



organizzare, formare e gestire

# Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)



---

Esiti dell'applicazione degli strumenti per il rischio  
clinico

*Il incontro*

<b>1</b>	<b>Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari</b>
2	Ripresa degli strumenti trattati
3	L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti
4	La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»
5	Presentazione esiti Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena – fase ex post
6	Test finale e chiusura dell'incontro

### Obiettivo del progetto

Migliorare il sistema di gestione del rischio clinico nell'assistenza dei detenuti negli Istituti penitenziari della Regione Emilia Romagna tramite l'applicazione di strumenti propri del risk management:

- *Safety Walkarounds,*
- *Significant Event Audit*
- *Incident reporting*

Il progetto prevede anche la valutare gli esiti delle progettualità avviate tramite una somministrazione *ex-post* del questionario «Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena»

Il progetto ha previsto il coinvolgimento di 9 aziende USL

**Piacenza, Parma, Reggio, Modena, Bologna, Ferrara, Forlì, Ravenna,  
Rimini**

## Ripresa del progetto

### ➤ Le fasi del progetto: 2013



### ➤ Le fasi del progetto: 2014



### Obiettivi dell'incontro

- Condividere i risultati ottenuti dalle Strutture partecipanti a seguito dell'applicazione di SEA o SWAR
- Valutare la «Linea di consenso Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»
- Condividere gli esiti dell'indagine ex-post del sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena

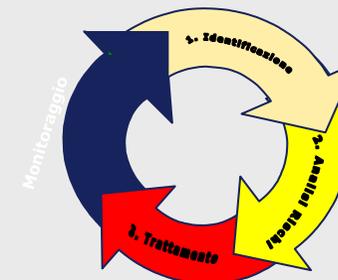
# Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
<b>2</b>	<b>Ripresa degli strumenti trattati</b>
3	L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti
4	La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»
5	Presentazione esiti Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena – fase ex post
6	Test finale e chiusura dell'incontro

# I Significant Event Audit (SEA)

## FASI



## STRUMENTI

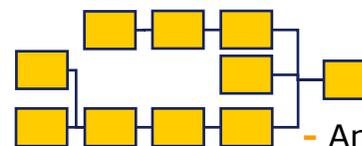
- Scheda di segnalazione: Incident Reporting / Eventi sentinella



- Registrazione delle segnalazioni e costituzione di un database (Reclami e Contenziosi)



- Farmacovigilanza



- Analisi dei dati e classificazione delle cause (RCA)

- Revisione ed analisi delle Cartelle Cliniche

**Strumenti retrospettivi**

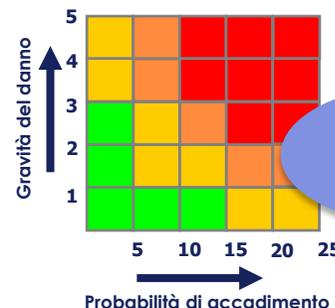
- Analisi delle SDO

FMEA



- Patient safety walkrounds

I Significant Event Audit (SEA)



**Strumento prospettico**

## Ripresa degli strumenti trattati

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospettivo</b>	
	<b>Identi- ficazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Tratta- mento</b>	<b>Monito- raggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volonta- rio</b>	<b>Prospet- tico</b>	<b>Retro- spettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
Root Cause Analysis (RCA)		✓			✓	✓		✓
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓
Safety walkrounds	✓	✓	✓			✓		✓
I Significant Event Audit (SEA)	✓	✓	✓	✓		✓		✓

## Ripresa degli strumenti trattati

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospettivo</b>	
	<b>Identi- ficazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Tratta- mento</b>	<b>Monito- raggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volonta- rio</b>	<b>Prospet- tico</b>	<b>Retro- spettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
Root Cause Analysis (RCA)		✓			✓	✓		✓
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓
Safety walkrounds	✓	✓	✓			✓		✓
I Significant Event Audit (SEA)	✓	✓	✓	✓		✓		✓

La finalità dell'*Incident Reporting* è quella di raccogliere le segnalazioni su **eventi o quasi eventi (*near-miss*)** allo scopo di fornire una base di analisi e predisposizione di strategie ed azioni di correzione e miglioramento per prevenirne il ri-accadimento nel futuro.

### FASI



La gestione **dell'Incident Reporting**, può essere vista come un **processo**, avviato dalla raccolta della segnalazione sino alla restituzione dei dati analizzati.

## Ripresa degli strumenti trattati

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospettivo</b>	
	<b>Identi- ficazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Tratta- mento</b>	<b>Monito- raggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volonta- rio</b>	<b>Prospet- tico</b>	<b>Retro- spettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
Root Cause Analysis (RCA)		✓			✓	✓		✓
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓
Safety walkrounds	✓	✓	✓			✓		✓
I Significant Event Audit (SEA)	✓	✓	✓	✓		✓		✓

➡ **Cos'è?** Tecnica di risk assessment nata negli Stati Uniti , che prevede **visite ed interviste strutturate** da parte di esponenti della dirigenza o da parte di altri operatori sanitari con mandato della dirigenza, presso le unità operative o servizi al fine di **identificare** con il personale i **problemi legati alla sicurezza dei pazienti** (eventi avversi o situazioni di criticità)

➡ **Obiettivi** I principali **obiettivi del SWAR** sono i seguenti:

- identificare situazioni di rischio e vulnerabilità di sistema;
- individuare ed adottare misure correttive per aumentare la sicurezza del paziente partendo dalla classificazione delle risposte ottenute;
- monitorare l'implementazione delle suddette misure;
- incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.

➡ **Modalità**

- Ausilio di **questionari** dedicati che guidino la raccolta delle segnalazioni
- Il SWAR deve essere **pianificato** anticipatamente
- Le interviste possono essere strutturate in **gruppi multi-professionali** di soggetti attivi nella unità operativa o servizio

### ➔ **Aree di attenzione**

- Deve essere garantita la confidenzialità delle informazioni. I dati sono raccolti in forma anonima ed elaborati statisticamente
- Deve essere fornito un feedback ai partecipanti per fare emergere l'importanza di quanto da loro segnalato
- Lo strumento dovrebbe essere ufficialmente riconosciuto dalla Dirigenza e riproposto periodicamente (almeno 1 volta all'anno)

## Ripresa degli strumenti trattati

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospettivo</b>	
	<b>Identi- ficazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Tratta- mento</b>	<b>Monito- raggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volonta- rio</b>	<b>Prospet- tico</b>	<b>Retro- spettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
Root Cause Analysis (RCA)		✓			✓	✓		✓
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓
Safety walkrounds	✓	✓	✓			✓		✓
I Significant Event Audit (SEA)	✓	✓	✓	✓		✓		✓

➡ **Cos'è?** Metodo non quantitativo («attività di riflessione tra pari», fonte Ministero della Salute, L'audit clinico, Maggio 2011) che consente di analizzare eventi significativi di bassa o moderata severità al fine di individuare aree di miglioramento

Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, near miss, eventi avversi) è indirizzato alla individuazione di comportamenti virtuosi

➡ **Obiettivi** Individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri tramite un processo di analisi sistematica e dettagliata della qualità delle cure, dando risposta a tre domande:

- a) In che modo le cose potevano andare diversamente?
- b) Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?
- c) Che cosa deve cambiare?

➡ **Modalità**

- Ristretto numero di persone che devono creare un clima di reciproco supporto, favorevole all'apprendimento; il metodo deve essere rigoroso e sistematico e facilitante il cambiamento ed il suo mantenimento nel tempo.
- Solitamente prevede incontri regolari, mensili o quindicinali, tra un team di operatori, per discutere i casi significativi. In alternativa è possibile effettuare il SEA immediatamente dopo un evento significativo



Fasi	Attività	
1	Scelta dell'evento significativo	Analisi degli eventi e dei quasi eventi (es. fonti: Incident Reporting, SWAR, ecc.) con selezione dei casi in relazione a criteri predefiniti (es. rilevanza clinica, gravità, interdisciplinarietà dell'evento, ecc.).
2	Raccolta delle informazioni	Raccogliere tutte le informazioni disponibili sull'evento o quasi evento. La raccolta delle informazioni, a seconda dei casi, può essere sviluppata attraverso la ricostruzione cronologica, con interviste e/o analisi della documentazione clinica.
3	Costituzione del gruppo di lavoro	La dimensione del gruppo deve essere adeguata rispetto alla discussione tenendo presente che generalmente l'efficacia dei gruppi più numerosi potrebbe risultare inferiore rispetto a quella dei piccoli gruppi. Per ogni SEA deve essere individuato un referente/ facilitatore. La durata di una discussione può variare, ma sono generalmente necessari almeno 60 minuti. Gli incontri dovrebbero essere verbalizzati.
4	Analisi dell'evento	L'analisi dell'evento può essere sviluppata attraverso la definizione dei fattori causali/contribuenti (Cosa è successo? Perché è successo? Cosa abbiamo imparato? Quali sono le azioni da intraprendere). L'esito dell'analisi, sviluppata con il gruppo di lavoro, porta all'identificazione delle criticità e quindi le relative azioni di miglioramento che devono essere pianificate ed attuate.
5	Attuazione del cambiamento e monitoraggio	Le azioni individuate devono essere implementate ed ogni azione deve essere coordinata e monitorata da un referente per valutare l'effettiva attuazione del cambiamento e la sua efficacia.
6	Condivisione delle conoscenze	Il risultato ed il cambiamento generato attraverso lo sviluppo del SEA è utile venga diffuso a tutti i livelli dell'organizzazione affinché tutti possano apprendere dall'esperienza, acquisire fiducia e mantenere i risultati nel tempo.

# Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa degli strumenti trattati
<b>3</b>	<b>L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti</b>
4	La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»
5	Presentazione esiti Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena – fase ex post
6	Test finale e chiusura dell'incontro

# L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti

## Presentazione dei risultati da parte di ogni gruppo



*Presentazione da parte di ogni gruppo di lavoro dei risultati prodotti*

*– 20 minuti per ciascuno dei gruppi di lavoro*

SWAR	SEA
Reggio Emilia	Bologna
Bologna	
Parma	
Ferrara	
Ravenna	
Forlì	



## Patient Safety Walkarounds

### **RIPORTARE GLI ESITI A SEGUITO DELL'APPLICAZIONE DEL QUESTIONARIO**

- Sono presenti iniziative di miglioramento in tema di patient safety?
- C'è qualcosa che a suo avviso si può fare per migliorare la patient safety? (elencare le ipotesi)
- Quanto da 1 a 5 su ogni iniziativa è fattibile, secondo Lei, trovare delle soluzioni? (per le ipotesi invitare a dare un punteggio da 1 a 5 con 1 non assolutamente fattibile e 5 fattibile da nel breve termine)
- Si ricorda una situazione in cui si è evitato all'utente un danno che altrimenti sarebbe accaduto? (descrivere in sintesi l'accaduto)
- Come si è evitato l'accadimento? (sintesi azioni correttive)
- L'evento è stato segnalato? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
- Se No, quali sono gli ostacoli che ne hanno impedito la segnalazione?

Fattori ostacolanti (dare un punteggio da 1 a 5 con 1=nulla e 5=moltissimo)

Struttura Organizzativa/Ambiente e Attrezzatura/Comunicazione Interna/ Risorse  
Umane/Protocolli-Procedure/Utente

- Si è ricevuto un feedback a seguito della segnalazione? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No



## Significant event audit

### **PRESENTARE L'ULTIMO REPORT SEA RIPORTANDO:**

- *Descrizione dell'evento*
- *Quanti incontri sono stati fatti e chi vi ha partecipato*
- *Quali sono state le buone pratiche identificate/quali sono stati i problemi identificati*
- *Cosa si è imparato dall'evento*
- *Azioni proposte*
- *Cambiamenti attuati*

# Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa degli strumenti trattati
3	L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti
<b>4</b>	<b>La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»</b>
5	Presentazione esiti Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena – fase ex post
6	Test finale e chiusura dell'incontro

# La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»

## Linea di Consenso SISTEMI DI SEGNALEZIONE E GESTIONE DEGLI INCIDENT REPORTING NEGLI ISTITUTI DI PENA DELLA RER

La Linea di Consenso descrive le modalità operative di segnalazione ed analisi di "eventi e quasi eventi" (Incident Reporting) negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna che hanno coinvolto l'Area Sanitaria.

Le finalità sono le seguenti:

- garantire omogeneità alle modalità operative di gestione e rilevazione degli Incident Reporting (IR) negli Istituti Penitenziari;
- identificare le modalità di raccolta di segnalazione volontaria, in modo strutturato, di eventi avversi, "no harm events", "near miss" ed Eventi Sentinella;
- uniformare le modalità di utilizzo della scheda di rilevazione dell'incident reporting e di valutazione degli eventi;
- uniformare i comportamenti dei referenti della Gestione del Rischio Clinico e degli operatori sanitari nelle procedure di incident reporting ed analisi di incidenti negli Istituti di Pena.

