla persona rappresenta un elemento prioritario in quanto perlopiù dotata di un elevato grado di autonomia decisionale ed operativa con ridotta possibilità di standardizzazione
- l'errore – semplicemente – esiste ed è una componente ineliminabile di ogni attività umana.

- LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SANITÀ

La gestione del rischio richiede che una preliminare **programmazione** ne abbia definito con puntualità tutti gli aspetti d'interesse, ivi compreso lo specifico **sistema di attuazione** (personale, competenze, assetto organizzativo, strumenti operativi...).

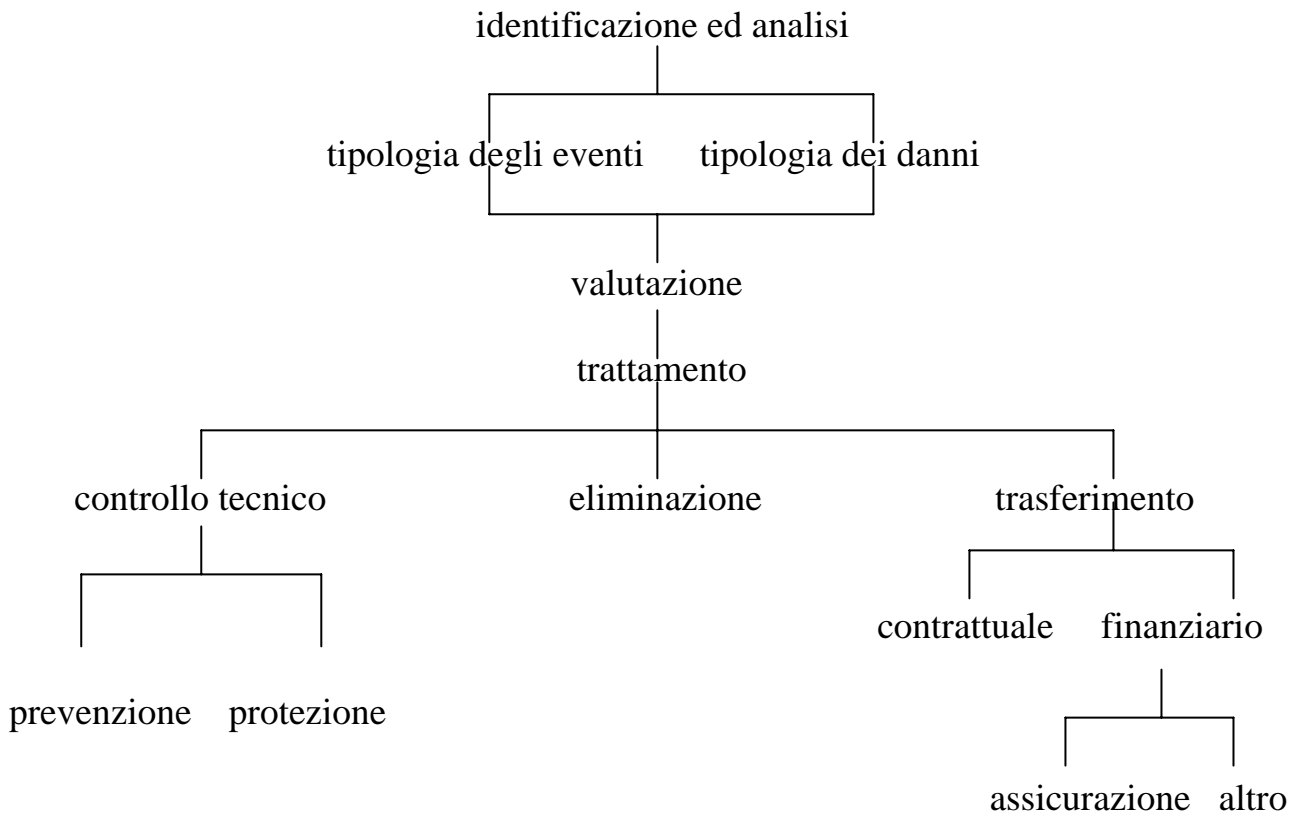
È fondamentale che detto sistema preveda anche:

- un estensivo coinvolgimento del personale e delle funzioni operative dell'Azienda con applicazione delle tecniche di autovalutazione;
- un fattivo coinvolgimento del paziente nella ricerca e attuazione dei provvedimenti correttivi;
- una concreta dimostrabilità dell'impegno sostenuto nella protezione dai rischi di pazienti, personale ed altri interessati.

Le **fasi logiche** di questo sistema sono:

- coinvolgimento e formazione del personale
- identificazione degli obiettivi di gestione dei rischi
- identificazione dei rischi
- valutazione e quantificazione dei rischi
- gestione dei rischi (scelta degli strumenti di mitigazione)
- implementazione del programma
- controllo e feedback

Mentre le **operazioni gestionali**, che configurano il processo di gestione del rischio, possono essere così schematizzate:



- DIMENSIONE E SEDE DEGLI INCIDENTI IN SANITÀ

In tutto il mondo un numero variabile di pazienti subisce eventi avversi da trattamento sanitario in rapporto alla tipologia delle prestazioni cui viene sottoposto. Allo stato, dalla **letteratura scientifica** si assumono i seguenti dati di rilievo:

- luoghi dove accadono gli incidenti

- sale operatorie	32%
- reparti	26%
- pronto soccorso	22%
- ambulatori	18%
- altro	2 %

- aree specialistiche più colpite da errori

Ortopedia e traumatologia	16,5%
Oncologia	13,0%
Ostetricia e ginecologia	10,8%
Chirurgia generale	10,6%

- **EVENTI SENTINELLA: LE PIÙ FREQUENTI TIPOLOGIE**
(Dati JCAHO 2002)*

- Suicidio di paziente	269	+
- Complicazioni operatorie, postoperatorie	197	++
- Errore nella somministrazione di farmaci	184	+
- Chirurgia dal lato sbagliato	182	++
- Ritardato trattamento terapeutico	84	
- Caduta di pazienti	79	
- Morte di pazienti in contenzione fisica	76	+
- Aggressioni, violenze, omicidi	68	
- Errore trasfusionale	43	+
- Morte, danno perinatale	41	
- Fuga di pazienti	35	
- Incendi	32	
- Danni da apparecchiature	25	
- Danni da anestesia	24	
- Morte, danno da ventilatori	24	
- Rapimento, errore di neonato	23	
- Morte di puerpera	20	
- Decesso nel trasferimento	14	

+ in aumento

++ in forte aumento

* La JCAHO nasce nel 1951 e da allora opera come agenzia no-profit nel campo dell'accreditamento. Dal 27 febbraio 1998 pubblica un periodico cartaceo ed elettronico (Sentinel Event Alert- free subscription) sugli eventi sentinella, che sono definiti tali per essere spia di una disfunzione organizzativa. Gli eventi sentinella devono venire segnalati obbligatoriamente dalle Istituzioni accreditate alla JCAHO, pena la perdita dell'accreditamento.

-LA NUOVA CONCEZIONE DELL'ERRORE

In tutte le professioni l'errore è più o meno presente. L'errore del medico ha, in generale, conseguenze e valori *peculiari*. Quanto più l'errore può influenzare lo stato di salute e, nei casi più gravi addirittura la vita, esso è meno giustificato e tollerato.

I medici nel corso della storia hanno prestato attenzione soprattutto agli errori imputabili ad imperizia, imprudenza, negligenza; in realtà, la complessità organizzativa delle istituzioni sanitarie ed il volume delle prestazioni erogate rendono la pratica assistenziale un'attività esposta ad un gran numero di errori, spesso

attribuibili solo in parte a carenza di conoscenze o competenze professionali degli operatori.

Prendendo in considerazione tutti gli eventi, gli errori, i deficit che generano l'errore, ci si accorge che solo una piccolissima parte di essi è rappresentata da un vero e proprio "errore umano". Nella maggior parte dei casi, infatti, si tratta di problemi di manutenzione o di decisioni manageriali errate, o di sistemi di comunicazione inefficaci. Raramente gli incidenti sono stati causati da un unico errore, umano o tecnologico, più spesso essi sono il frutto di una concatenazione di deficienze ed eventi e l'operatore, responsabile dell'errore finale, non è altro che l'ultimo casuale anello di questa catena.

Quindi negli ultimi anni si è andata sviluppando questa nuova concezione dell'errore, che non è più visto come fallimento individuale ma come l'occasione di miglioramento per l'intera organizzazione.

A fondamento di tale concezione è stato ipotizzato che nella mente umana vi siano **2 sistemi cognitivi** preposti ad elaborare le informazioni in ragionamento, giudizio o decisione.

Il sistema cognitivo 1 procede con operazioni veloci, automatiche, associative, richiedenti uno sforzo minimo.

Il sistema cognitivo 2 funziona mediante operazioni lente, deliberate, basate sulla logica o sul calcolo, richiedenti un certo impegno di attenzione e di memoria.

L'**errore** si verifica quando il sistema 1 produce una soluzione scorretta, magari, anche perché influenzato dalla forma con cui è stato presentato il problema, e il sistema 2 non la sottopone a verifica, magari perché condizionato dalla fretta o dalla distrazione.

Reason nel 2002 scriveva sul *British Medical Journal*: *"Gli uomini sono fallaci ed errori si verificano anche nelle migliori organizzazioni. Non possiamo cambiare la condizione umana, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano"*.

Si è affermata, in pratica, una considerazione positiva dell'errore nel senso che da esso si impara. C'è inoltre un largo consenso nel ritenere che l'errore influenzi significativamente le caratteristiche delle prestazioni sanitarie, che, quindi, per essere di qualità accettabile devono avere non solo un contenuto tecnico sufficiente, ma anche un massimale grado di sicurezza.

