

Area	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Prevenzione e gestione sistemica del paziente critico	Adozione MEWS per individuazione e gestione organizzativa del paziente critico	Aree di degenza ordinaria, aree di Osservazione Breve, PS, tutti gli ambiti di ricovero in cui non sia previsto un monitoraggio strumentale

Razionale

I pazienti di un reparto di degenza, per le loro condizioni cliniche, possono vivere un'esperienza di deterioramento clinico fino all'arresto cardiaco, il quale è evento tutt'altro che raro essendo accreditati a una incidenza variabile tra il 4 e il 16%.

Nei pazienti ricoverati, la causa aritmica dell'arresto cardiorespiratorio (ACR) è rappresentata prevalentemente da ritmi "non defibrillabili" (Asistolia/PEA) a prognosi infausta (0-5% di successi) anche in presenza di un sistema che garantisca una risposta rapida ed efficiente. Tali ritmi intervengono in conseguenza di un graduale deterioramento delle condizioni cliniche.

Organizzare la sorveglianza in modo da intercettare precocemente i segni del deterioramento clinico utilizzando uno score di "instabilità" (es. Modified Early Warning Score) risulta essere l'azione più efficace sulla prognosi dell'ACR in Ospedale.

La letteratura segnala che la prognosi dei pazienti che afferiscono direttamente alle terapie intensive è migliore rispetto a quelli provenienti dai reparti di degenza ordinaria perchè a questi ultimi viene riservato un trattamento sub-ottimale per più motivi: una organizzazione interna non idonea, la mancanza di conoscenze sufficienti e di supervisione, il ritardo nel riconoscere l'instabilità clinica e nel richiedere una consulenza utile.

Il riconoscimento di una "disparità tra i bisogni del paziente e il livello di assistenza che è possibile erogare" è un punto molto importante ed è chiaro che il successo dell'intervento correla in modo significativo con la precocità di tale riconoscimento.

Requisiti minimi

L'adozione dello strumento MEWS (consultare scheda tecnica approvata dal CSR 5/2009) che tiene conto di parametri oggettivi e per l'ottenimento di uno "score".

Il metodo di utilizzo dello strumento è identificabile in:

1. valutazione iniziale del paziente (escluso PS);
2. monitoraggio stato del paziente durante la degenza;
3. valutazione finale del paziente nel trasferimento nei reparti.

Lo strumento deve essere applicato, alla degenza ordinaria, alla osservazione breve e in tutti gli ambiti di ricovero in cui non sia previsto un monitoraggio strumentale.

La definizione dei tempi di monitoraggio e di rivalutazione dei parametri indicati dallo strumento che non devono essere superiori alle 8 ore per punteggi MEWS inferiori a 3 e non superiori alle 6 ore per punteggi MEWS superiori a 3.

L'adozione di una scheda che permetta l'annotazione dei parametri e la valutazione della scala MEWS.

È necessario prevedere una procedura di intervento con la valutazione dello score indicato dallo strumento coerente e condivisa con tutti i ruoli coinvolti.

È necessario prevedere un'adeguata formazione per il team dell'emergenza ed eventuali altri ruoli.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Recepimento della buona pratica con atto aziendale.

2. Attuazione

Messa a punto e applicazione dei requisiti minimi.

3. Valutazione

Adozione dello strumento MEWS.

Presenza della scheda grafica correttamente compilata per tutti i pazienti.

Tracciabilità dei tempi di monitoraggio e delle persone secondo quanto definito nella scheda.

Realizzazione della formazione.

Presenza e applicazione della procedura organizzativa sistemica sul paziente critico.

Indicatori di processo

Scheda correttamente compilata per tutti i pazienti.

Registrazione in cartella clinica di eventuale ordine di non rianimare.

Indicatori di risultato da utilizzare nel monitoraggio periodico del mantenimento della buona pratica. Nella fase di avvio questi indicatori possono essere calcolati come baseline di dati con i quali confrontare i risultati successivi.