### DEFINIZIONE E SIGLE

<b>Evento clinico maggiore</b>	Si intende per "evento clinico maggiore" l'evento avverso che richiede una tempestiva segnalazione alla Direzione Aziendale e una valutazione delle cause, finalizzata a una corretta gestione del rischio, dei correttivi organizzativi e della comunicazione interna ed esterna.
<b>Eventi Sentinella secondo Ministero della Salute</b> (elenco selezionato per Istituto di Pena)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedura in paziente sbagliato</li> <li>• Errata procedura su paziente corretto</li> <li>• Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> <li>• Morte o grave danno per caduta</li> <li>• Suicidio o tentato suicidio di paziente</li> <li>• Atti di violenza a danno di operatore</li> <li>• Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente</li> </ul>
<b>Incident Reporting:</b>	Modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni spontanee, da parte degli operatori sanitari, di eventi significativi per la sicurezza dei pazienti ( <i>eventi avversi, no harm events, near misses ed eventi sentinella</i> ), finalizzata a classificare gli eventi indesiderati, differenziarne le tipologie e rilevare le criticità di sistema.
<b>Incidenti</b>	Ogni evento avverso/ quasi evento ( <i>no harm event o near miss</i> ) o Evento Sentinella
<b>Eventi avversi</b>	Eventi che causano: morte, menomazione, malattia, sofferenza transitoria
<b>No harm events</b>	Procedura potenzialmente lesiva, che tuttavia non ha causato un danno

	causa di un danno temporaneo o permanente, oppure della morte del paziente, e che potrebbe nascondere una grave criticità di sistema
<b>SEA (Audit di Eventi Significativi)</b>	Metodologia di analisi retrospettiva di tipo qualitativo di incidenti a bassa-media gravità

### SEGNALEZIONE E ANALISI DELL'EVENTO ALL'INTERNO DELL'AREA SANITARIA

#### Segnalazione dell'evento all'interno dell'organizzazione

Ogni qual volta un professionista sanitario viene a conoscenza diretta, indipendentemente dal suo ruolo e funzione, di un incidente procede alla segnalazione dell'evento indicando nel Registro degli Incidenti (allegato 1).

Nel Registro viene indicata data e ora incidente nonché chi ha rilevato l'evento.

L'operatore per situazioni ritenute significative per l'assistenza sanitaria del detenuto da immediata informazione al Coordinatore sanitario e al Responsabile di programma con i quali viene definita la modalità di compilazione della prima parte della scheda di Incident Reporting (Allegato 2).

Le schede di IR completate nella loro prima parte vengono raccolte in apposito contenitore esposto in un luogo accessibile a tutti gli operatori sanitari.

Il Coordinatore, a cadenza temporale di almeno 30 gg, analizza le schede compilate ed in accordo con Responsabile Sanitario procede alla compilazione della seconda parte della scheda di IR.

#### Definizione priorità di analisi

Il Coordinatore ed il Responsabile Sanitario dopo aver completato le schede di Incident Reporting effettuano una valutazione su quali sono gli Incidenti per i quali è necessario procedere ad analisi retrospettiva.

A titolo di esempio può essere valutata la priorità utilizzando la matrice di seguito riportata:

Griglia definizione Priorità Audit Eventi Significativi		Conseguenze	
		Potenziali	Attuali
Impatto	Sicurezza	Priorità 3	Priorità 1
	Qualità	Priorità 4	Priorità 2

#### Analisi delle segnalazioni

Il Coordinatore e il Responsabile Sanitario, identificato l'incidente da sottoporre ad analisi SEA, convocano gli operatori coinvolti nell'evento ed insieme collaborano per acquisire ulteriori informazioni durante l'incontro di SEA.

L'analisi SEA deve mirare a:

- valutare le caratteristiche dell'evento ed i fattori che hanno contribuito all'accadimento;
- raccolgere gli elementi necessari alla definizione preliminare dell'accaduto (avvalendosi della documentazione sanitaria e delle informazioni ricevute da parte degli operatori sanitari presenti);
- disporre gli interventi tecnico-professionali correttivi immediati più opportuni.

Il SEA prevede l'espressione chiara dei temi e responsabilità delle azioni di miglioramento.

# La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»

ALLEGATO 1

## REGISTRO degli INCIDENTI Istituto di Pena di \_\_\_\_\_

AMBITI / TIPOLOGIA DELL'EVENTO	Data, ora evento	Rilevato da														
Procedure di accoglienza Nuovi Giunti																
Identificazione e riconoscimento detenuto																
Gestione visite ordinarie e di controllo																
Indagini diagnostiche, di laboratorio e Specialistica INTERNA																
Indagini diagnostiche, di laboratorio e Specialistica ESTERNA																
Gestione Clinica del Farmaco																
Percorso diagnostico-terapeutico per Patologie croniche																
Procedure di gestione Rischio Infettivo																
Procedure di gestione Emergenza/Urgenza sanitaria																
Eventi aggressivi a danno di operatori sanitari																



# Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa degli strumenti trattati
3	L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti
4	La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»
<b>5</b>	<b>Presentazione esiti Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena – fase ex post</b>
6	Test finale e chiusura dell'incontro

# L'indagine: finalità, modalità di sviluppo e partecipanti

## Finalità, modalità di sviluppo dell'indagine e partecipanti

### Finalità

Valutare la ricaduta del progetto in termini di accrescimento della cultura relativa alla gestione del rischio clinico

### Modalità di sviluppo

Somministrazione, ad ogni Istituto coinvolto, di un questionario dedicato dopo 18 mesi dall'avvio del progetto

### Partecipanti:

- Referenti medici della Medicina penitenziaria
- Infermieri
- Psicologi

#### Istituti penitenziari coinvolti

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| • Casa circondariale di Bologna | • Istituti penitenziari di Parma      |
| • Casa circondariale di Ferrara | • Casa circondariale di Piacenza      |
| • Casa circondariale di Forlì   | • Casa circondariale di Ravenna       |
| • Casa circondariale di Modena  | • Casa circondariale di Reggio Emilia |
| • Casa circondariale di Rimini  |                                       |

### Metodologia di analisi

- Il questionario è strutturato in sette sezioni identificate con lettere dalla A alla I; le sezioni A-G prevedono una valutazione secondo la scala riportata nella slide seguente, le sezioni H-I sono informative sul contesto e prevedono un'area dedicata ai commenti
- I dati raccolti tramite il questionario sono stati elaborati in forma aggregata (più sezioni a confronto) e per singola sezione
- Gli esiti riportano il confronto tra la situazione rilevata in occasione della prima indagine (ex-ante) ed il quadro risultante dalla indagine attuale (ex-post). Sono stati utilizzati due colori diversi per evidenziare i due scenari:



**Ex-ante  
Indagine 2013**



**Ex-post  
Indagine 2014**

## Esiti complessivi

### Metodologia di analisi

- Le chiavi di lettura delle sezioni A-G sono le seguenti:

#	Chiave lettura Sezione A	Chiave lettura Sezione B	Chiave lettura Sezione C	Chiave lettura Sezione D	Chiave lettura Sezione E	Chiave lettura Sezione F	Chiave lettura Sezione G
1	NO						
2	no						
3	si						
4	SI						
NULL	No risposta						

Valore assegnato	Significato della valutazione
<b>NO</b>	Il requisito non è posseduto. A tutt'oggi l'argomento non è stato preso in considerazione.
<b>no</b>	La decisione di impegnarsi sull'argomento è già stata presa. L'Organizzazione si sta attrezzando per soddisfare quanto richiesto dal requisito. L'argomento è stato discusso o esistono decisioni e progetti scritti sul come affrontarlo o esiste un progetto in fase di sviluppo, di sperimentazione. Esistono prassi consolidate.
<b>si</b>	Solo una parte del criterio è realizzata, o la realizzazione non è completa. Esistono prassi consolidate e parzialmente documentate.
<b>SI</b>	Il requisito è posseduto pienamente e la documentazione relativa è in ordine.