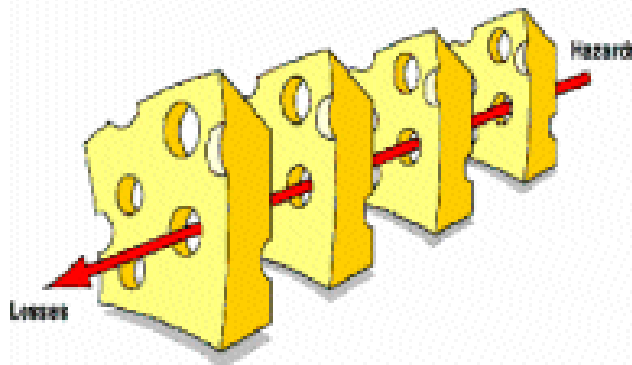
Nella concezione attuale si distinguono **3 livelli** causali di errori medici (cfr. **all. 2**):

- **cause remote** (carenza o cattivo uso di risorse, cattiva organizzazione dei servizi)
- **cause immediate** (dovute a deficit del singolo operatore, cioè all'interfaccia paziente-operatore medico)
- **insufficienza o fallimento dei meccanismi che avrebbero dovuto impedire le conseguenze negative dell'errore** (per es. mancata supervisione di un esperto durante una procedura tecnica eseguita da un novizio, mancato controllo di una prescrizione, ecc.).

- APPROCCIO SISTEMICO ALL'ERRORE

Per spiegare questa concezione dell'errore si fa di solito riferimento al cosiddetto modello dello **swiss-cheese**.

Tale modello descrive le organizzazioni come una serie di fette di formaggio svizzero che scivolano l'una sull'altra mediante continui moti browniani. I buchi rappresentano falle nelle barriere di sicurezza. Lo spostamento delle fette può determinare il casuale allineamento dei buchi. Quando tutti i buchi si allineano, la "traiettoria delle opportunità" dell'errore si realizza in uno degli eventi negativi di cui al successivo **glossario**, utile anche per la necessaria uniformità dei termini impiegati in materia (cfr. **all. 1**)



- LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI E LA PROGETTAZIONE DEI SISTEMI DI SICUREZZA IN SANITÀ

Premesse fondamentali all'approccio di sistema dell'errore sono, si ribadisce, che il genere umano è composto da individui fallibili, che gli errori si devono aspettare anche nelle migliori organizzazioni, che essi non originano dalla perversa natura della persona ma da limiti dei **processi cognitivi** (ricorrentemente **ingannati** da condizioni contingenti relative al soggetto e/o al compito e/o al contesto) e che, quindi, sono la conseguenza di determinati presupposti multifattoriali.

Se, come già ricordato, nella concezione attuale si distinguono tre livelli causali dell'errore

- cause remote
- cause immediate
- insufficienza/inefficienza dei meccanismi di protezione

la **strategia** di prevenzione degli errori non può che essere orientata a:

- eliminare le cause remote che predispongono il contesto
- rendere sicuri, affidabili i comportamenti degli operatori che possono commettere violazioni, distrazioni, ...
- predisporre e tenere efficienti i meccanismi di protezione che intercettino gli errori prima del concretizzarsi dell'evento avverso.

Insomma la strategia deve riguardare i differenti presupposti: l'operatore, il gruppo, il compito, la condizione lavorativa, l'istituzione come sistema.

Gli studi sulle organizzazioni che si sono dimostrate di maggior successo per quanto riguarda la sicurezza hanno permesso di rilevare quali sono, di massima, i **concetti**

base per minimizzare gli errori (cfr all. 3) e i principi della progettazione dei sistemi per la sicurezza nelle istituzioni sanitarie (cfr all. 4)

- IL CLINICAL RISK MANAGEMENT O LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La tipologia prioritaria del rischio in sanità è quella insita nei processi primari di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione collegati sia ai comportamenti degli operatori che alla loro organizzazione.

Essa ricade nell'ambito di quella logica gestionale chiamata **governo clinico**.

Perciò nel più ampio **risk management** (gestione del rischio in sanità) si configura uno specifico **clinical risk management** (gestione del rischio clinico) come *funzione di coinvolgimento e responsabilizzazione dei professionisti nella prevenzione dei rischi della pratica clinico-assistenziale attraverso l'analisi e l'azione sulle dinamiche di errore e sulle condizioni operative in cui tali dinamiche possono determinare eventi avversi*.

In altre parole la gestione del rischio clinico è uno dei bracci operativi del governo clinico e, quindi, della gestione del rischio in sanità che, come già innanzi precisato, prevede una partecipazione attiva anche del paziente sia nella ricerca che nell'applicazione degli interventi correttivi dei rischi.

- LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ED IL GOVERNO CLINICO

In una prospettiva più ampia la **gestione del rischio clinico** si configura come strumento gestionale di **governo** volto a ridurre numero e gravità degli "errori" che si realizzano tra le persone, i loro comportamenti e i sistemi organizzativi e gestionali al fine di migliorare le pratiche cliniche e assistenziali, in maniera tale che i professionisti abbiano a disposizione le più adeguate e utili conoscenze, capacità ed abilità rispetto alla situazione che devono affrontare relativamente ad un ambiente che consenta un loro efficace utilizzo.

Quindi la gestione del rischio clinico si propone di ricercare la minimizzazione dei rischi non come semplice riduzione degli errori e delle loro derivanti conseguenze, ma come **creazione di una competenza teorico-pratica** che sia il risultato di un processo generale di apprendimento continuo, individuale e collettivo.

Il **piano degli interventi correttivi** presuppone la seguente successione di fasi:

- Analisi degli incidenti, della pratica clinica e dei suoi risultati
- Identificazione dei fattori umani, organizzativi ed ambientali associati con i risultati sfavorevoli
- Sviluppo di cambiamenti, risorse e strategie per il rischio clinico.

- LA GESTIONE DELL'AVVENUTO INCIDENTE

Quando accade un evento avverso il problema, come già precisato, non è identificare chi ha sbagliato, ma comprendere **quale** criticità si è materializzata e/o **perché** le barriere di protezione hanno fallito **in modo da** individuare lo specifico correttivo del/i fattore/i in causa.

Ciò richiede uno studio approfondito ed un tempo non breve.

A latere, nell'occasione si deve attivare un meccanismo di ulteriore riscontro che sia del tutto coerente con la concezione sistematica dell'errore (non va colpevolizzato chi l'ha commesso, bisogna provvedere alle necessità del paziente e dei suoi parenti, occorre registrare obiettivamente l'accaduto...).

I momenti essenziali di tale delicato e importante meccanismo sono sintetizzati nel prospetto **Quando è avvenuto un incidente: cosa fare** (cfr. **all. 5**)

- GLI STRUMENTI OPERATIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Considerata l'accezione estensiva con cui è stato innanzi definito il concetto di gestione (coinvolgimento e partecipazione anche dei pazienti e/o suoi rappresentanti) gli strumenti operativi per prevedere, prevenire e ridurre i rischi clinici, attraverso processi coordinati di segnalazione, registrazione, identificazione ed analisi degli incidenti, sono quelli sottoelencati:

- la mappatura dei rischi
- la segnalazione e l'analisi degli incidenti critici
- le linee guida ed i percorsi diagnostici-terapeutici
- l'audit clinico
- la negoziazione della sicurezza clinica
- la comunicazione interna
- la cultura ed il clima organizzativo
- la relazione operatore-paziente
- la cartella clinica e la documentazione sanitaria
- il consenso informato
- il rapporto con le assicurazioni
- la comunicazione con la cittadinanza

- LA MAPPATURA DEI RISCHI

Un fondamentale passo nel superamento e controllo delle insicurezze di un Ospedale è costituito dalla identificazione dei rischi espressi dalla propria pratica assistenziale. Le fonti classiche per la loro individuazione sono :

- i claims
- le documentazioni clinico-assistenziali
- le segnalazioni volontarie
- gli eventi sentinella
- i riscontri informativi
- le segnalazioni integrate nelle procedure cliniche

Ogni fonte presenta vantaggi e svantaggi, quindi il ricorso a fonti multiple migliora la capacità di individuazione dei rischi.

Non menzionate nell'elenco di cui sopra , ma sempre più utilizzate in rapporto all'evoluzione dei sistemi informativi dell'Azienda, sono le documentazioni di uffici, servizi ed organismi istituzionali (URP, Affari Legali, Medicina Legale, Dipartimento di Prevenzione, Comitato per le infezioni ospedaliere, etc.), dalle quali viene assunto il massimo numero di informazioni relative a incidenti pregressi, disfunzioni e fonti di rischio.

- LA SEGNALAZIONE E L'ANALISI DELL'EVENTO CRITICO

La segnalazione degli eventi critici con la conseguente analisi delle loro cause è uno degli strumenti più efficaci per acquisire i dati d'interesse sugli incidenti occorsi e/o sugli incidenti mancati.

Prevede le seguenti fasi:

- identificazione dei rischi attraverso un sistema di registrazione degli eventi critici (evento sentinella, evento avverso, quasi evento, incidente, violazione);
- formalizzazione di una scheda per la segnalazione degli eventi critici;
- costituzione di una base-dati per la raccolta e valutazione degli elementi contenuti nella scheda;
- individuazione delle carenze del sistema assistenziale e proposizione dei correttivi/miglioramenti.

L'evento critico viene segnalato dagli operatori implicati nell'assistenza del caso dopo averne, assieme al responsabile del u.o., effettuato una **prima valutazione**, ricercato le possibili cause e individuato i correttivi ritenuti più idonei.

Quando desiderato, con diversi accorgimenti, può essere garantito l'**anonimato** di chi segnala.

Una **seconda valutazione** viene poi effettuata da parte del team di gestione del rischio clinico che esamina il caso con strumenti tecnici (es. R.C.A., F.M.E.A., F.M.E.A.C.) e valida le soluzioni individuate dagli addetti o ne individua altre.

E', pertanto, necessario coinvolgere e sensibilizzare tutti gli operatori dell'azienda.