Morte per ACR.

Obiettivo/desiderata: riduzione rispetto alla misurazione precedente

Numero di riammissioni dei pazienti dimessi dalla terapia intensiva.

Obiettivo/desiderata: riduzione rispetto alla misurazione precedente

Numero di ammissioni in emergenza in Terapia Intensiva.

Obiettivo/desiderata: riduzione rispetto alla misurazione precedente

Numero di giorni di attesa di dimissione dalla rianimazione per mancanza di posto letto in degenza.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. Use of the patient at risk scores in the emergency department: a preliminary study - J E Rees and C Mann, *Emerg. Med. J.* 2004;21;698-699.
2. Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward Haiyan Gao Ann McDonnell et al., *Intensive Care Med* (2007) 33:667-679.
3. Rapid response systems: A systematic review Bradford D. Winters, PhD, MD; Julius Cuong Pham, MD; Elizabeth A. Hunt, MD, MPH, et al., *Crit Care Med* 2007 Vol. 35, No. 5.
4. Findings of the First Consensus Conference on Medical Emergency Teams, Michael A. DeVita, MD; Rinaldo Bellomo, MD; Kenneth Hillman, MD; John Kellum, MD et al., *Crit Care Med* 2006 Vol. 34, No. 9.
5. Prediction of in-hospital mortality and length of stay using an early warning scoring system: clinical audit, R Paterson, DC MacLeod, D Thetford, A Beattie, C Graham, S Lam and D Bell, et al., *Clinical Medicine* Vol 6 No 3 May/June 2006.
6. Burch, VD Tarr, G e C Morroni, Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in-hospital mortality, *Emerg. Med. J.* 25; 674-678, 2008 – doi: 10.1136/ emj.2007.057661.

Area	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza nell'uso dei farmaci	Farmamemo	Azienda/Struttura

Razionale

Farmamemo è un progetto finalizzato al miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO). Dai dati forniti dall'Agenzia Regionale di Sanità, risulta che l'1% dei cittadini toscani utilizzano costantemente la TAO per la cura di condizioni croniche e che un terzo di questi è a rischio d'interazioni potenzialmente pericolose con altri farmaci. La TAO richiede il frequente monitoraggio dell'INR con specifico test ematico per verificare l'andamento dello stato di salute del paziente e per aggiornare il programma terapeutico. Inoltre, per garantire il successo della terapia, il paziente è tenuto a seguire alcuni accorgimenti rilevanti relativi al proprio stile di vita.

Farmamemo prevede l'utilizzo di specifici strumenti organizzativi, tecnici e di comunicazione finalizzati alla prevenzione dei rischi associati alla TAO ed a garantire ai pazienti elevati standard di qualità nella gestione della terapia.

Tali strumenti richiedono il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei medici curanti.

Requisiti minimi

L'organizzazione ha adottato un modello organizzativo per la gestione della TAO coerente con quanto previsto nella DGR 46/2008.

L'organizzazione dispone di un programma e di strumenti per l'educazione dei pazienti coerenti con i contenuti del vademecum per il paziente in TAO messo a punto dal Centro Gestione Rischio Clinico (Centro GRC).

L'organizzazione inserisce la gestione della TAO tra i progetti del piano di formazione aziendale con contenuti coerenti con gli indirizzi forniti dal Centro GRC ed individua il personale ospedaliero, del territorio e della medicina generale interessato alla gestione della TAO da coinvolgere nella formazione obbligatoria ECM.