# Esiti complessivi

## Punteggio medio per singola Sezione: visione complessiva 2013



# Esiti complessivi

## Punteggio medio per singola Sezione: visione complessiva 2014

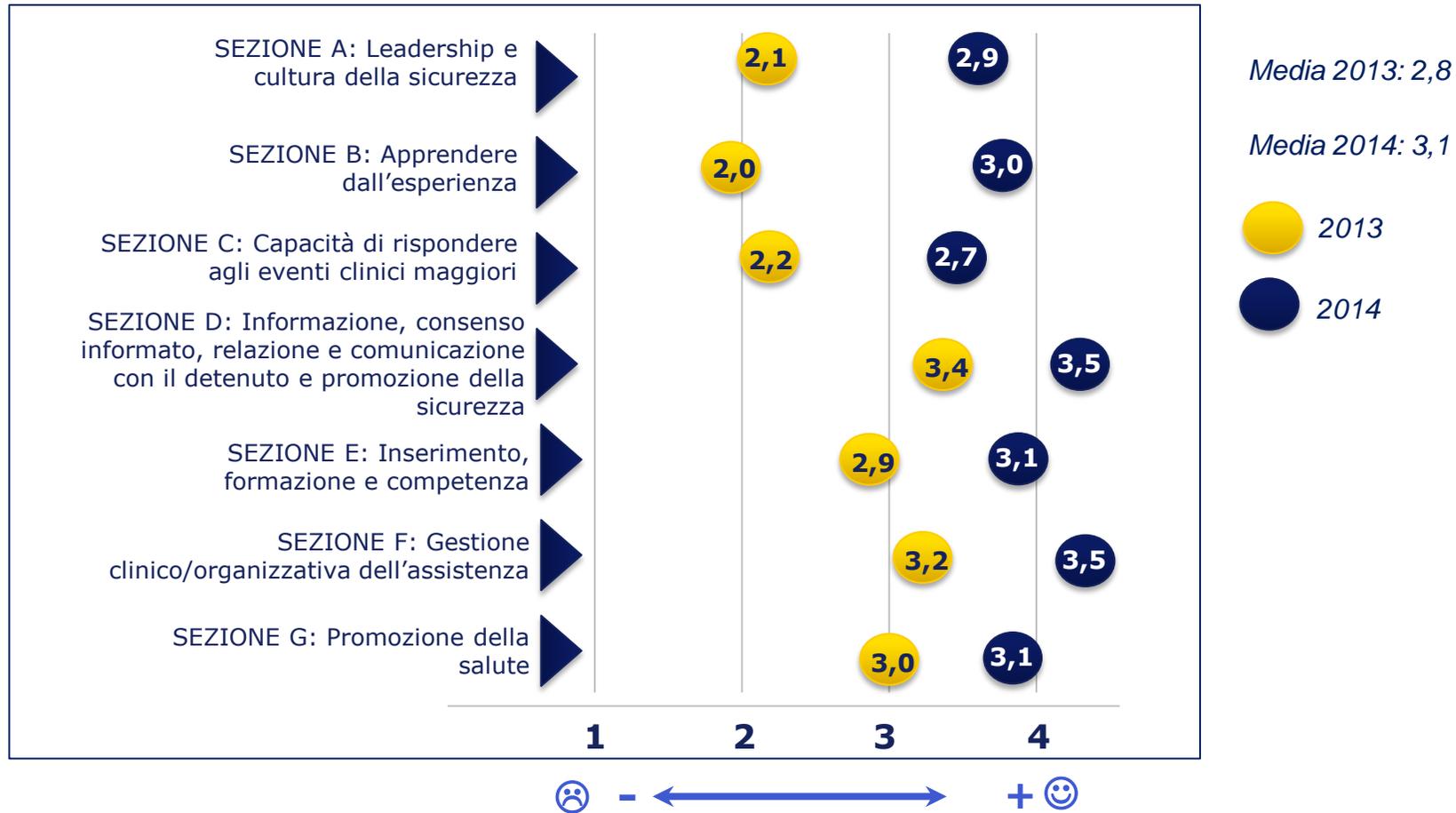


● 2014



## Esiti complessivi

## Punteggio medio per singola Sezione: visione complessiva



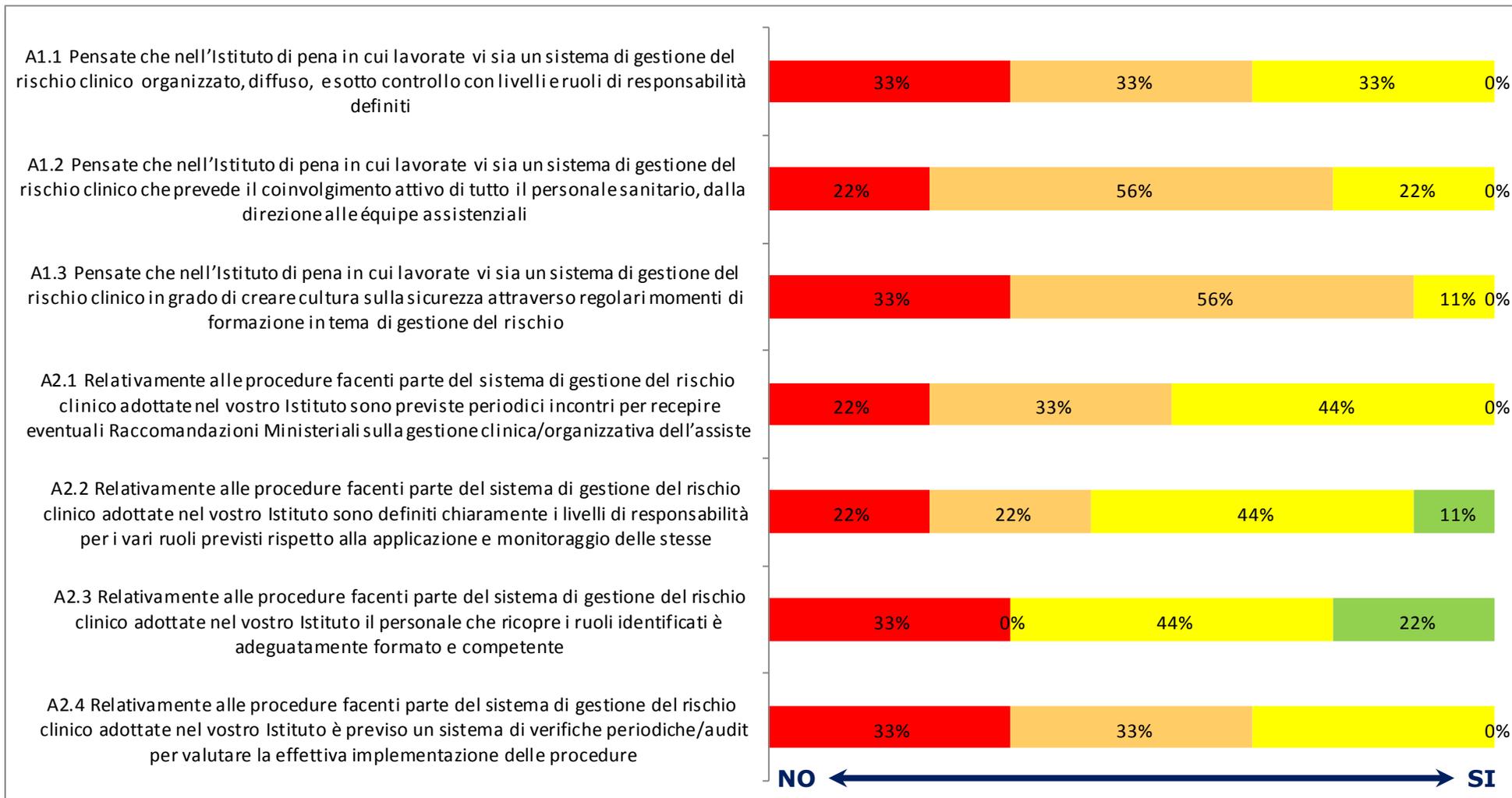
Sezioni A-B-C-D-E-F-G

### **Considerazioni**

Come nell'indagine 2013, mediamente gli Istituti coinvolti nel progetto hanno espresso un livello di aderenza ai requisiti del sistema di gestione del rischio clinico che si attesta tendenzialmente sul «si piccolo», ovvero i requisiti risultano essere in parte rispettati, con prassi consolidate e parzialmente documentate.

Dall'indagine 2014 si evince un incremento del punteggio medio per le sezioni A, B, C, D, E, F e G

## Leadership e cultura della sicurezza: 2013

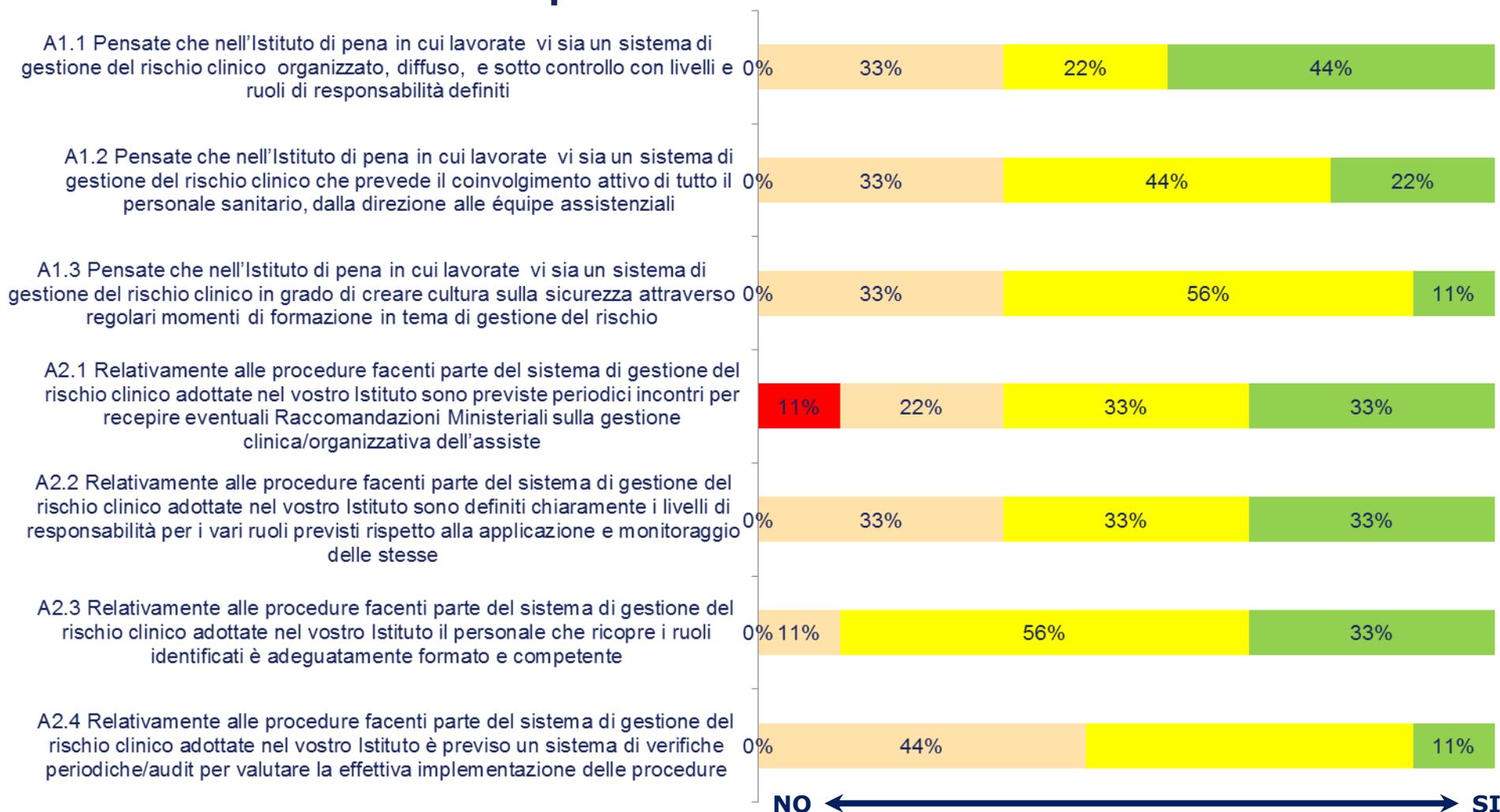


### Legenda



## Esiti complessivi

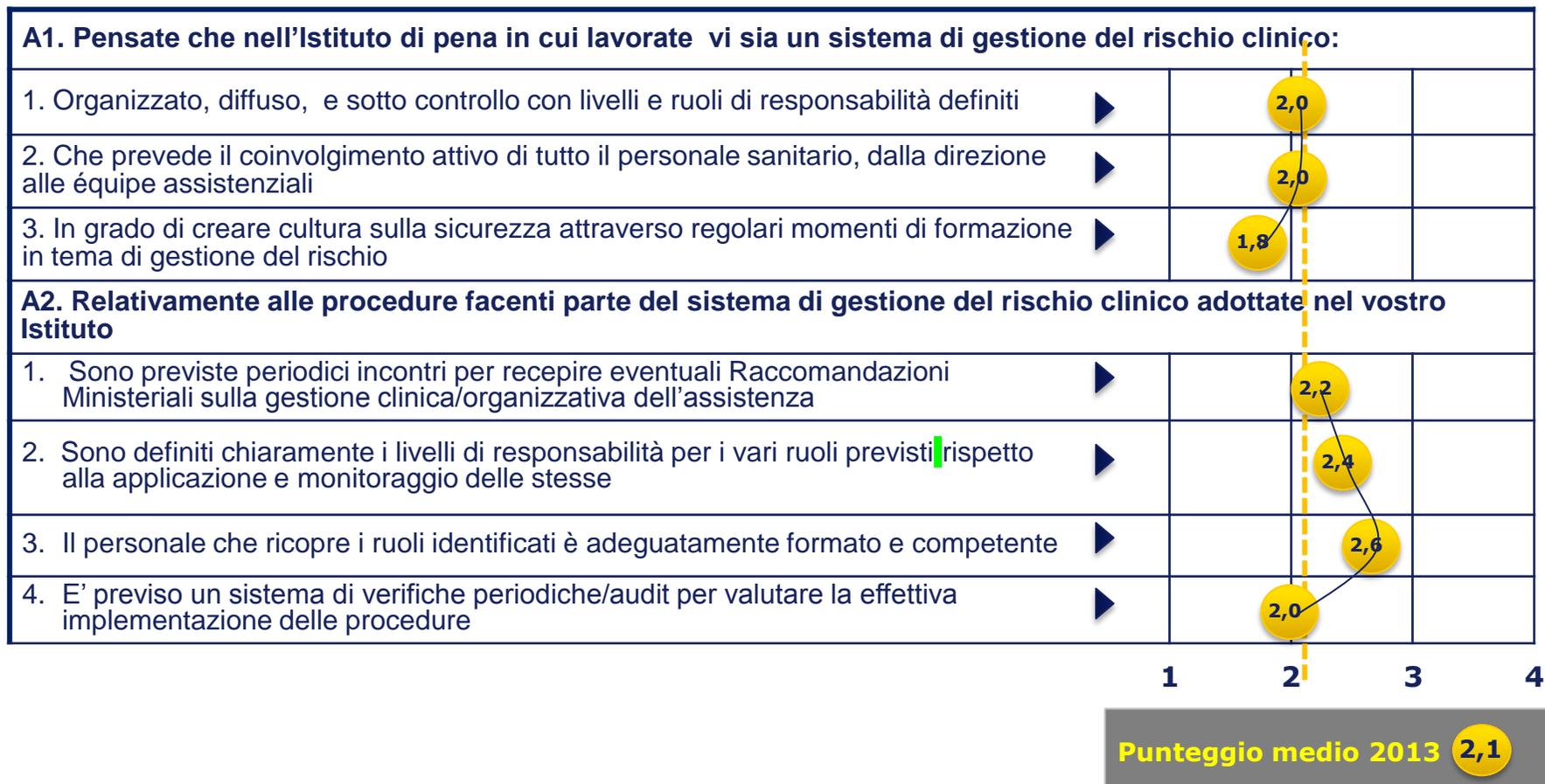
## Leadership e cultura della sicurezza: 2014