Questo sistema contribuisce a delineare il profilo di rischio aziendale e, in una realtà cangiante come quella sanitaria, deve essere **aggiornato di continuo** per riuscire a registrare il più precocemente ogni nuova comparsa di rischi.

Inoltre, affinché questo stesso sistema possa pienamente funzionare, occorre creare in azienda un **ambiente facilitante** basato sui principi di miglioramento dei processi (il rischio e l'evento avverso sono l'occasione per risolvere l'insicurezza) e non di colpevolizzazione/punizione di chi ha sbagliato qualcosa.

Insomma va premiato, valorizzato chi partecipa ad una gestione trasparente ed interattiva della sanità e, per converso, va superato il sistema, in passato largamente diffuso, di favorire le omissioni e/o l'occultamento dei fatti.

- **LE LINEE GUIDA ED I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI**

Non è possibile un governo della pratica clinico-assistenziale (che ha per obiettivo la messa in sicurezza del paziente) senza considerare gli aspetti che potrebbero arrecargli nocimento e le alternative che permetterebbero di minimizzarli.

Perciò negli ultimi anni è stata prodotta una pletora di **linee guida** (e protocolli accreditati) quali strumenti di lavoro flessibili in cui il teorico bisogno del paziente è soddisfatto in funzione delle conoscenze scientifiche del momento.

Ma perché le prestazioni effettuate secondo le linee guida costituiscano garanzia di appropriato trattamento e di massimale tutela, occorre che siano **accettate** dai professionisti nonché dai pazienti e che siano **verificate** nell'efficacia del risultato (minimizzazione del rischio).

Le linee guida, inoltre, devono essere **tradotte** in percorsi diagnostico-terapeutici, cioè in esplicitazioni dettagliate dei processi a cui sottoporre il paziente. Detti percorsi consentono di identificare quali aspetti della pratica assistenziale siano da monitorare, quali informazioni siano da raccogliere in modo sistematico-standardizzato e quali indicatori siano utili per verificare l'effettivo raggiungimento anche del risultato riduzione del rischio.

Dunque, con tale caratterizzazione le linee guida, i protocolli ed i percorsi diagnostico-terapeutici sono assolutamente da implementare nel nostro Ospedale.

- **L'AUDIT CLINICO**

L'audit clinico è uno strumento interno di **autoverifica** dei comportamenti e di disamina dei percorsi assistenziali, finalizzato alla ricerca dei possibili fattori di sicurezza per il paziente.

Nella accezione anglosassone esso è anche un metodo fondamentale per rivedere gli eventi avversi e proporre azioni correttive che evitino il ripetersi di tali eventi.

La revisione avviene mediante un lavoro di gruppo *tra pari* di professionisti che aderiscono su base volontaria e che confrontano la pratica gestione del caso con i migliori standard scientifici a disposizione, seguendo una precisa struttura:

- 1) proposta del caso da esaminare
- 2) progettazione della riunione
- 3) svolgimento della riunione
- 4) stesura del report conclusivo
- 5) pianificazione dei correttivi
- 6) monitoraggio e valutazione dei cambiamenti

Ciò che viene discusso, appreso e condiviso attraverso il processo di audit è poi messo a disposizione dei professionisti interessati.

Si ritiene, perciò, quanto mai utile che nelle nostre unità operative l'audit clinico venga subito adottato ed al più presto implementato in chiave aziendale, ovvero per realizzare **obiettivi dell'Azienda**: appropriatezza, sicurezza, diminuzione dei profili di rischio assistenziale.

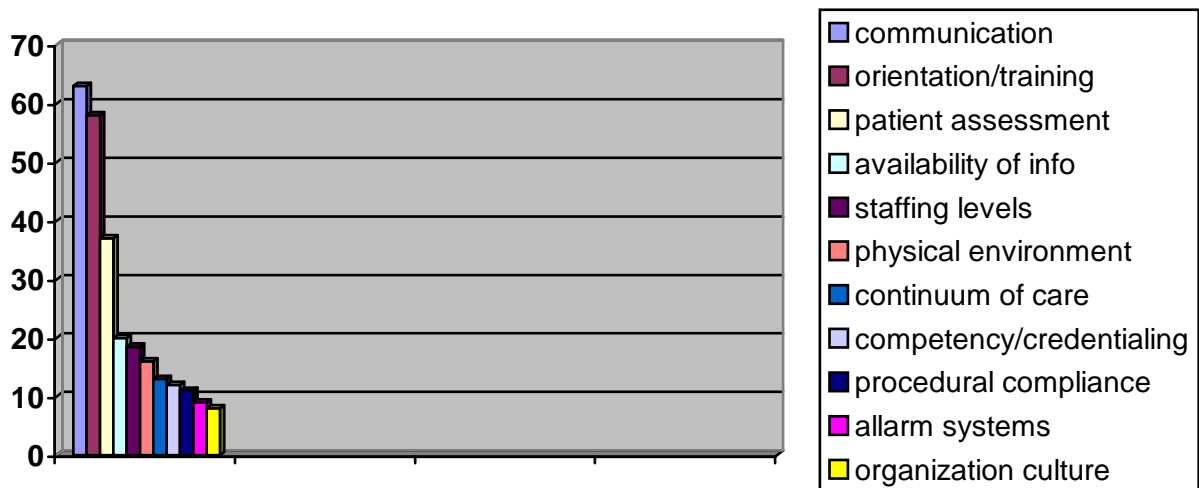
- LA CONTRATTAZIONE DELLA SICUREZZA CLINICA

Al fine di assicurarsi preliminarmente un ragionevole grado di **controllo sulla sicurezza delle diverse prestazioni assistenziali** l'A.O. ne può negoziare periodicamente con i singoli sanitari (o, quanto meno, con i Direttori di Dipartimento ovvero di U.O.) gli specifici standard di riferimento posti come obiettivi da realizzare (es.: tasso di infezioni ospedaliere, di infezioni del sito chirurgico, di mortalità entro un definito periodo, di reinterventi chirurgici, di eventi avversi da farmaci, etc.)

- LA COMUNICAZIONE INTERNA

La comunicazione tra i professionisti è d'importanza fondamentale all'interno della struttura sanitaria.

Essa è la prima causa di errore sulla base della root cause analysis effettuata dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations sugli eventi sentinella denunciati in medicina (cfr. **grafico 1**).



1 Cause più frequenti di eventi sentinella segnalati alla JCAHO dal 1995 al 2002

La mancanza di una fluida e capillare comunicazione interna , compromettendo la conoscenza necessaria per la migliore erogazione del servizio, danneggia la sicurezza del paziente ed il morale degli operatori che devono integrarsi nelle sue cure.

La puntualità della comunicazione deve ovviamente riguardare anche la patologia secondaria non oggetto del trattamento e arrivare a rappresentare ad un collega che la sua performance è stata o è potenzialmente dannosa per il paziente.

Una delle aree critiche in cui c'è bisogno di massimizzare la comunicazione interna è proprio la gestione del rischio assistenziale e più in generale la clinical governance.

- LA CULTURA ED IL CLIMA ORGANIZZATIVO

Un sistema di governo del rischio clinico non può prescindere da una cultura lavorativa ed, in particolare, da un clima organizzativo in grado di sentirne il significato pieno e trovarvi la convinta cooperazione degli operatori.

Per **clima organizzativo** si intende *un insieme di percezioni soggettive, socialmente condivise dai membri dell'organizzazione, il cui contenuto riflette sensazioni, vissuti e stati d'animo presenti nella relazione tra gli individui e l'organizzazione stessa.*

Detto clima organizzativo è una caratteristica abbastanza stabile dell'ambiente interno di un'organizzazione che, come percepita dai membri ed influenzata dal loro comportamento, può essere descritta da un complesso di fattori misurabili quali:

- coesione di gruppo
- relazioni con i superiori
- coinvolgimento nell'assetto lavorativo
- autonomia decisionale e responsabilizzazione organizzativa
- libertà di manifestare sentimenti ed idee
- aderenza tra strategia e realtà pratica
- chiarezza nella definizione di nuovi compiti
- sensibilità sociale e sentimento di equità
- apertura nei confronti del progresso sociale ed umano
- disponibilità e chiarezza nella diffusione delle informazioni
- condizioni fisiche e psicologiche di lavoro
- riconoscimento dei meriti ed incentivazione alla crescita professionale
- burnout

Lo studio e la valutazione del clima organizzativo costituisce la preconditione per realizzare un piano efficace di gestione del rischio clinico, perché avere un quadro della percezione globale del contesto ambientale da parte degli operatori è il punto di partenza per realizzare un lavoro di revisione degli eventi avversi e di miglioramento della sicurezza dei pazienti che si collochi esattamente all'interno della realtà e ne soddisfi pienamente i bisogni avvertiti.

A differenza della cultura lavorativa che non può essere quantificata o modificata in tempi brevi da un'amministrazione, il clima organizzativo è più soggetto ai mutamenti disposti dal management aziendale o dall'ambiente circostante.

E' convenienza anche della nostra istituzione migliorare il clima in parola creando vicinanza, comprensione, condivisione e, al tempo stesso, rifondando l'immagine dell'Azienda, così da aumentare la motivazione, la produttività, la disponibilità degli operatori verso gli obiettivi strategici, la dirigenza ed i colleghi.

- LA RELAZIONE OPERATORE- PAZIENTE

Il servizio sanitario viene erogato essenzialmente mediante un grandissimo numero di **relazioni e contatti interpersonali** (i mezzi hanno un ruolo secondario), sicchè i rapporti operatore-paziente sono il cuore della pratica clinico-assistenziale.

Ma perché questi rapporti conseguano il successo auspicato occorre che gli operatori tengano preliminarmente conto del fatto che negli ultimi anni i pazienti sono diventati:

- più esigenti
- più informati
- più tutelati

Detto cambiamento è intervenuto di pari passo con l'evoluzione della scienza, della tecnologia e della comunicazione.