I pazienti in TAO hanno un percorso dedicato per il monitoraggio dell'INR e per l'aggiornamento del programma terapeutico che prevede:

- entro 12h dall'esecuzione del prelievo:
 - la trasmissione della risposta al medico curante per scritto
- entro 24h dall'esecuzione del prelievo:
 - l'aggiornamento e la consegna al paziente del programma terapeutico per scritto;
 - la programmazione per scritto della data del successivo controllo INR

I medici curanti garantiscono l'accesso ai pazienti in TAO per la revisione clinica periodica e al bisogno.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

L'organizzazione:

- ha recepito con un atto formale un modello organizzativo per la gestione della TAO;
- ha inserito l'argomento nel piano formativo aziendale;
- ha pianificato l'educazione dei pazienti predisponendo i necessari materiali di supporto;
- ha definito un accordo formale con i medici curanti e con le strutture interessate (distretti, laboratori, unità di cure primarie ecc.) per il monitoraggio della TAO, l'aggiornamento del programma terapeutico, l'accesso periodico o al bisogno per le revisioni cliniche.

2. Attuazione

L'organizzazione eroga corsi di formazione sulla gestione della TAO ed il personale interessato partecipa all'aggiornamento.

L'organizzazione utilizza strumenti hardware e software affidabili e di comprovata usabilità per la determinazione dell'INR e la trasmissione dei risultati.

I pazienti ricevono le informazioni corrette in modo chiaro ed univoco sulla gestione della TAO nel territorio di residenza.

I pazienti hanno un accesso facilitato al prelievo ed alle visite di controllo, ricevono l'aggiornamento del programma terapeutico per scritto prima dell'assunzione della dose successiva (entro 24h dal prelievo).

3. Valutazione

Indicatori:

- personale formato/personale coinvolto;
- controlli di qualità sugli strumenti di determinazione dell'INR secondo protocollo GRC;
- interviste a campione con i pazienti.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. DGR 46/2008.
2. Raccomandazioni per la buona gestione della TAO e Raccomandazioni per la prevenzione delle interazioni farmacologiche pericolose con la TAO (includono bibliografia).
3. Vademecum per il paziente: la sicurezza nell'uso della TAO.
4. Protocollo per la valutazione della qualità degli strumenti di determinazione dell'INR.

Area	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Sviluppo sistema di gestione del rischio clinico	Prevenzione cadute dei pazienti	Prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati in ospedale	Struttura

Razionale

Le cadute dei pazienti sono un problema estremamente rilevante sia per la frequenza che per la gravità delle conseguenze. Nello studio condotto in Toscana nell'ambito del progetto regionale sulla prevenzione delle cadute l'incidenza delle cadute è pari a circa l'1% del totale dei ricoveri nei reparti studiati e riguardano prevalentemente la popolazione anziana (età maggiore o uguale di 65 anni).

Le cadute dei pazienti sono inoltre tra le prime cause di sinistri oggetto di richiesta di risarcimento a carico del SSR.

La valutazione dei pazienti a rischio di caduta, la valutazione della sicurezza di ambienti e presidi ed il monitoraggio delle cadute mediante un sistema specifico di segnalazione ed analisi di questo tipo di eventi è fondamentale per mantenere un'attenzione costante da parte di tutti gli operatori sul problema, per individuare azioni di prevenzione da intraprendere nell'immediato e nel breve termine, al fine di ridurre le conseguenze sui pazienti e la frequenza degli eventi con lesioni.

La prevenzione delle cadute è parte integrante del sistema aziendale di gestione del rischio clinico.

Requisiti minimi

1) La valutazione dei pazienti a rischio di caduta comporta la verifica della presenza dei fattori di rischio più significativi all'ammissione in ospedale e durante il ricovero. I fattori di rischio risultati statisticamente significativi nello studio toscano sono:

- cadute pregresse;
- vertigini o capogiri;
- problemi di vista;
- problemi di udito;
- difficoltà a svolgere le attività quotidiane;
- mancanza di senso del pericolo;
- stato di agitazione psicomotoria;
- andatura compromessa;
- utilizza stampelle, bastone, deambulatore o sedia a rotelle e necessita di una persona che lo aiuti negli spostamenti;
- presenza di almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche e psichiatriche;
- assunzione di almeno uno tra le seguenti tipologie di farmaci per uso sistemico: vasodilatatori, antiipertensivi, diuretici, antistaminici, antidolorifici, psicotropi.