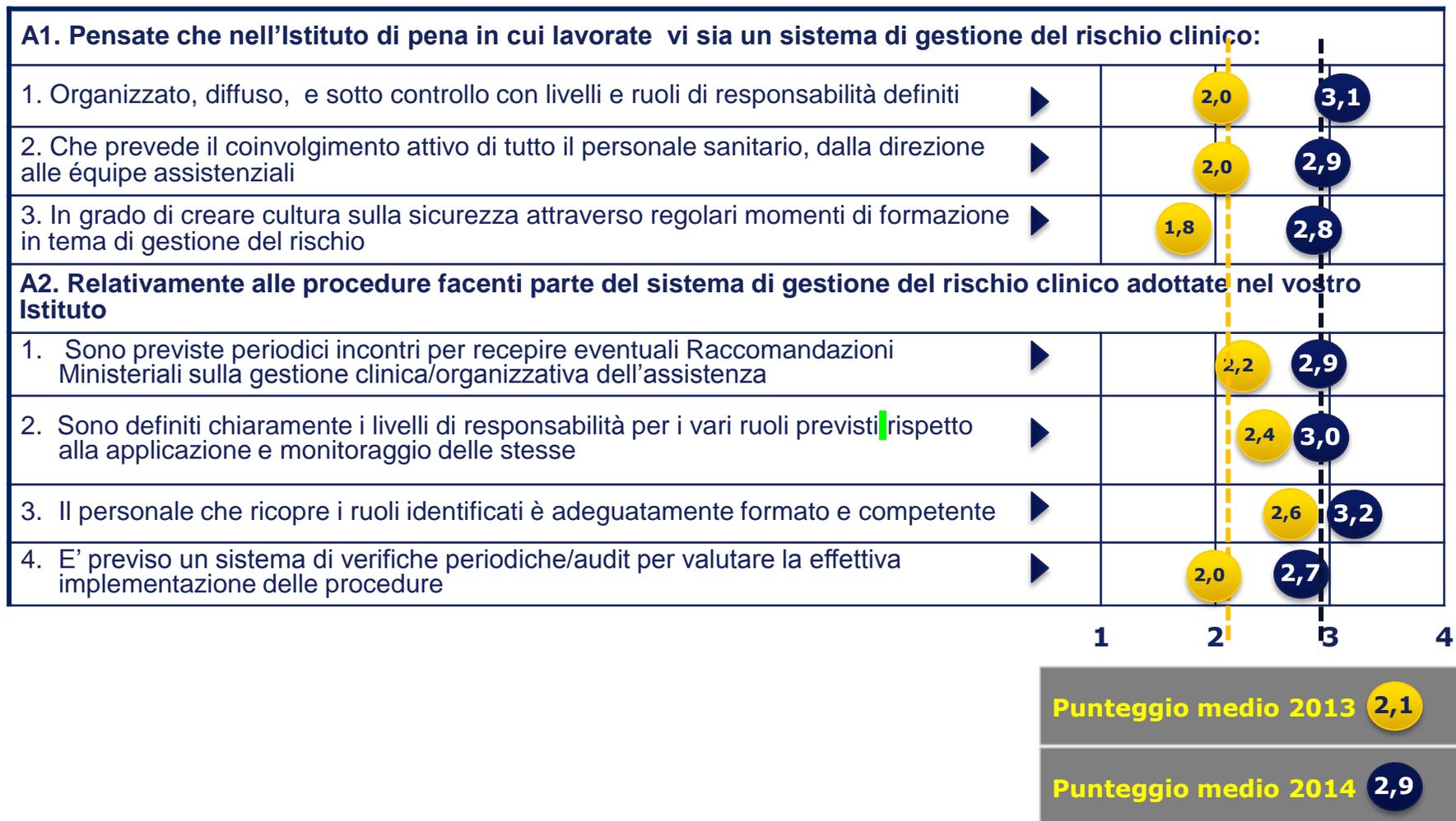


## Legenda



## Esiti complessivi





### Sezione A

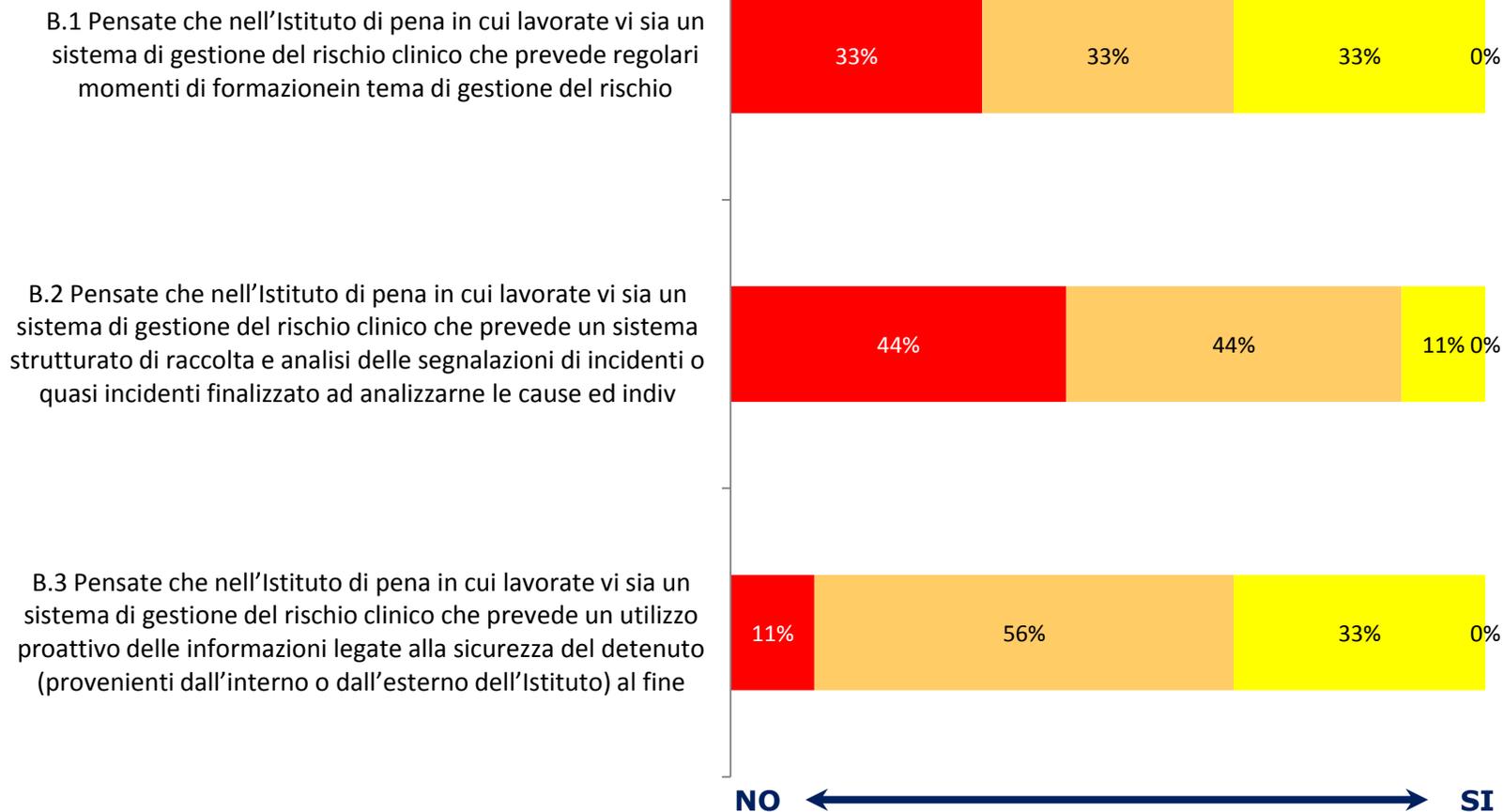
#### *Leadership e cultura della sicurezza*

### **Considerazioni**

Sul tema «Leadership e cultura della sicurezza» gli Istituti coinvolti esprimono, nel 2014, un parere sulla copertura dei requisiti con un livello nettamente superiore a quanto espresso nel 2013: se nel 2013 si rilevava un giudizio medio «no piccolo», ovvero «i requisiti previsti risultano essere stati presi in considerazione sebbene non siano stati ancora completamente implementate azioni dedicate», oggi si rileva un giudizio medio vicino al «si piccolo», ovvero una maggiore cultura della sicurezza, con prassi consolidate anche se parzialmente documentate

Il requisito relativo all'esistenza, all'interno del sistema di gestione del rischio, di ruoli ben definiti con chiara definizione dei ruoli ed alla competenza e formazione del personale coinvolto (domanda A2.3) si conferma essere il requisito a punteggio più elevato, come rilevato nell'indagine 2013. Nell'indagine 2014 quest'ultimo aspetto risulta essere in grado di generare una ricaduta in tema di cultura della sicurezza (domanda A1.3)

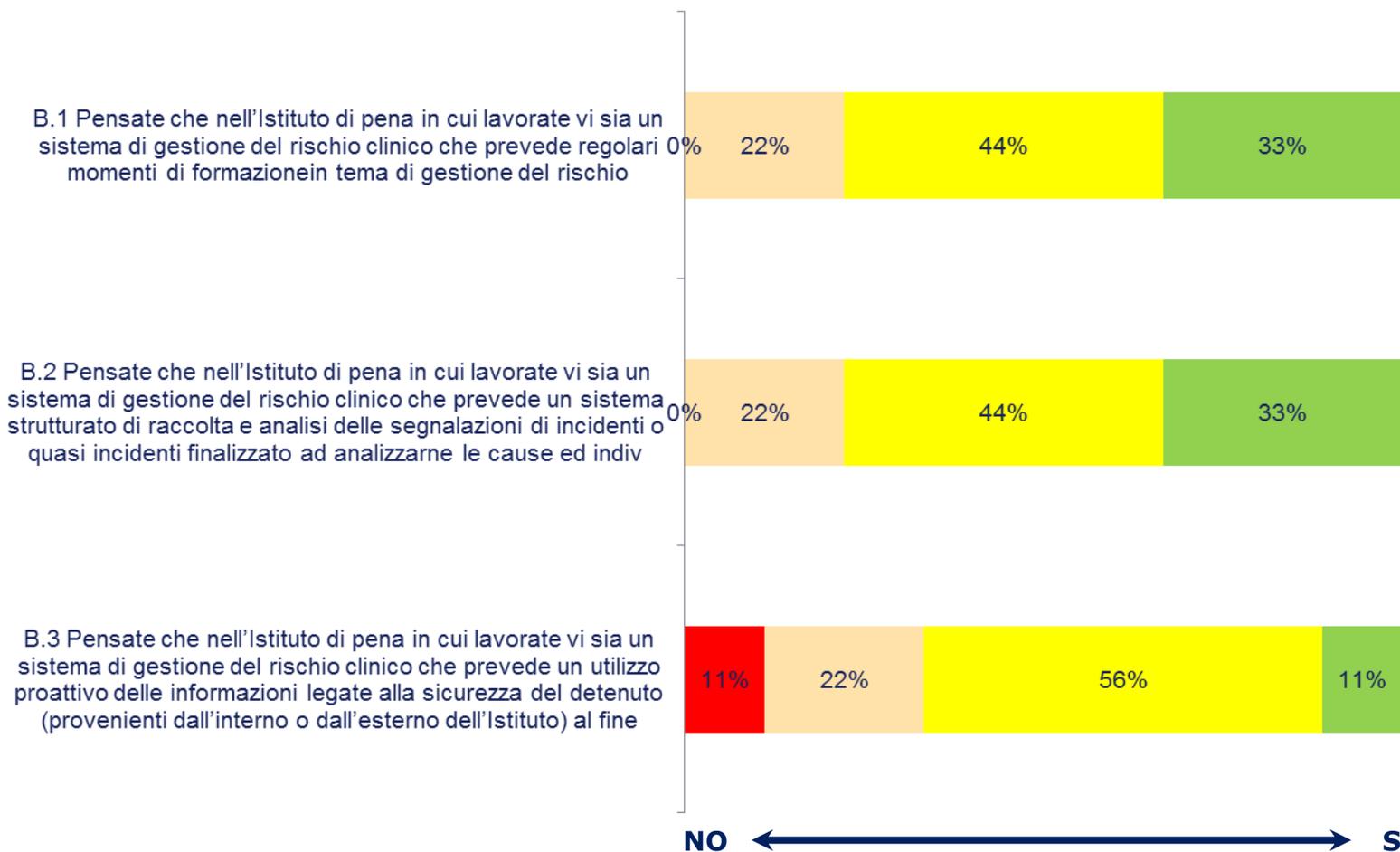
## Apprendere dall'esperienza: 2013



**Legenda**

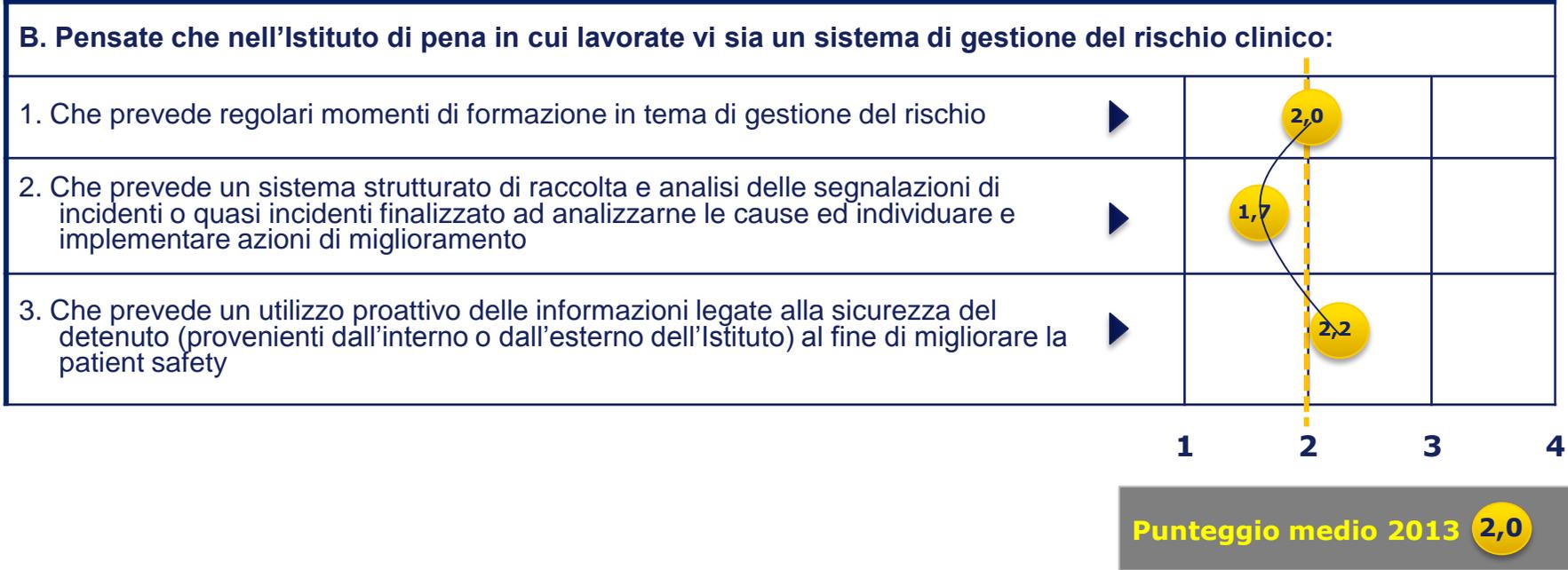
NO	no	si	SI	Null
----	----	----	----	------