Oggi il paziente ritiene di avere l'autonomia di decidere sulle scelte assistenziali che lo riguardano personalmente e non accetta passivamente il medico, qualunque esso sia, come un interlocutore che non ha alternative, ma lo sceglie in base alle informazioni raccolte sul suo conto (livello scientifico, posizione rivestita, abilitazione a specifiche procedure medico-chirurgiche, standard professionale etc.). Spesso egli continua nella sfiducia chiedendo conferma della correttezza di ogni singolo atto ad altro sanitario.

Perciò i rapporti con i pazienti devono essere contemporaneamente sostanziati dagli operatori con molteplici **valori e fattori positivi**: empatia, gentilezza, assertività, competenza, tempestività etc.

Tra essi particolare rilievo, nel nostro caso, meritano l'**affidabilità** (intesa come capacità di erogare la prestazione, secondo le aspettative, con la dovuta puntualità e la massima sicurezza, sfuggendo alla tentazione di enfatizzare il rischio assistenziale per minimizzare quello del possibile contenzioso medico-legale) e la **comunicativa** (come capacità non solo di fornire le informazioni e le spiegazioni del caso, ma anche di ascoltare il paziente, dargli attenzione, mettersi in sintonia con lui in modo da realizzare un servizio partecipato e garantirsi da eventuali contenziosi).

A tale comportamento la stragrande maggioranza degli operatori non è sufficientemente preparata.

E' opportuno pertanto che la nostra Azienda intervenga in questa complessa, articolata ed importante problematica fornendo ai professionisti quanto meno **linee guida di comportamento** e nozioni delle **tecniche di comunicazione sofisticate** cosicché la funzione primaria del "saper fare" venga valorizzata da quella non più secondaria del "saper essere".

- LA CARTELLA CLINICA E LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN GENERALE.

La cartella clinica, e la documentazione che riguarda l'assistenza prestata in generale al paziente (es. registro di sala operatoria, referti di esami specialistici, relazioni di consulenza ...), deve raccogliere in ordine cronologico ed in modo chiaro tutti i dati anagrafici-anamnestici-clinici-diagnostici-terapeutici-prognostici, tutte le prescrizioni e tutte le notizie ritenute rilevanti per la salute del paziente assistito.

Di essa si tratteranno altri aspetti di interesse successivamente.

Qui preme rimarcare come la cartella clinica sia il fattore chiave che permette il funzionamento del sistema nonché la ricostruzione a posteriori della vicenda del malato e del comportamento degli operatori.

Questi aspetti ne fanno lo strumento più importante a favore del medico in caso di querela, quando è ben compilata, e al tempo stesso il suo principale accusatore, quando è priva delle informazioni necessarie al caso. Può persino essere un elemento di accusa molto grave se eventi avversi non sono stati correttamente segnalati.

Insomma la cartella clinica, compilata in modo conforme, è un importantissimo mezzo di gestione dei rischi quantomeno perchè:

- dà testimonianza del consenso acquisito
- esplicita i motivi delle decisioni assunte
- fa fede della diligenza tenuta nella globalità del caso
- costituisce trasmissione informativa ad ogni altro curante
- è fonte di dati anche per indagini osservazionali sulla sicurezza.

- IL CONSENSO INFORMATO

In un'Azienda che pone la prevenzione come obiettivo rilevante del suo governo clinico il consenso è particolarmente importante.

Per *consenso informato* intendiamo una *procedura di informazione preventiva al paziente relativamente alle indagini diagnostiche e trattamenti cui lo stesso sarà sottoposto allo scopo di ottenerne il consapevole e responsabile assenso dopo essere stato ampiamente edotto dei relativi rischi.*

Come previsto dalla legge di Riforma Sanitaria del 1978, al fine di ottenere un consenso valido sia sul piano giuridico che morale è necessario che sia fornita all'utente una informazione completa e comprensibile.

Quindi il medico ha il dovere di dare al paziente, avendo cura di valutare il suo livello di cultura e la capacità di discernimento, le più ampie informazioni relative alle procedure diagnostiche e terapeutiche ed alla prognosi.

Dopo questa fase informativa si ritiene opportuno che un apposito **modulo** venga firmato sia dal paziente che dal medico con cui ha colloquiato.

Qualora il consenso fosse stato ottenuto in mancanza di informazione non sarebbe valido; infatti in tal caso non è valido ai sensi di legge.

Poiché il consenso può essere comunque revocato o modificato in qualunque momento dall'interessato ed in particolari circostanze dai familiari, è opportuno non firmare moduli da cui risulti evidente la volontà di delegare ogni responsabilità solo al paziente.

- **IL RAPPORTO CON LE ASSICURAZIONI**

L'assicurazione può essere considerata l'ultimo strumento di gestione della sicurezza, quello che si utilizza per trattare le conseguenze finanziarie e legali del danno ormai avvenuto. Tuttavia, se il rapporto con la Compagnia Assicurativa viene sapientemente istaurato, esso è anche un ulteriore strumento per minimizzare la possibilità che eventi inaspettati colpiscano l'azienda e per razionalizzare il costo che essi comportano in termini di polizze.

A tale scopo il predetto rapporto deve, tra l'altro, prevedere che la Compagnia:

- svolga concretamente il ruolo di partner della sicurezza in modo da assicurare un fattivo contributo alla prevenzione e protezione del danno;
- partecipi attivamente alla valutazione del contenzioso in modo da realizzarne una disamina completa ed approfondita;
- tenga debitamente conto dell'attivato controllo del rischio aziendale in modo da condividere un dimensionamento dei premi in rapporto all'efficacia del controllo stesso.

- **LA COMUNICAZIONE CON LA CITTADINANZA**

L'opinione pubblica esercita attraverso i **media** un peso crescente sugli Ospedali come effetto della maggiore attenzione collettiva alla salute ed alla qualità dei servizi sanitari.

E' indubbio che la spinta dei mezzi di informazione sia determinante nel definire l'agenda dei **temi caldi** all'interno della comunità locale, tra i quali la salute e la sicurezza occupano quasi sempre un posto centrale.

Dunque la realizzazione di un **piano sistematico di educazione pubblica** è al tempo stesso un obiettivo ed uno strumento del governo clinico mediante il quale questa

Azienda può convenientemente instaurare un relazione di reciprocità e trasparenza con la cittadinanza.

- L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA ED IL RISK MANAGEMENT

Recentemente sono stati proposti diversi interventi fondati sulla tecnologia informatica al fine di prevenire e/o ridurre particolari tipologie di rischio clinico.

L'informatizzazione di cartelle cliniche e dei vari referti rappresenta non solo una modalità per evitare errori legati alla interpretazione della grafia, ma garantisce una più completa e corretta compilazione di questi documenti, che, peraltro, possono essere rapidamente archiviati e recuperati. Sistemi informatizzati per le prescrizioni mediche, oltre la chiara leggibilità, devono seguire una struttura ben precisa circa il dosaggio e le modalità di somministrazione. In particolare, possono essere realizzati controlli attraverso sistemi automatizzati relativamente a diversi aspetti come le interazioni tra i farmaci, le allergie o l'appropriatezza del dosaggio, in maniera da ridurre il rischio di effetti indesiderati e reazioni avverse ai farmaci.

Anche l'uso del codice a barre e di dispositivi di distribuzione automatica dei farmaci sono utili per assicurare che la terapia sia effettivamente quella prescritta, per registrare i soggetti cui viene somministrata e per fornire un quadro generale del servizio farmaceutico, interfacciandosi con il sistema informativo generale della struttura.

- L'U.O.C. DI GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO

L'istituzione della U.O.C. di Governo del Rischio Clinico consente di disporre di un organico in possesso delle necessarie competenze tecniche per sperimentare e, soprattutto, realizzare progressivamente un regime di controllo dei rischi connessi alla pratica clinico-assistenziale.

I compiti essenziali da demandare e far realizzare gradualmente a questa u.o.c. sono in sintesi:

- la registrazione di tutti gli eventi avversi su apposito registro e su supporto informatico per mezzo di un database
- il monitoraggio di tutti gli eventi avversi finalizzato alla individuazione delle criticità ed alla formalizzazione di indicatori di esito delle prestazioni in causa
- l'individuazione, progettazione ed implementazione delle misure correttive per la soluzione delle criticità esaminate
- la diffusione periodica di modalità relazionali con gli addetti all'assistenza e specie con i referenti di reparto che favoriscano la definizione ed adozione di procedure standardizzate (protocolli diagnostico-terapeutici, linee guida, check

list, etc.), la verifica degli esiti prestazionali, la valutazione delle cause di errore comportamentale ed organizzativo

- la redazione di un **Rapporto annuale** sulle questioni della sicurezza clinico-assistenziale interna all'A.O che faccia il punto delle situazioni affrontate e dia indicazioni per l'aggiornamento della mappa dei rischi e la formulazione del nuovo piano aziendale per la sicurezza
- la redazione di un **piano per la sicurezza clinico-assistenziale** che indichi le priorità in materia, i provvedimenti da assumere, i tempi della loro realizzazione, i risultati da conseguire
- la redazione di un programma di informazione e formazione degli operatori sui temi della sicurezza in rapporto alle problematiche generali e contingenti nonché agli obiettivi aziendali
- il supporto di pertinenza ai professionisti di reparto preposti alla redazione della mappa dei rischi clinico-assistenziali in modo che possa fornire elementi di valutazione sufficienti alla prevenzione e controllo dei rischi stessi
- il supporto di pertinenza ai professionisti preposti alla gestione del contenzioso assicurando l'istruttoria d'interesse
- il supporto di pertinenza ai professionisti preposti agli altri settori della sicurezza aziendale (es.: Comitato per il buon uso del sangue, Comitato per le infezioni ospedaliere, etc.) al fine di contribuire alla massima efficacia ed efficienza delle risoluzioni approntate.