In caso di riscontro di uno o più fattori di rischio è necessario che il personale applichi le opportune misure di prevenzione in coerenza con la verifica effettuata, tenendo conto delle caratteristiche del paziente e del contesto clinico-assistenziale. La valutazione del rischio di caduta del paziente in fase di ammissione e durante il ricovero, nonché le azioni eventualmente intraprese per prevenirla devono essere indicate nella documentazione medica e infermieristica.

2) La valutazione della sicurezza di ambienti e presidi relativamente al rischio di caduta deve essere condotta almeno una volta all'anno, registrando l'esito della verifica su un documento interno alla struttura, che comprenda sia il riscontro della verifica effettuata che l'eventuale piano di miglioramento.

3) La segnalazione delle cadute dei pazienti deve rispondere ai requisiti previsti per la segnalazione degli eventi indicati nella scheda tecnica 2.1 ed inoltre deve prevedere i seguenti contenuti:

- età e genere del paziente;
- la dinamica della caduta;
- la modalità della caduta;
- il luogo della caduta;
- gli effetti sul paziente;
- i fattori organizzativi, di ambienti e presidi e del paziente che hanno contribuito all'evento .

4) L'analisi delle cadute deve rispondere ai requisiti previsti dalle schede tecniche "Audit clinico GRC" e "Gestione eventi sentinella" ed inoltre deve prevedere i seguenti requisiti specifici:

- eventi simili sono oggetto di analisi aggregate
- l'analisi dei fattori latenti indaga le condizioni del paziente, l'organizzazione del lavoro e le caratteristiche di ambienti e presidi;
- ogni analisi si conclude con un piano di azioni specificamente indirizzato al contenimento degli effetti delle possibili cadute ed alla riduzione del rischio di questo evento mediante interventi di formazione e gestione del personale, organizzazione del lavoro, miglioramento ambienti, presidi e tecnologie, con il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella definizione, attuazione e valutazione dei miglioramenti.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

L'organizzazione ha definito formalmente un piano per la prevenzione delle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale

2. Attuazione

- Il personale ha a disposizione una scheda per la valutazione dei pazienti a rischio di caduta.
- Il personale valuta i pazienti a rischio di caduta impiegando la scheda e registrando l'esito della valutazione nella cartella del paziente.
- Il personale adotta azioni di prevenzione del rischio di caduta coerenti con la valutazione effettuata e le registra nella cartella del paziente.
- Almeno una volta all'anno viene effettuata una valutazione della sicurezza di ambienti e presidi con il relativo piano di miglioramento.
- La struttura operativa ha un facilitatore di riferimento per la raccolta delle segnalazioni e l'organizzazione dei momenti di analisi delle cadute.
- Il personale ha a disposizione le schede di segnalazione delle cadute.
- Periodicamente le segnalazioni raccolte sono analizzate e valutate dal facilitatore, che decide quando promuovere l'analisi approfondita degli eventi in accordo con il clinical risk manager.
- Il personale è stato formato sulla prevenzione delle cadute.

3. Valutazione

Indicatori:

- numero di pazienti anziani valutati per il rischio di caduta / numero di pazienti anziani ricoverati > 80%;
- personale sanitario formato sulla prevenzione delle cadute dei pazienti / personale sanitario della struttura operativa = 100%;
- piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi;
- numero di cadute segnalate dagli operatori della struttura/numero di cadute nella struttura oggetto di richiesta di risarcimento > 1;
- numero di audit condotti sulle cadute;
- numero di azioni di miglioramento intraprese a seguito dell'analisi;
- ricorrenza criticità rilevate.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. Definizione di azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico (delibera n. 225 del 03/04/2006).
2. Procedura IR definita dal centro GRC.
3. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems.
4. Quaderno GRC "La prevenzione delle cadute in ospedale" (include ampia bibliografia di riferimento).