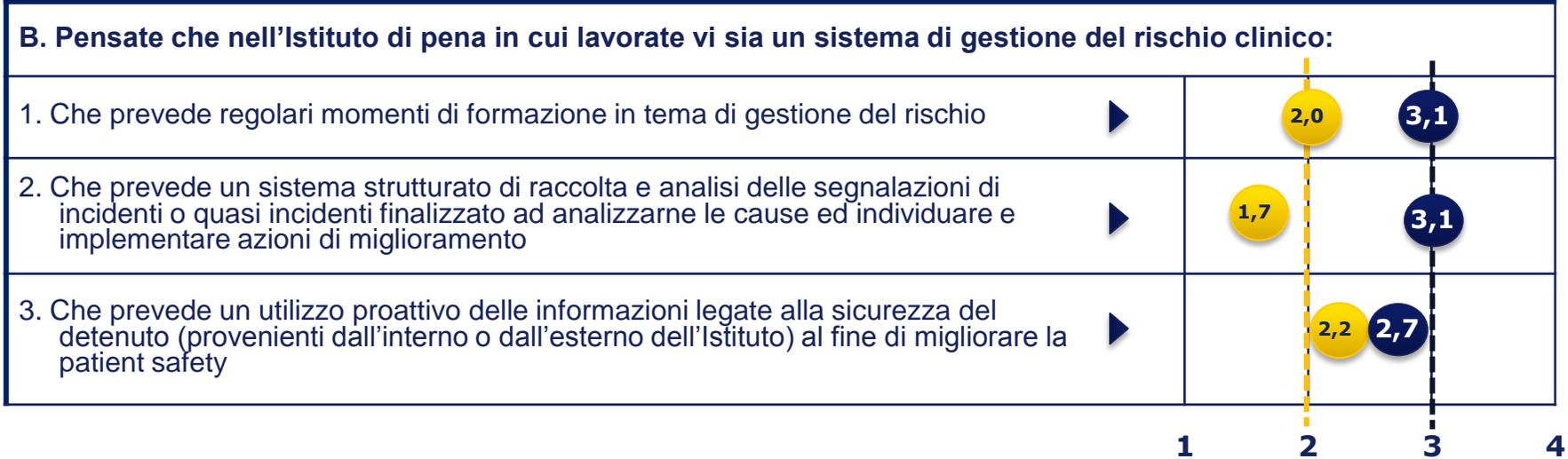
## Apprendere dall'esperienza: 2014



**Legenda**

NO	no	si	SI	Null
----	----	----	----	------





**Punteggio medio 2013** 2,0

**Punteggio medio 2014** 3,0

Sezione B

*Apprendere dall'esperienza*

### **Considerazioni**

Sul tema «Apprendere dall'esperienza» gli Istituti nel 2014 un parere che si posiziona sul giudizio «si piccolo», risultato che evidenzia un miglioramento rispetto alla indagine 2013.

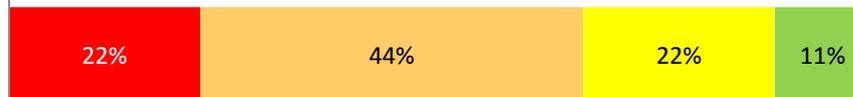
I momenti di formazione dedicati alla patient safety (domanda B.1) ed i sistemi di segnalazione di incidenti e quasi incidenti (domanda B.2) risultano avere punteggi mediamente più alti rispetto al 2013, mentre l'utilizzo proattivo delle informazioni legate alla sicurezza del detenuto (domanda B.3) evidenzia un incremento più lieve del grado di aderenza nel 2014 rispetto al 2013

## Esiti complessivi

## Capacità di rispondere agli eventi clinici maggiori: 2013

Qualora si verificasse un evento clinico maggiore a danno di un detenuto:

C.1 Esiste un sistema di segnalazione, codifica e gestione degli eventi clinici maggiori formalizzato e diffuso a tutti gli operatori



C.2 Il sistema di segnalazione, codifica e gestione degli eventi clinici maggiori definisce chiaramente le responsabilità per la gestione dell'evento maggiore



C.3 Il sistema di segnalazione, codifica e gestione degli eventi clinici maggiori definisce le modalità di comunicazione di quanto accaduto alle parti interessate, inclusi i detenuti ed i loro famigliari



C.4 Il sistema di segnalazione, codifica e gestione degli eventi clinici maggiori prevede che vengano analizzate le cause di quanto accaduto e che vengano attivate azioni di miglioramento finalizzate ad evitare il ripetersi dell'accadimento



NO ←————→ SI

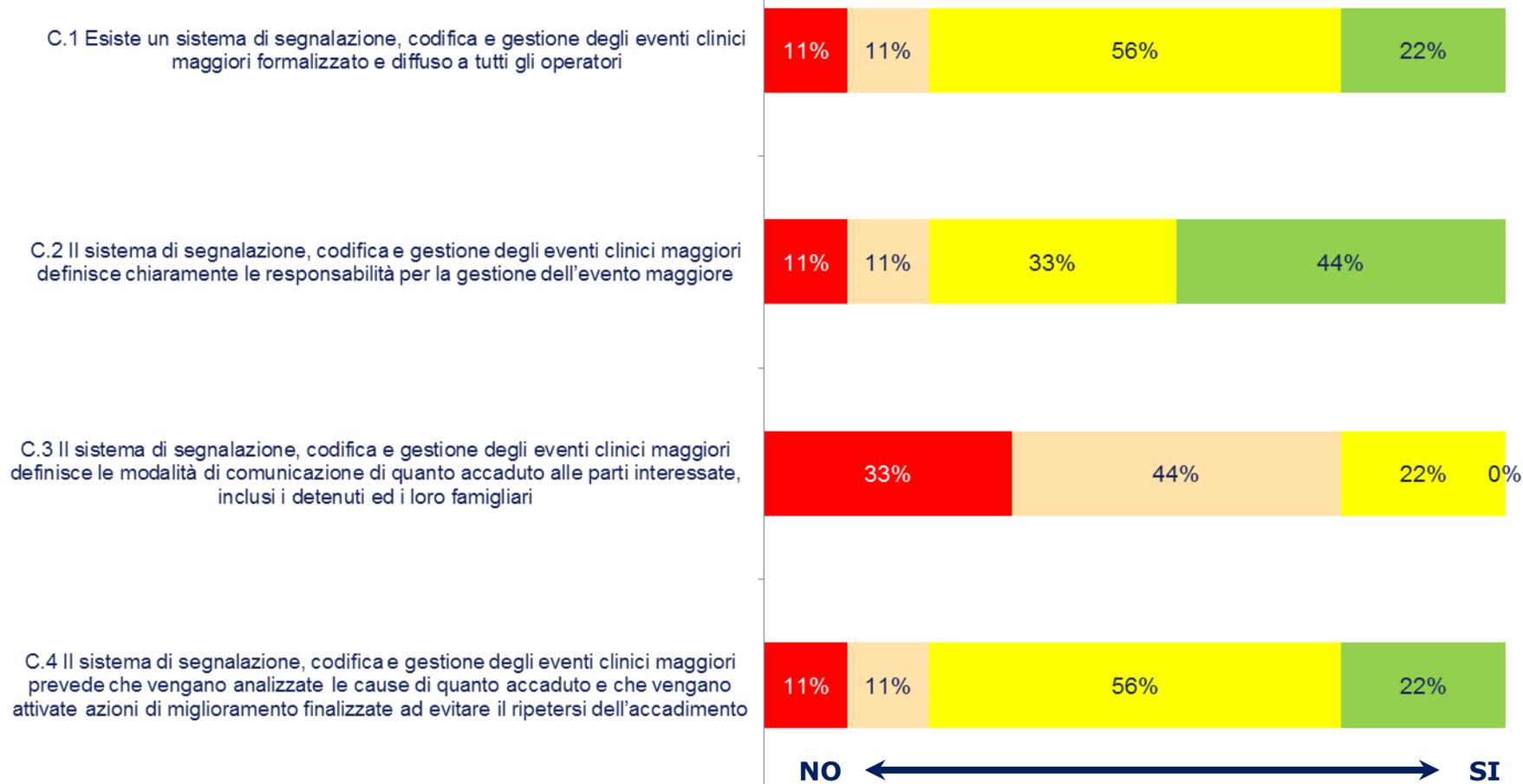
## Legenda



## Esiti complessivi

## Capacità di rispondere agli eventi clinici maggiori: 2014

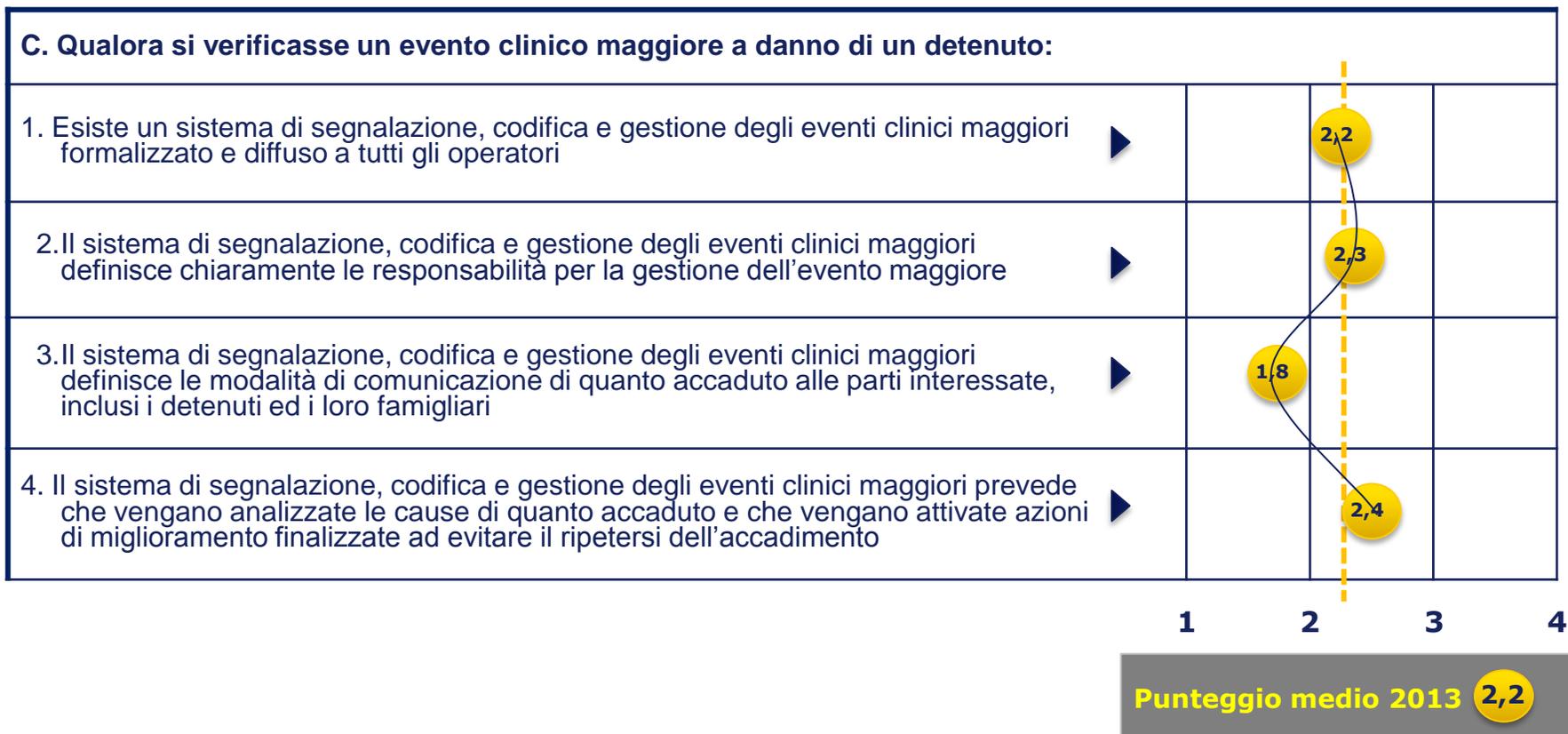
Qualora si verificasse un evento clinico maggiore a danno di un detenuto:

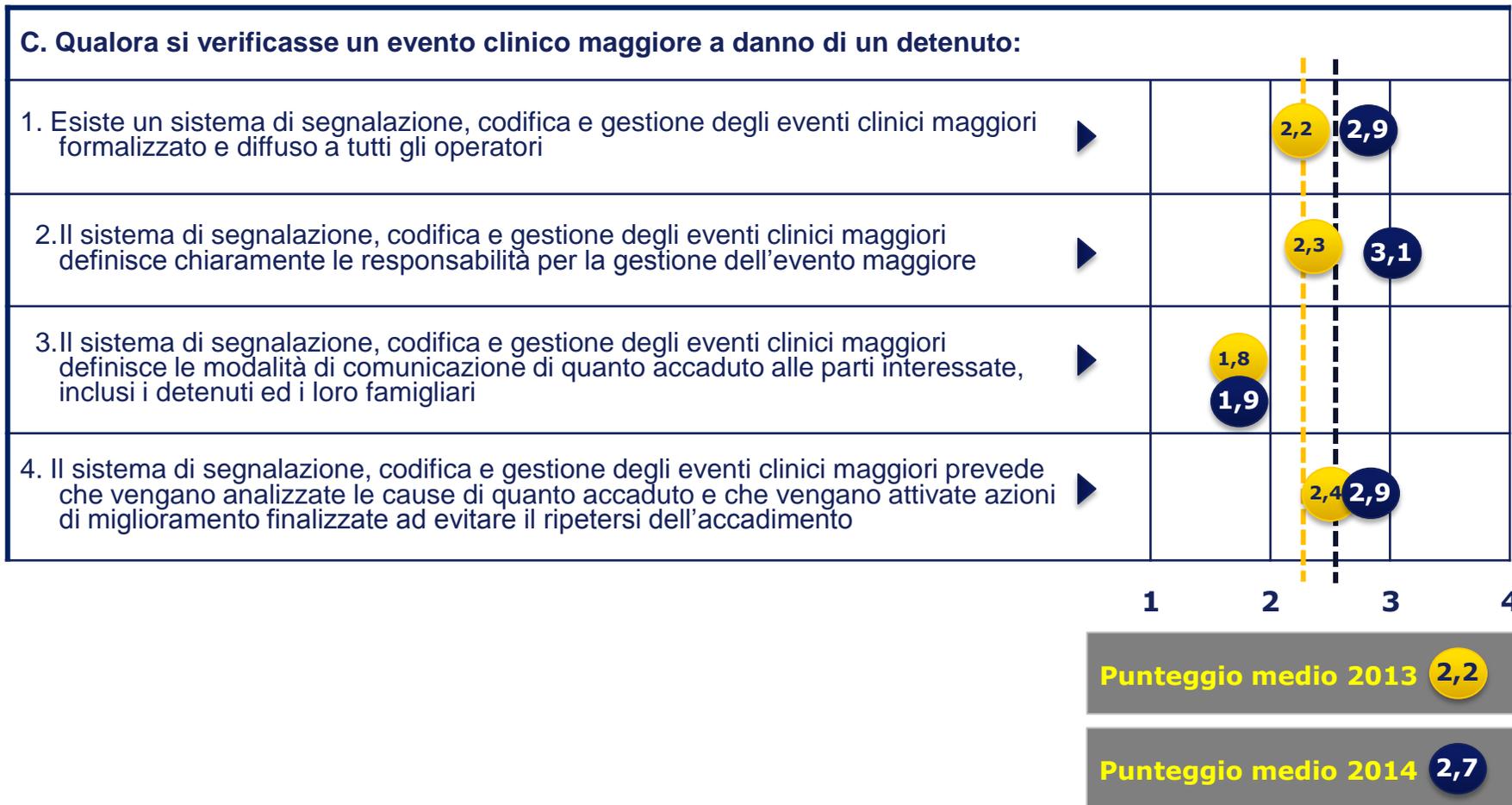


## Legenda



## Esiti complessivi





### Sezione C

#### *Capacità di rispondere agli eventi clinici maggiori*

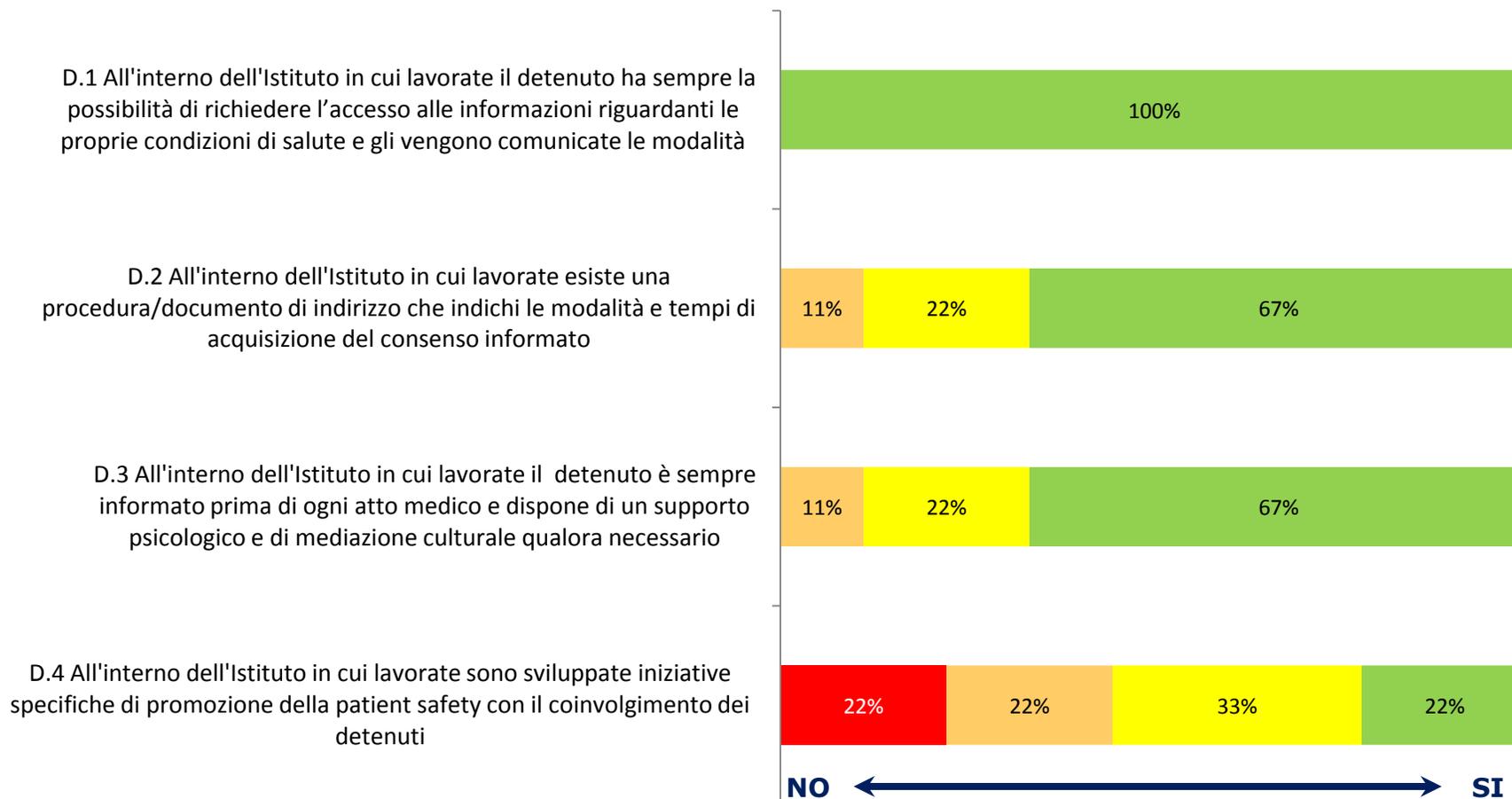
### **Considerazioni**

Anche per quanto riguarda la capacità di rispondere agli eventi clinici maggiori, gli Istituti coinvolti esprimevano nel 2013 o un parere complessivo che si posizionava tendenzialmente sul giudizio «no piccolo»; nell'indagine 2014 la media complessiva della sezione C si è spostata verso il «si piccolo», con una maggiore aderenza nella disponibilità di un sistema di segnalazione formalizzato e diffuso (domanda C.1), nella definizione delle responsabilità per la gestione dell'evento maggiore (domanda C.2) e nella capacità di attivare azioni di miglioramento a fronte di quanto segnalato (domanda C.4).

Rimane invece invariato il giudizio espresso relativamente al fatto che il sistema di segnalazione definisca le modalità di comunicazione di quanto accaduto alle parti interessate (inclusi detenuti e familiari) (domanda C.3)