Le predette attività possono essere ripartite in due *strutture semplici*:

- U.O. di Registrazione ed Analisi dei Rischi
- U.O. di Pianificazione della Sicurezza.

- LE PRIME ATTIVITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'A.O. SAN SEBASTIANO DI CASERTA

Quelle che seguono sono le attività con cui potrebbe essere avviata la gestione del rischio clinico nella nostra A.O.

Per ognuna vengono spiegate le ragioni, le modalità e gli obiettivi.

Nell'insieme costituiscono un lavoro molto delicato e gravoso che, se adeguatamente supportato dall'Amministrazione nelle precondizioni richieste, si ritiene di poter completare entro 6 mesi dall'approvazione del progetto.

1. LA PRESENTAZIONE DEL CLINICAL RISK MANGEMENT AGLI OPERATORI

La realizzazione del *clinical risk management* non può avvenire senza la proattiva e fattiva partecipazione di tutti gli operatori dell'Azienda, che devono essere

opportunamente informati, sensibilizzati e motivati alla cultura della sicurezza clinico-assistenziale.

Si ritiene, pertanto, indispensabile che la prima iniziativa del team di gestione del rischio clinico sia quella di presentare ai dipendenti, mediante un'apposita conferenza interna, la nuova disciplina del clinical risk management ed il relativo progetto che quest'Azienda avrà approvato.

Ai fini del più efficace impatto comunicativo, nella conferenza, tra l'altro, sarà particolarmente rimarcato come il sistema del governo del rischio:

- abbia la sua centralità nella gestione dei processi clinico-assistenziali
- richieda la pianificazione di interventi correttivi per eliminare errori ed eventi avversi con la imprescindibile partecipazione del personale di c.u. reparto
- debba fornire le prove della protezione realizzata nei confronti di pazienti, operatori ed altri attori coinvolti
- costituisca interesse e garanzia degli stessi addetti all'assistenza.

2. LA INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI DI REPARTO

La delicatezza e complessità sia del rischio clinico che dell'impegno occorrente per il suo controllo, richiedono, a nostro avviso, che nell'organico di ogni Reparto vi siano **2 referenti per la gestione del rischio clinico**, 1 nella componente medica ed 1 in quella infermieristica o delle altre professionalità (40 + 40 = 80 referenti).

Si ritiene che la loro individuazione debba essere demandata ai Direttori e, rispettivamente, ai Caposala/Capotecnici delle singole UU.OO. ai quali questo team invierà apposita richiesta per iscritto.

3. LA FORMAZIONE DEI REFERENTI DI REPARTO

Notoriamente agli operatori della sanità è finora mancato il confronto con il rischio come parte integrante dell'attività professionale e con la necessità di controllarlo in forma sistematica mediante strumenti di valutazione e verifica specifici.

Occorre, pertanto, che gli 80 referenti per il clinical risk management dei singoli Reparti seguano un **programma di informazione e formazione** che tenga conto sia delle problematiche generali che delle emergenti necessità oltrechè dello specifico progetto aziendale da realizzare.

Si è ovviamente disponibili a contribuire a tale informazione-formazione (sono necessari anche **esperti esterni**), il cui programma sarà definito in rapporto al progetto approvato.

4. LA SEGNALAZIONE E L'ANALISI DEGLI INCIDENTI

Sul sistema di segnalazione, registrazione, monitoraggio ed analisi degli eventi critici si è già dettagliato in un precedente, apposito paragrafo.

Qui ci si limita a rimarcare come, nell'iniziativa da realizzare in questa A.O., sia previsto che:

- il personale dei reparti segnali al team di gestione del rischio clinico tutti quegli eventi, reali e potenziali, responsabili di conseguenze negative per i pazienti, per gli operatori e per la stessa A.O.;
- la segnalazione avvenga tramite la **scheda** di seguito indicata (cfr **all. 6**)
- il predetto team motivi e supporti il personale dei reparti e lo coinvolga nella disamina delle criticità, nella ricerca delle cause profonde nonché nella individuazione dei correttivi;
- gli eventi avversi raccolti, quando di particolare interesse, vengano poi discussi all'interno dell'u.o. anche come **base di audit clinico**;
- i correttivi individuati, quando rilevanti, vengano proposti per la **riprogettazione della pratica assistenziale** in causa (es. linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici ...)

5. LA RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI A MAGGIOR RISCHIO

Il ruolo essenziale di un corretto programma di governo del rischio clinico è quello di condurre alla identificazione dei rischi residui, intrinseci al processo (rischi legati al caso), e di individuare-eliminare-minimizzare quelli legati alla cattiva/inadeguata organizzazione o gestione del processo stesso.

A tale scopo sono state messe a punto **2 schede di rilevazione delle prestazioni cliniche ed assistenziali ritenute a maggior rischio di errore per l'operatore e di danno per il malato** (cfr. **all. 7 e 8**).

Esse saranno trasmesse a ciascun reparto per la compilazione da parte dei medici e degli infermieri, che vi potranno anche quantificare il grado di rischio (i buoni risultati si ottengono solo se i professionisti partecipano sia alla fase di individuazione che a quella di proposizione dei miglioramenti/correttivi)

Naturalmente il predetto personale di reparto verrà supportato, ove necessario, nella fase di compilazione e coinvolto, poi, in quella di valutazione delle schede.

Le risposte acquisite tramite queste schede verranno elaborate con appositi sistemi di analisi del tipo FMEA e/o FMEAC.

I dati dell'elaborazione, trasmessi all'Amministrazione di questa A.O., consentiranno potenzialmente di contribuire alla:

- mappatura del rischio clinico più centrale, quello attinente il trattamento medico-chirurgico ed assistenziale in cui sono implicati i comportamenti degli operatori e la loro organizzazione
- elaborazione di linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici più rispondenti alle reali necessità dei singoli reparti, che erogheranno così le migliori prestazioni possibili al momento perché contenenti in sé la sola possibilità del rischio attribuibile al caso
- eliminazione dello stress lavorativo degli addetti all'assistenza altrimenti sempre preoccupati dall'eventualità di essere coinvolti in azioni legali da parte dei pazienti trattati con percorsi non sottoposti a revisione
- creazione del "paziente esperto", cioè del paziente messo a conoscenza con chiarezza e trasparenza di quanto fatto per minimizzare il rischio e, quindi, capace di "autogestione" di fronte alla prestazione (con rischio ineliminabile) che lo aspetta ed alle alternative che gli si presentano.

6. LA DISAMINA DEL CONTENZIOSO

È notorio che il contenzioso da presunta responsabilità professionale ha raggiunto anche in Italia **livelli preoccupanti** per la struttura sanitaria a causa dei negativi effetti in termini di immagine, di produttività e di economia: quest'ultima legata alle spese dirette del conflitto giudiziario, alle spese indirette dello sviluppo reattivo di una **medicina difensiva** (che comporta un aumento dei costi di cura) ed agli oneri esorbitanti dei premi assicurativi accompagnati da un corteo di condizioni svantaggiose, quali applicazione di franchigie, mancata copertura della colpa grave, introduzione del diritto di rivalsa, ... indisponibilità della compagnia al nuovo contratto di appalto.

La realizzazione di qualsiasi intervento in proposito richiede, tuttavia, una approfondita conoscenza della problematica nelle sue dimensioni complessive e caratteristiche qualitative nonché nelle specifiche criticità di ogni singolo Reparto. Soltanto così possono definirsi programmi di risk management finalizzati alla promozione di correttivi veramente idonei ad evitare il ripetersi degli errori, limitare il contenzioso e migliorarne la gestione.

Il punto di partenza per tale scopo è, quindi, l'attivazione di un **sistema operativo** che ricerchi ed analizzi tutte le possibili cause del contenzioso, individui quelle che possono essere eliminate o ridotte e definisca le modalità più opportune del suo riscontro per minimizzarne le conseguenze negative.

Il sistema operativo messo a punto in collaborazione con la Medicina Legale si fonda sulla valutazione delle molteplici variabili indicate nella **scheda** (cfr. **all. 9**) e sulla disamina di tutta la documentazione sanitaria relativa a ciascun caso di contenzioso (alla ricerca dell'eventuale rintracciabilità del danno e, quindi, della possibilità di dimostrare o meno la correttezza assistenziale oltre che la conformità

degli elementi d'interesse ed, in particolare, per i trattamenti invasivi, del consenso informato).

L'attuazione del sistema in parola verrà effettuata di concerto con la Medicina Legale.

Allo stato i casi di contenzioso esistenti in Medicina Legale sono 80; si prevede di riuscire a valutarne 40 entro 6 mesi dall'eventuale approvazione di questo progetto.

Naturalmente si è disponibili a partecipare alla disamina dei **nuovi casi di contenzioso** nell'ambito di una Commissione formalmente istituita e composta anche da rappresentanti della Medicina Legale, degli Affari Generali, del Reparto in causa, della Compagnia Assicurativa e l'eventuale Broker.

7. LA PROCEDURA OPERATIVA “GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA”

La cartella clinica è uno degli elementi critici dell'organizzazione ospedaliera perché *deve compendiare in una registrazione scritta non solo le condizioni cliniche del paziente ricoverato dall'ingresso fino alla dimissione, ma anche la sequenza ordinata delle singole azioni assistenziali, delle quali vanno esplicitate le relative motivazioni e risultanze, che un insieme di operatori ben identificati ritiene di mettere in pratica, sulla base del più valido supporto scientifico, tecnico ed economico esistente al momento della degenza, per assicurare al meglio la prevenzione e/o diagnosi e/o cura e/o riabilitazione di quello stesso paziente.*

Altro che atto notarile del ricovero!

Nel campo sanitario, inoltre, è richiesta la **diligenza massima possibile** (art. 1176 del codice civile: “ ... la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata”) e, ovviamente, non basta l'affermazione autoreferenziale di averla ma occorre documentarla, con ciò ritornando alla corretta registrazione della cartella clinica.