## Esiti complessivi

### Informazione, consenso informato, relazione e comunicazione con il detenuto e promozione della sicurezza: 2013

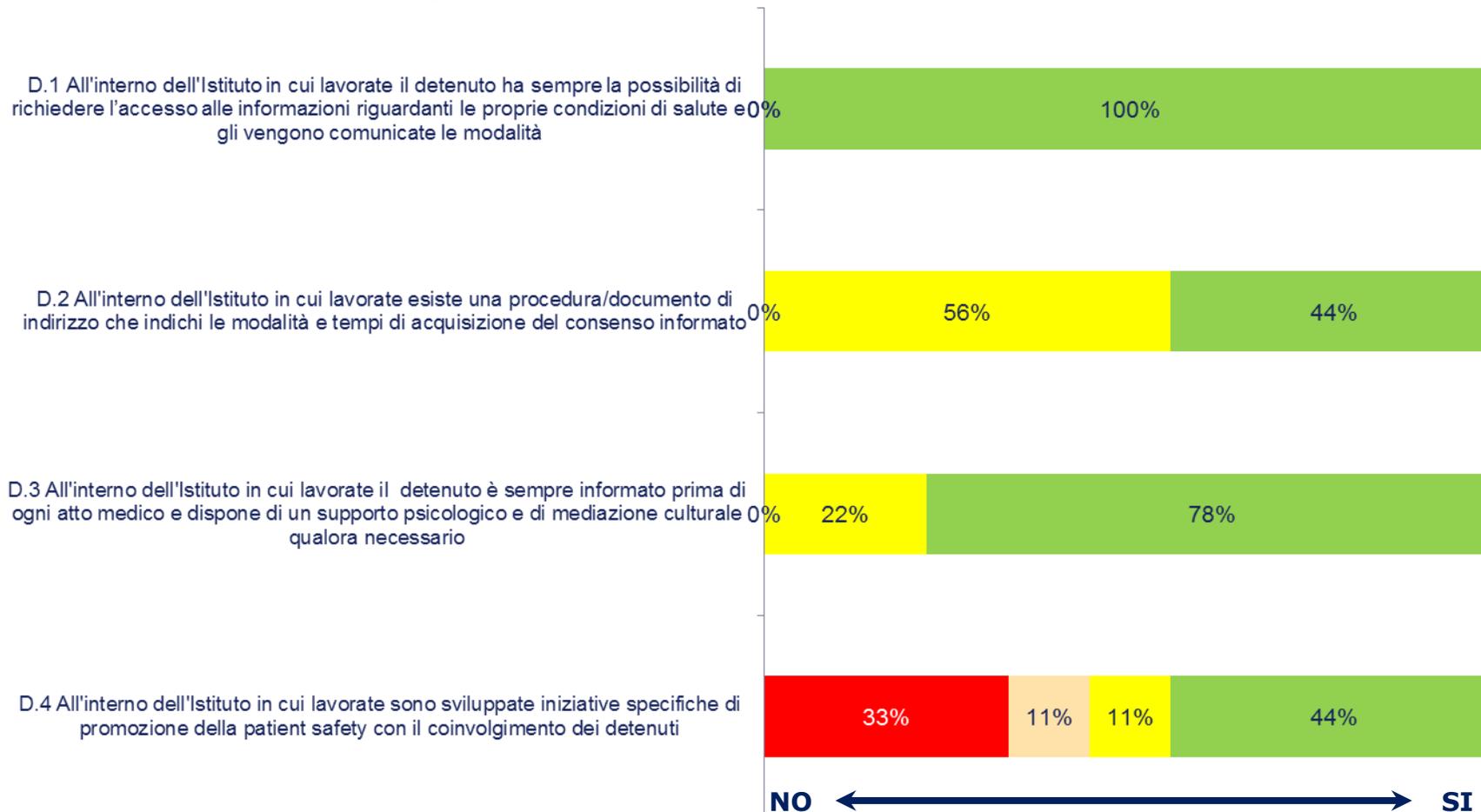


#### Legenda



## Esiti complessivi

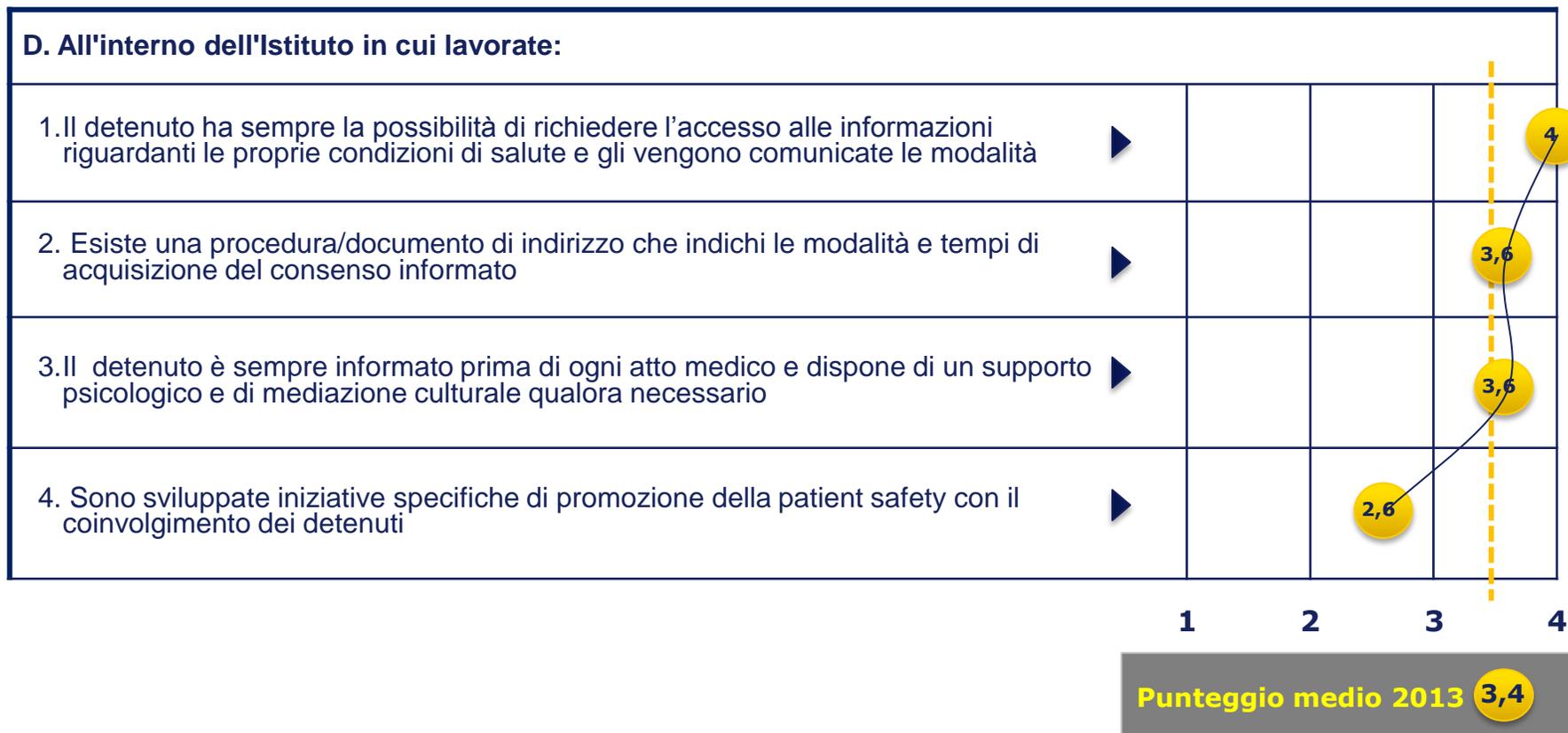
### Informazione, consenso informato, relazione e comunicazione con il detenuto e promozione della sicurezza: 2014



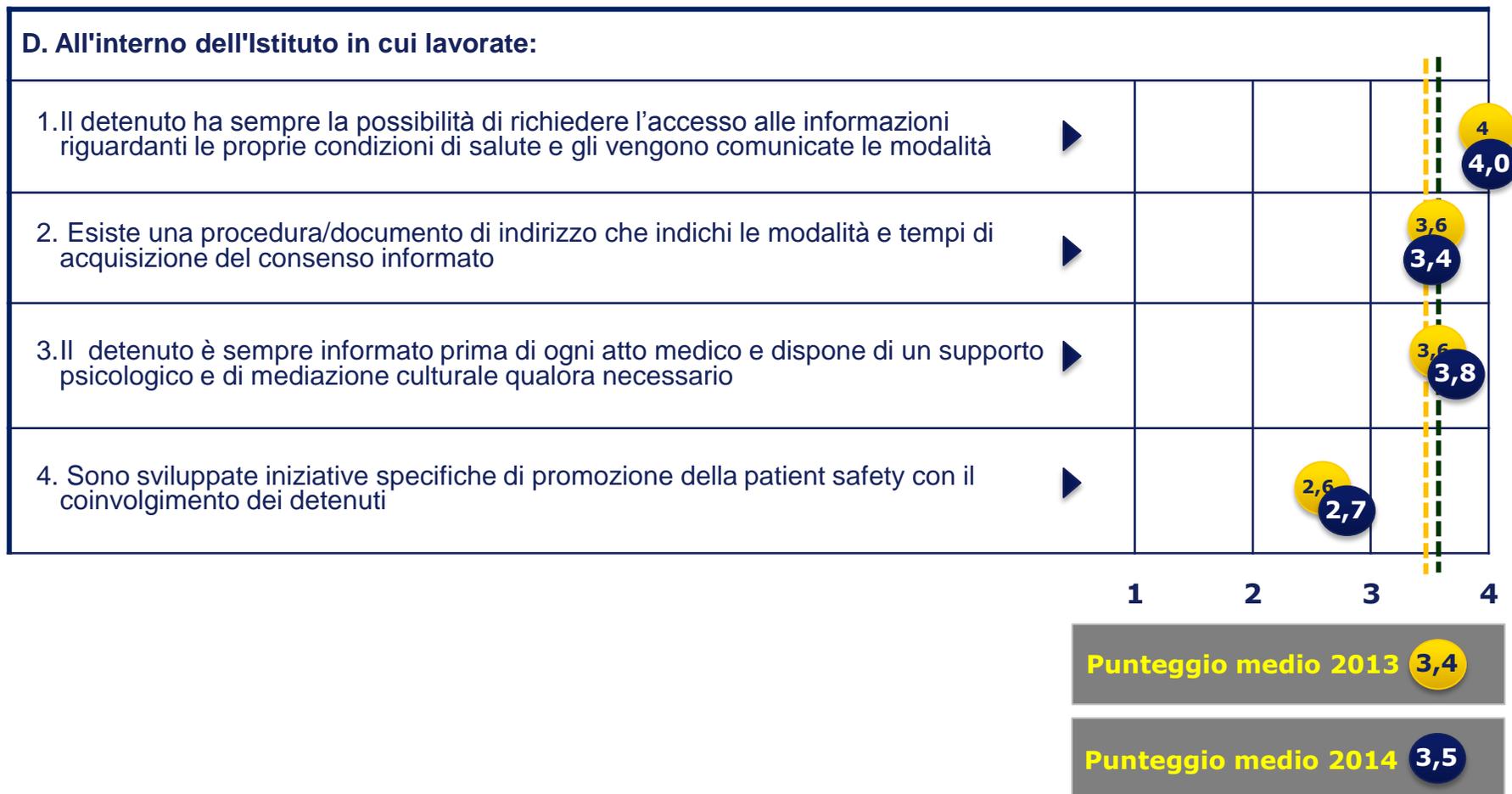
#### Legenda



## Esiti complessivi



## Esiti complessivi



### Sezione D

*Informazione, consenso informato, relazione e comunicazione con il detenuto e promozione della sicurezza*

*comunicazione con il detenuto e promozione della sicurezza*

### **Considerazioni**

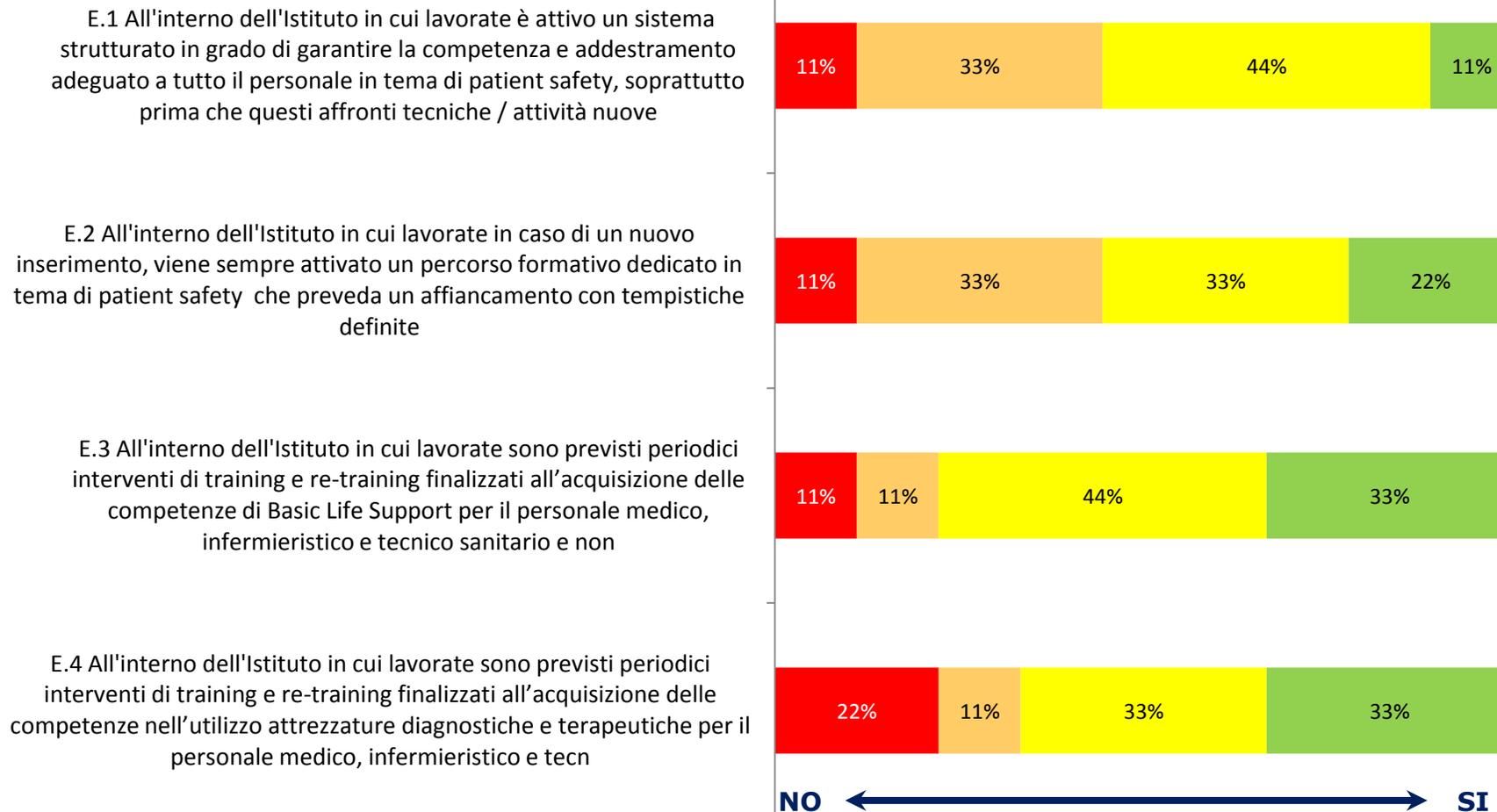
Per quanto riguarda le tematiche legate all'informazione, consenso informato, relazione e comunicazione con il detenuto e promozione della sicurezza, si conferma un buon livello di sviluppo e applicazione delle procedure legate alle modalità di accesso, da parte del detenuto, alle informazioni circa il suo stato di salute e alle modalità di acquisizione del consenso informato (domande D.1 e D.2), quest'ultimo punto segnala un lieve calo di aderenza nel 2014 rispetto a quanto emerso nel 2013.

Risultato positivo anche in relazione alla informazione fornita al detenuto prima di ogni atto medico (domanda D.3).

Relativamente alle iniziative di patient safety destinate ai detenuti, il giudizio si attesta su un «si piccolo» sebbene emerga un lieve incremento del livello di aderenza rispetto alla indagine 2013.