D'altra parte è ormai notorio che in tutti i paesi a capitalismo avanzato il contenzioso da presunta responsabilità professionale è diventato un problema sociale che in Italia ha avuto un incremento quasi esponenziale negli ultimi anni: i procedimenti giudiziari per *malpractice* intentati annualmente contro i soli medici allo stato sono stimati intorno a 12.000.

I cittadini oggi si attendono di essere trattati con rispetto come individui dotati di autonomia decisionale e di capacità critica verso qualunque autorità quando sono oggetti di scelte che li riguardano personalmente su questioni importanti (la salute è la massima priorità).

Nell'immaginario collettivo di una società contemporanea molto esigente il progresso della scienza medica viene spesso enfatizzato e l'insuccesso inteso come conseguenza di condotta errata da denunciare con il termine di **malasanità** e sanzionare severamente.

Perciò gli operatori sanitari oggi hanno bisogno di migliorare la qualità e quantità della relazione con i pazienti/utenti/clienti diventando **fluente comunicatori**: lo scambio di maggiori e migliori informazioni è sempre più il cuore della pratica clinica.

Una concisa ma esauriente e ben scritta documentazione sanitaria rappresenta un prezioso strumento professionale ed è praticamente inattaccabile nei contenziosi per malpractice in quanto, sotto l'aspetto medico-legale, ciò che è annotato fa piena prova fino a querela di falso e ciò che non è registrato non risulta effettuato.

Insomma la carenza di annotazioni legittima a ritenere difettosa l'assistenza e prospetta una responsabilità, per contro se la cartella clinica riporta le circostanze che hanno indotto l'operatore a sbagliare l'errore è giustificabile.

Dunque bisogna strutturare, redigere, comporre, custodire..., in una parola gestire la cartella clinica sempre in modo preciso, organizzato, completo in rapporto all'evoluzione della medicina. Ed infatti un costante adeguamento della gestione di tale documento costituisce puntuale obbligo anche per l'accreditamento della struttura.

Mancando un riferimento aggiornato ed approfondito al riguardo si è di recente collaborato alla redazione della **Procedura operativa di gestione della cartella clinica** appositamente elaborata per le esigenze della nostra realtà ospedaliera.

Si auspica che detta procedura, quanto mai necessaria, venga al più presto formalizzata.

8. VERIFICA DELL'ATTUALE GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA

E' stato innanzi esaurientemente rappresentato che i sanitari dovrebbero avere un particolare interesse alla corretta gestione della cartella clinica.

Troppo spesso, invece, la visione di quanto in essa documentato fa constatare che nella realtà non è così: a prescindere dall'aspetto della leggibilità connessa alla calligrafia, è palese che, per lo più, la sua compilazione è vissuta come un inutile fastidio e come ai medici manchi anche la consapevolezza della sua valenza di atto pubblico e probatorio.

Allo scopo di verificare il grado di conformità gestionale della cartella clinica da parte dei sanitari del nostro ospedale è stata elaborata una apposita **griglia di valutazione** (cfr. **all. 10**).

Con essa si intende esaminare un campione di **300 cartelle cliniche**, relative all'anno 2004, dei vari reparti del nostro ospedale e, in dettaglio, identificare/quantificare, sulla base di criteri oggettivi, i principali problemi che i medici di questa A.O. fanno oggi rilevare circa la compilazione e registrazione dei dati nonché gli aspetti medico-legali relativi al *layout* dei documenti.

Le risultanze potranno costituire anche oggetto di una successiva revisione della menzionata **Procedura operativa di gestione della cartella clinica**.

9. LA REDAZIONE DI UN MANUALE PER LA GESTIONE DEL RICOVERO

Il ricovero è un processo assistenziale delicato e composito che, per la sua conformità, deve essere governato predisponendo dettagliatamente le azioni ritenute corrette nelle diverse situazioni del processo stesso (ad es. tipologia: urgente, elettiva; ambito: medico, chirurgico, riabilitativo; fasi: pre-ricovero, accettazione, degenza, dimissione, trasferimento, post-ricovero; esito: guarigione, invalidità, decesso...).

Nel nostro ospedale non risulta finora predisposto un riferimento per le predette azioni.

Si è perciò disponibili ad attivare e coordinare un gruppo di lavoro interno (composto variabilmente, a seconda delle tematiche, da rappresentanti della Direzione Medica Ospedaliera, del Pronto Soccorso, della Centrale Operativa 118, di u.o. di Degenza, della Medicina Legale, ...) che al più presto elabori un **Manuale per la gestione del ricovero** in rapporto alle specifiche necessità di questa A.O.

I vantaggi dell'iniziativa sono più che evidenti in termini di qualità assistenziale per il paziente e di organizzazione operativa per l'amministrazione.

10. L'INDAGINE ESPLORATIVA SUGLI ERRORI NELLA FARMACOTERAPIA

Tutti gli studi di risk management segnalano che una quota considerevole degli eventi avversi rilevati è dovuta ad errori nella somministrazione dei farmaci.

L'*errore* in questo caso viene definito come la *discrepanza tra quello che il medico ha prescritto e quello che effettivamente è stato o non è stato somministrato al paziente*.

La farmacoterapia è, invero, un processo articolato in più fasi che coinvolge numerosi professionisti con diversi ambiti di responsabilità e perciò presenta molteplici fonti di potenziale errore.

Allo scopo di identificare le tipologie degli errori e delle conseguenze che si verificano nel nostro ospedale, poi individuare i fattori contribuenti ed infine rimuoverli e migliorare la performance degli operatori nel processo in questione si è disponibili ad attivare e coordinare un gruppo di lavoro che effettui in **5 unità di degenza** campione una **indagine conoscitiva sugli errori di prescrizione, trascrizione e registrazione in farmacoterapia**. I materiali e metodi di questa indagine verranno definiti di concerto con le uu.oo. di farmacia e di degenza campione.

Successivamente, sulla base delle risultanze conseguite, potrebbe essere realizzato il complementare *obiettivo di migliorare la sicurezza dell'uso di farmaci ad alto rischio*.

11. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA NEI DEGENTI

I degenti degli ospedali sono oggi percentualmente in condizioni fisiche più compromesse rispetto al passato (per acuzie, polipatologia, età avanzata...) e presentano un maggior rischio di caduta accidentale.

Allo scopo di conoscere l'entità di tale rischio e di minimizzarlo mediante interventi di prevenzione e sorveglianza permanente da far attuare nel nostro ospedale è stata approntata una specifica *scheda di valutazione infermieristica* (cfr. **all. 11**).

Essa presenta una sezione per la raccolta dei dati anagrafici del paziente ed un'altra per l'assegnazione di un punteggio (0-5) in rapporto alle sue condizioni psicofisiche. La valutazione dei singoli pazienti sarà effettuata, in modo rapido e semplice, al momento del ricovero o durante il corso della degenza.

Conseguentemente il **rischio di caduta** potrà essere **ridotto in forma personalizzata** erogando un'assistenza più corrispondente ai bisogni del malato (maggiore attenzione del personale, adeguata sistemazione del paziente, utilizzo di spondine al letto, ...) e fornendo allo stesso malato le più utili informazioni logistiche del caso (disposizione degli arredi nella stanza, esistenza di eventuali barriere architettoniche, collocazione dei pulsanti per l'accensione delle luci e la chiamata degli operatori...).

Il personale dei reparti verrà opportunamente sensibilizzato e motivato all'impiego della predetta scheda.

Questa, dopo la dimissione del paziente cui si riferisce, dovrà essere trasmessa in copia al team di gestione del rischio clinico per ulteriori riscontri (es.: determinazione del rischio caduta nei malati afferenti, valutazione di efficacia delle misure adottate...) che saranno oggetto di una apposita relazione dopo sei mesi di sperimentazione dell'iniziativa.

GLOSSARIO

DANNO	Effetto sfavorevole sullo stato di salute arrecato da un trattamento sanitario e non dalle condizioni o dalla malattia del paziente.
ERRORE	Omissione o esecuzione di un intervento cui consegue un evento avverso non intenzionale e clinicamente significativo per il paziente ovvero fallimento delle azioni programmate per realizzare il fine desiderato senza che vi sia stata l'interferenza di un fatto imprevisto.
ERRORE CLINICO	Mancato inquadramento del caso- per effetto di negligenza, imprudenza o imperizia medica – nell'ambito della malattia cui dovrebbe corrispondere sulla base dell'attualità della scienza medica pur presentando esso, manifesti e non equivoci, i sintomi fondamentali.
EVENTO AVVERSO	Danno non intenzionale causato da un errore del processo di cura e perciò inatteso anche se prevenibile/ evitabile ovvero complicanza legata alle condizioni cliniche e/o al trattamento e perciò attesa o inattesa ma non prevenibile/ né evitabile.
EVENTO SENTINELLA	Indicatore rappresentato da un evento inatteso che si è manifestato con un danno grave o che aveva la potenzialità di determinarlo e che, perciò, rende obbligatoria un'analisi conoscitiva per accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili.

GOVERNO CLINICO	Insieme delle azioni e/o dei provvedimenti messi in atto da una pluralità di dirigenze per garantire sia il corretto impiego delle risorse che la adeguata qualità, sicurezza ed appropriatezza delle cure.
INCIDENTE	Evento inatteso, con danno o senza danno per il paziente, che si verifica nel corso di un trattamento come effetto combinato dell'azione dell'operatore con le condizioni di precarietà latenti (strutturali, organizzative, dotazionali...).
MALPRACTICE	Pratica clinico-assistenziale colposa che determina un danno evitabile al paziente.
QUASI EVENTO o QUASI ERRORE	Errore, violazione o incidente che, per causa fortuita o intervento tempestivo di un operatore, non ha avuto conseguenze.
RISCHIO	Probabilità di subire un danno o una perdita a seguito dell'esposizione ad un dato agente.
RISCHIO CLINICO	Eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore assistenziale.
RISCHIO RESIDUO	Eventualità di subire un danno come conseguenza imprevedibile della specifica reattività dell'individuo e/o dell'incompleta conoscenza del sistema in causa.
VIOLAZIONE	Mancato rispetto delle procedure codificate per eseguire in modo corretto e sicuro una prestazione.

CAUSE REMOTE DI ERRORE

1. Carico di lavoro eccessivo
2. Supervisione inadeguata
3. Struttura edilizia dell'ambiente di lavoro o tecnologie inadeguate
4. Comunicazione inadeguata tra operatori
5. Competenza o esperienza inadeguate
6. Ambiente di lavoro stressante
7. Recente e rapida modificazione dell'organizzazione lavorativa
8. Obiettivi in conflitto (p. es. tra limiti economici ed esigenze cliniche)

CAUSE IMMEDIATE DI ERRORE

1. Omissione di intervento necessario
2. Disattenzione, negligenza
3. Violazione di procedimento diagnostico/terapeutico appropriato
4. Inesperienza in procedura diagnostico-terapeutica invasiva
5. Difetto di conoscenza (p. es. di nuovo trattamento)
6. Insufficiente competenza clinica
7. Insufficiente capacità di collegare dati del paziente e conoscenze cliniche
8. Difetto di prescrizione (p. es. ricetta illeggibile, spiegazione insufficiente, mancato coordinamento delle prescrizioni specialistiche)

CONCETTI BASE PER MINIMIZZARE GLI ERRORI

1. Semplificare. Ridurre le tappe nei processi di lavoro. Ridurre gli elementi non necessari.
2. Standardizzare. Limitare le varietà non necessarie di farmaci, equipaggiamenti, regole, processi di lavoro.
3. Stratificare. Identificare gli strati di necessità e la “massa dei clienti” per ogni strato. Evitare “una misura per tutti”. Sostituire con “cinque misure van bene all’80%”.
4. Migliorare il disegno di comunicazione degli ascoltatori. Usare la ripetizione, un vocabolario standard.
5. Favorire la comunicazione contro il gradiente di autorità. Allenarsi alla comunicazione di gruppo. Usare i metodi nominali di gruppo e altri processi di gruppo.
6. Usare i difetti in modo appropriato. Disegnare processi nei quali il canale sicuro è quello che richiede meno energie. Far sì che “fare la cosa giusta” sia la cosa più facile da fare.
7. Andare cauti nell’automatizzare. Assicurarsi che l’operatore conosca il vero stato del sistema.
8. Usare le disponibilità e mappature naturali. Lasciare che l’ambiente e l’equipaggiamento parlino, informando l’utente sull’uso appropriato.
9. Rispettare i limiti della vigilanza e dell’attenzione del personale sanitario.
10. Incoraggiare la denuncia degli errori e delle condizioni pericolose accettando l’anonimato.

- PRINCIPI DI PROGETTAZIONE DEI SISTEMI PER LA SICUREZZA

1) le responsabilità della leadership

- fare della sicurezza del paziente un obiettivo prioritario dell'organizzazione
- fare della sicurezza del paziente una responsabilità di ogni membro dell'organizzazione
- definire specifici incarichi ed identificare precisi obiettivi di sicurezza
- provvedere adeguate risorse umane e finanziarie per l'analisi degli errori e per la riprogettazione del sistema

2) rispettare i limiti umani nella progettazione del lavoro

- progettare le mansioni per la sicurezza
- evitare di fare affidamento sulla memoria: adottare check lists e protocolli, software dedicati alle interazioni tra farmaci
- usare vincoli e funzioni forzate
- semplificare le procedure: ridurre i passaggi
- standardizzare le procedure
- evitare di fare affidamento sull'attenzione prolungata

3) promuovere l'effettivo funzionamento dei teams

- preparare insieme coloro che dovranno lavorare insieme
- coinvolgere il paziente nel progetto di sicurezza e nella procedura assistenziale

4) anticipare l'imprevisto

- assumere un atteggiamento proattivo: esaminare i processi di cura considerati a rischio per la sicurezza e riprogettarli prima che un evento avverso si verifichi
- progettare le azioni di recupero da un errore commesso
- migliorare l'accesso ad informazioni accurate e tempestive

5) creare un ambiente di apprendimento

- usare il metodo della simulazione quando possibile
- incoraggiare la documentazione esplicita di errori e condizioni pericolose
- assicurare che nessun provvedimento punitivo sarà preso a carico di chi ha esplicitato errori
- sviluppare una cultura di lavoro in cui la comunicazione fluisca liberamente indipendentemente dal gradiente di autorità
- sviluppare meccanismi di feed-back e di apprendimento dell'errore.

QUANDO È AVVENUTO UN INCIDENTE: COSA FARE

Sia nel caso che l'incidente venga segnalato

Sia nel caso che divenga evidente di per sé

Nell'immediato

- provvedere alle necessità mediche del paziente
- analizzare i fatti e coordinare le risposte del team
- contattare il risk manager o l'ufficio legale
- stabilire come fare la segnalazione ai parenti

Nei riguardi dei parenti

- essere disponibili a domande e spiegazioni
- esprimere sincero rammarico
- evitare giustificazioni inutili
- evitare goffi tentativi di discolpa
- descrivere l'incidente succintamente

Nel periodo successivo

- evitare critiche al team od all'organizzazione
- organizzare un incontro coi parenti per chiarire il piano di recupero
- reincontrare periodicamente i parenti
- offrire supporto emozionale
- accettare apertamente la responsabilità del fatto
- accollarsi la responsabilità del follow-up

Documentazione

- registrare succintamente l'incidente (i fatti, non le considerazioni)
- verbalizzare l' incontro tenuto coi parenti per il piano di recupero
- evitare "abbellimenti" o tentativi di discolpa
- acquisire sempre il consiglio del risk manager o dell'ufficio legale
- non modificare mai la documentazione, eccetto che con "addenda" (solo se strettamente necessari) datati e firmati

Conservare l'evidenza

- fotocopiare la documentazione (compresi tutti i documenti di reparto inerenti l'incidente)
- non registrare opinioni o commenti
- conservare con cura tutto quanto correlato con l'incidente

DOPO L'INCIDENTE: LA SECONDA VITTIMA
(Colui/ colei che ha materialmente commesso l'errore)

Chi ha sbagliato diventa disfunzionale
il distress aumenta all'avvicinarsi del processo
il/la colpevole perde il sonno
può cadere nell'alcolismo od altro male
I colleghi possono essere di aiuto
riconoscendo causa e sintomi della stessa disfunzione
ponendosi in un atteggiamento di supporto

Comportamento

timoroso
indeciso
spavaldo
dubbioso
querulo
arrogante

Umore

depresso
aggressivo
lamentoso

Lavoro

evitamento delle guardie
assenteismo

DOPO L'INCIDENTE: ASSISTENZA AI RESPONSABILI

Interventi comportamentali

debriefing (psicologo) (48/72 h)
azioni sui colleghi (oltre 72 h)
supporto ai colleghi (periodicamente)

Interventi organizzativi

formazione
azioni sul top management

Benefici del debriefing

permette di accettare la realtà
facilita l'introspezione non autopunitiva
offre spunto per una discussione neutrale
rinforza la fiducia in se stesso

Beneficio dell'intervento sull'organizzazione

migliora il morale
favorisce la visione aperta
migliora la produttività
riduce i rischi di errore

MODELLO PER LA AUTO-SEGNALAZIONE DI INCIDENTE

U.O. _____ Codice di identificazione _____

Riepilogo dell'evento (non deve includere nomi dei pazienti, degli operatori o di altri individui coinvolti)

È stata avviata l'analisi dei fattori di rischio che sono all'origine dell'evento?

SI () NO ()

COMMENTI _____

Esiti dell'evento

Firma (facoltativa)

Data

Eventuale numero di telefono

**INTERVENTI/PROCEDURE A MAGGIOR RISCHIO DI DANNO PER IL PAZIENTE E/O DI ERRORE PER IL MEDICO
DURANTE IL PERCORSO ASSISTENZIALE**

U.O. di _____

Procedura o intervento	⁽¹⁾ Pericolosità da 1 a 10	⁽²⁾ Fase più a rischio del percorso assistenziale	⁽³⁾ Elementi causali del rischio	Provvedimenti idonei per la minimizzazione del rischio

Allegato 7

Per la compilazione seguire
le note esplicative sul retro

Allegato 7 bis

(1) Il rischio di un evento risulta dalla combinazione della **frequenza** con l'**esito** del suo verificarsi. Nel nostro caso assumiamo, convenzionalmente, la seguente classificazione di pericolosità

Rischio	Frequenza	Esito	Pericolosità
Basso	Rara	Minore Nessun danno evidenziabile o danno non permanente (entro 1 mese) Es: effetti collaterali riferibili alla somministrazione di farmaci al paziente sbagliato	1-2-3-4
Intermedio	Elevata	Moderato Danno semipermanente (esiti di durata > 1 anno) Es: effetti collaterali riferibili alla somministrazione di farmaci al paziente sbagliato	5-6-7
Alto	Rara	Maggiore Danno permanente maggiore Es: procedure, anche diagnostiche, a carico di pazienti o parti anatomiche sbagliate o reazione trasfusiva emolitica	8-9
Altissimo	Elevata	Gravissimo Morte	10

(2) Elenco indicativo delle possibili fasi più a rischio:

- selezione del paziente o del campione
- valutazione di idoneità
- acme anestesilogico
- atto chirurgico
- interruzione della procedura
- sincronismo delle attività
- impianto di dispositivo
- rimozione di dispositivo
- decorso post-operatorio immediato
- test farmacologico
- monitoraggio intraprestazione
- verifica finale
- altro

(3) Elenco indicativo dei possibili elementi causali del rischio:

- dotazione di personale
- comportamento del personale
- gestione delle informazioni
- modalità di comunicazione
- struttura dell'ambiente
- dotazione tecnologica
- manutenzione di apparecchiatura
- assetto organizzativo
- disponibilità di presidi
- disponibilità di linee guida
- studio del paziente
- sistema di sicurezza
- fattore esterno non controllabile
- altro

COMMENTI

Il Direttore dell'U.O. _____

**PRESTAZIONI/PROCEDURE A MAGGIOR RISCHIO DI DANNO PER IL PAZIENTE E/O DI ERRORE PER L'INFERMIERE
DURANTE IL PERCORSO ASSISTENZIALE**

U.O. di _____

Procedura o intervento	⁽¹⁾ Pericolosità da 1 a 10	⁽²⁾ Fase più a rischio del percorso assistenziale	⁽³⁾ Elementi causali del rischio	Provvedimenti idonei per la minimizzazione del rischio

Allegato 8

Per la compilazione seguire
le note esplicative sul retro

(1) Il rischio di un evento risulta dalla combinazione della **frequenza** con l'**esito** del suo verificarsi.
 Nel nostro caso assumiamo, convenzionalmente, la seguente classificazione di pericolosità

Rischio	Frequenza	Esito	Pericolosità
Basso	Rara	Minore Nessun danno evidenziabile o danno non permanente (entro 1 mese) Es: effetti collaterali riferibili alla somministrazione di farmaci al paziente sbagliato	1-2-3-4
Intermedio	Elevata	Moderato Danno semipermanente (esiti di durata > 1 anno) Es: effetti collaterali riferibili alla somministrazione di farmaci al paziente sbagliato	5-6-7
Alto	Rara	Maggiore Danno permanente maggiore Es: procedure, anche diagnostiche, a carico di pazienti o parti anatomiche sbagliate o reazione trasfusiva emolitica	8-9
Altissimo	Elevata	Grave Morte	10

(2) Elenco indicativo delle possibili fasi più a rischio:

- selezione del paziente o del campione
- valutazione di idoneità
- preparazione alla prestazione
- esecuzione della prestazione
- sincronismo delle attività
- interruzione della prestazione
- monitoraggio intraprestazione
- monitoraggio postprestazione
- verifica finale
- registrazione della prestazione
- altro

(3) Elenco indicativo dei possibili elementi causali del rischio:

- dotazione di personale
- comportamento del personale
- gestione delle informazioni
- modalità di comunicazione
- struttura dell'ambiente
- dotazione tecnologica
- manutenzione di apparecchiatura
- assetto organizzativo
- disponibilità di presidi
- disponibilità di linee guida/protocolli/...
- sistema di sicurezza
- altro

COMMENTI

Il Coordinatore Infermieristico _____

A.O. San Sebastiano di Caserta – *Gestione del rischio clinico* – Direttore Dott. Giovanni FEDERICO

Allegato 8 bis

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL CONTENZIOSO

- PROT. DS n° _____ del _____ // AAGG _____ del _____ // ML _____ del _____ ANNO _____
- DATI PAZIENTE = INIZIALI _____ SESSO _____ ETÀ _____ U.O. _____
- MOTIVAZIONE DEL CONTENZIOSO _____
- PROCEDURA O PERCORSO ASSISTENZIALE _____
- FASE DELLA PROCEDURA O PERCORSO _____
- TIPOLOGIA DELL'ERRORE _____ COMMISSIVO ___ () ___ OMISSIVO ___ () ___
 - DIAGNOSTICO _____
 - MEDICO _____
 - CHIRURGICO _____
 - ASSISTENZIALE _____
- DANNO _____ ENTITA' _____
- CARENZA CHE HA CAUSATO IL DANNO _____
 - TECNOLOGICA ___ () ___ STRUTTURALE ___ () ___ ORGANIZZATIVA ___ () ___
- RINTRACCIABILITA' DEL DANNO IN CARTELLA CLINICA _____
- ATTIVITA' POSTE IN ESSERE DALL'U.O.
 - PER PREVENIRE IL DANNO _____
 - PER RIDURRE LE CONSEGUENZE DEL DANNO _____
- DURATA MALATTIA: < 20 gg. ___ () ___ 20-40 gg. ___ () ___ > 40 gg. ___ () ___ malattia certamente o probabilmente non sanabile ___ () ___
- POSTUMI RESIDUATI: micropermanenti <10% ___ () ___ macropermanenti >10% ___ () ___ parzialmente o totalmente invalidanti ___ () ___
- DENUNCIA → CIVILE _____
 - PENALE _____
- ITER DEL CONTENZIOSO
 - ACCORDO _____
 - CAUSA _____
 - CIVILE _____
 - PENALE _____
- RISARCIMENTO _____
- INCIDENZA SUL COSTO DELLA SPESA SANITARIA _____
- OSSERVAZIONI:

A.O.R.N. "S. Sebastiano" di Caserta – Governo del rischio clinico- Direttore dott. G. Federico

Allegato 10

Griglia di valutazione della Cartella Clinica Area Medica N°U.O. diData.....

N°	Elementi della cartella clinica	Presenza (0-2)	Completezza nella compilazione (0-1-2)	Leggibilità (0-1-2)	Redattore (0-1-2)	Correzioni e/o cancellazioni (0-1-2)	Intestazione documento (0-1-2)	TOTALE
1	ORGANIZZAZIONE in sequenza logica e cronologica							
2	FRONTESPIZIO							
3	ANAMNESI							
4	ESAME OBIETTIVO							
5	DIARIO CLINICO							
6	GRAFICHE PARAMETRI VITALI							
7	LETTERA DIMISSIONE							
8	SDO							
9	DICHIARAZIONE DI USCITA VOLONTARIA							
10	CONSENSO AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO							
11	REFERTI DIAGNOSTICI							
12	CONSULENZE							
13	ESITI O POSTUMI							
14	EVIDENZIAMENTO di reazioni avverse allergie e/o intolleranze e/o dismetabolismi							
15	EVIDENZIAMENTO di pericolosità del paziente							
16	FIRMA DIRETTORE U.O.							
17	GENERALITÀ CURANTE							
18	CARTELLA INFERMIERISTICA							
19	GRADUAZIONE RISCHIO E/O LESIONE MEDIANTE SCALA							

A.O. San Sebastiano di Caserta – Gestione del rischio clinico – Direttore Dott. Giovanni FEDERICO

Allegato 10 bis

Griglia di valutazione della Cartella Clinica Area Chirurgica N°U.O. diData.....

N°	Elementi della cartella clinica	Presenza (0-2)	Completezza nella compilazione (0-1-2)	Leggibilità (0-1-2)	Redattore (0-1-2)	Correzioni e/o cancellazioni (0-1-2)	Intestazione documento (0-1-2)	TOTALE
1	ORGANIZZAZIONE in sequenza logica e cronologica							
2	FRONTESPIZIO							
3	ANAMNESI							
4	ESAME OBIETTIVO							
5	DIARIO CLINICO							
6	GRAFICHE PARAMETRI VITALI							
7	LETTERA DIMISSIONE							
8	SCHEDA ANESTESIOLOGICA							
9	SCHEDA OPERATORIA							
10	DECORSO POST-OPERATORIO							
11	SDO							
12	DICHIARAZIONE DI USCITA VOLONTARIA							
13	CONSENSO AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO							
14	REFERTI DIAGNOSTICI							
15	CONSULENZE							
16	ESITI O POSTUMI							
17	EVIDENZIAMENTO di reazioni avverse allergie e/o intolleranze e/o dismetabolismi							
18	EVIDENZIAMENTO di pericolosità del paziente							
19	FIRMA DIRETTORE U.O.							
20	GENERALITÀ CURANTE							
21	CARTELLA INFERMIERISTICA							
22	GRADUAZIONE RISCHIO E/O LESIONE MEDIANTE SCALA							

A.O. San Sebastiano di Caserta – Gestione del rischio clinico – Direttore Dott. Giovanni FEDERICO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA
DEL RISCHIO DI CADUTE IN OSPEDALE**

DATA _____ SCHEDA n° _____

COGNOME _____ NOME _____

ETÀ _____ U.O. _____

DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE _____

1 - Il malato si è presentato in ospedale o in reparto con una caduta recente?
(SI = 1 NO = 0)

2 - Il paziente è agitato?
(SI = 1 NO = 0)

3 - Ha una riduzione della vista che compromette la vita di ogni giorno? (uso di occhiali, patologie oculari, cecità)
(SI = 1 NO = 0)

4 - Ha bisogno di essere accudito frequentemente?
(SI = 1 NO = 0)

5 - Il punteggio di trasporto* e quello di mobilità** assommano a 3 o 4?
(SI = 1 NO = 0)

* per **trasporto** si intende il trasferimento del degente dal letto alla sedia, dal letto alla barella, ecc.

** per **mobilità** si intende la capacità del degente di spostamento nell'ambiente, di cambiamento posturale, ecc.

PUNTEGGIO DI TRASPORTO:

0 = malato incapace

1 = abbisognevole di un aiuto consistente (una o due persone, presidi fisici)

2 = abbisognevole di aiuto modesto (verbale o fisico)

3 = malato indipendente

PUNTEGGIO DI MOBILITÀ:

0 = malato immobile

1 = indipendente con l'aiuto di una sedia a due ruote

2 = cammina con l'aiuto di una persona

3 = autonomo

PUNTEGGIO TOTALE =

da 0 a 1 "MALATO NON A RISCHIO"

da 2 a 5 "MALATO A RISCHIO"

Firma dell'infermiere

N.B. La scheda deve essere compilata all'atto del ricovero e settimanalmente nel corso della degenza

A.O.R.N. "S. Sebastiano" di Caserta – Gestione del Rischio Clinico – Direttore: dott. G. Federico