# Esiti complessivi

## Inserimento, formazione e competenza: 2013

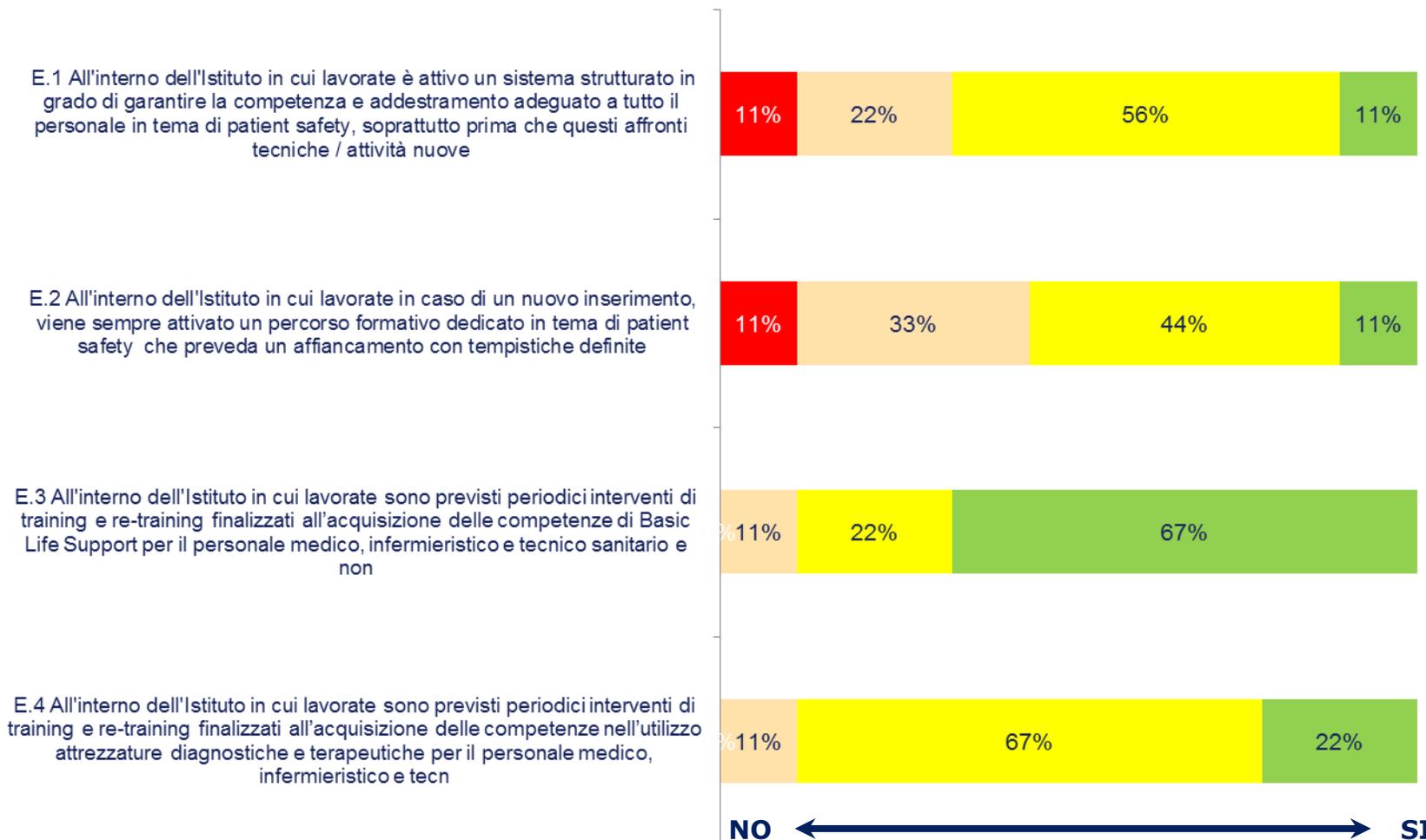


### Legenda



# Esiti complessivi

## Inserimento, formazione e competenza: 2014



### Legenda





**Punteggio medio 2013 2,9**

E. All'interno dell'Istituto in cui lavorate:		
1. E' attivo un sistema strutturato in grado di garantire la competenza e addestramento adeguato a tutto il personale in tema di patient safety, soprattutto prima che questi affronti tecniche / attività nuove	▶	2,6 2,7
2. In caso di un nuovo inserimento, viene sempre attivato un percorso formativo dedicato in tema di patient safety che preveda un affiancamento con tempistiche definite	▶	2,7 2,6
3. Sono previsti periodici interventi di training e re-training finalizzati all'acquisizione delle competenze di Basic Life Support per il personale medico, infermieristico e tecnico sanitario e non	▶	3,0 3,6
4. Sono previsti periodici interventi di training e re-training finalizzati all'acquisizione delle competenze nell'utilizzo attrezzature diagnostiche e terapeutiche per il personale medico, infermieristico e tecnico sanitario	▶	2,8 3,1
5. Le attività formative vengono sempre registrate e rimane traccia del percorso formativo di ogni operatore	▶	3,7 3,8

Punteggio medio 2013 2,9

Punteggio medio 2014 3,1



Sezione E

*Inserimento, formazione e competenza*

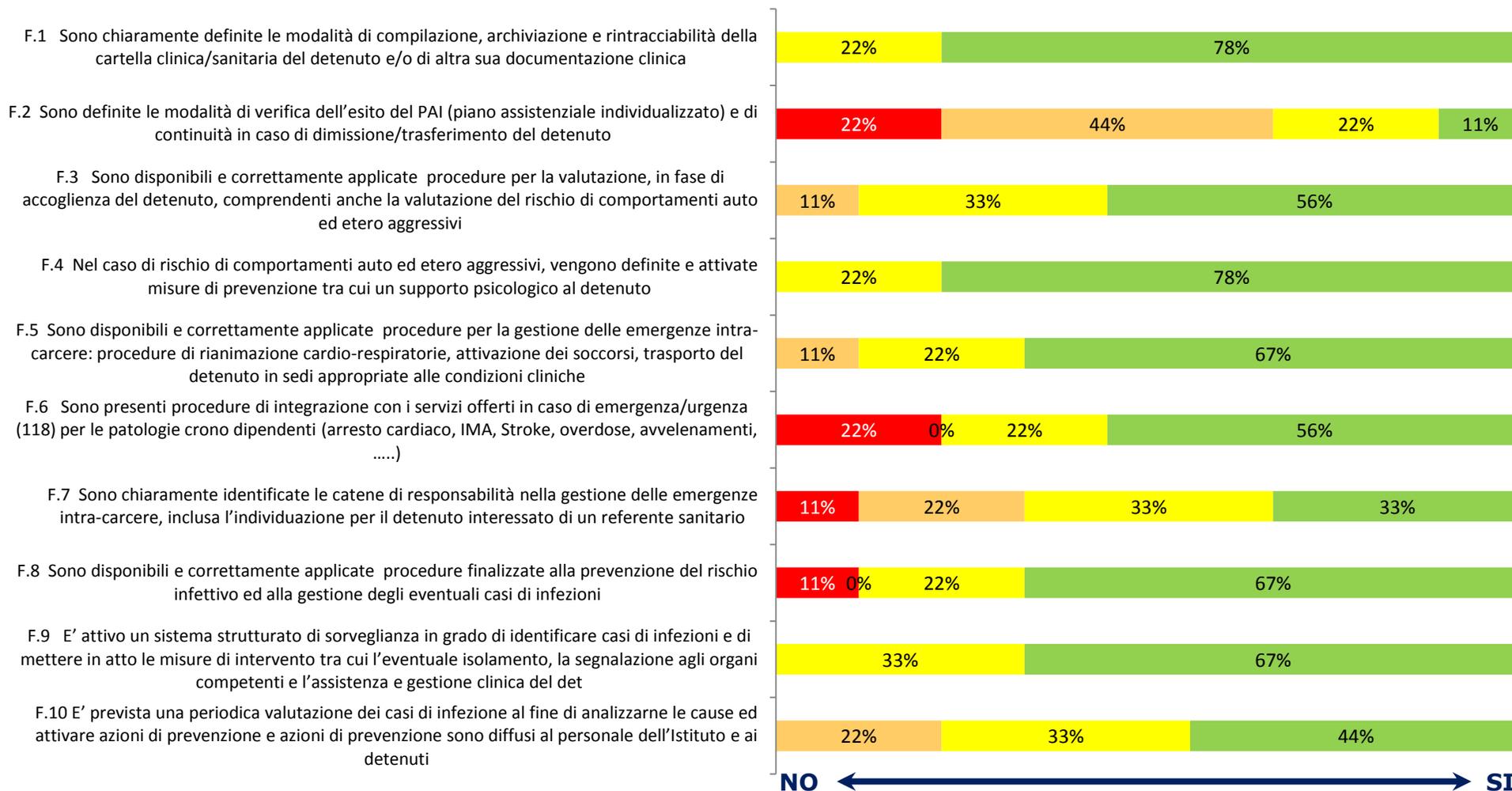
*inserimento, formazione e competenza*

### **Considerazioni**

Per quanto riguarda il tema dell'inserimento, formazione e competenza, si evidenzia per tutti i punti un incremento del livello di aderenza rispetto all'indagine 2013, eccetto per quanto riguarda la formazione con affiancamento dedicato in tema di patient safety (domanda E.2), per il quale emerge una lieve diminuzione di aderenza rispetto al 2013

# Esiti complessivi

## Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza – Prima parte: 2013



### Legenda

NO

no

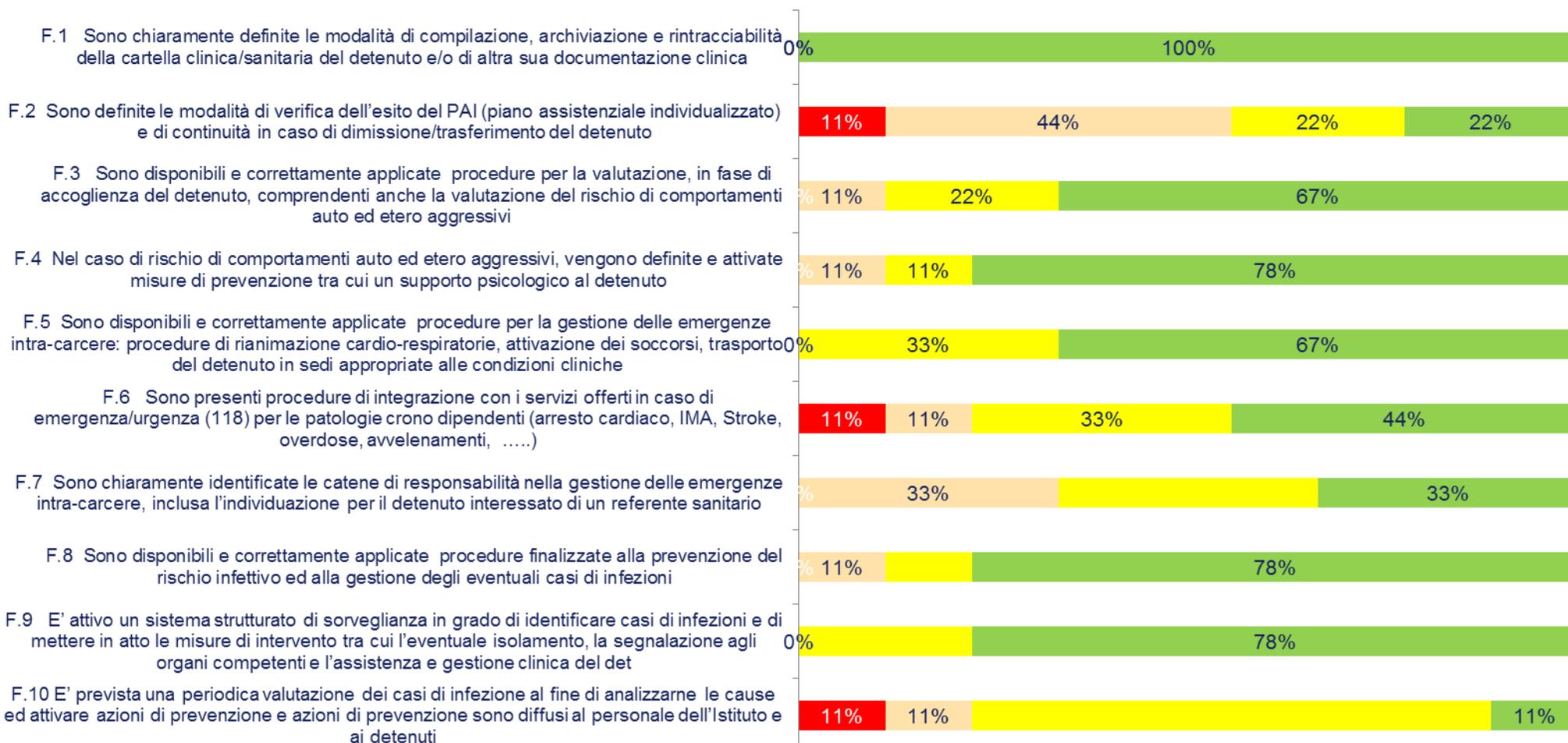
si

SI

Null

# Esiti complessivi

## Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza – Prima parte: 2014



### Legenda

NO

no

si

SI

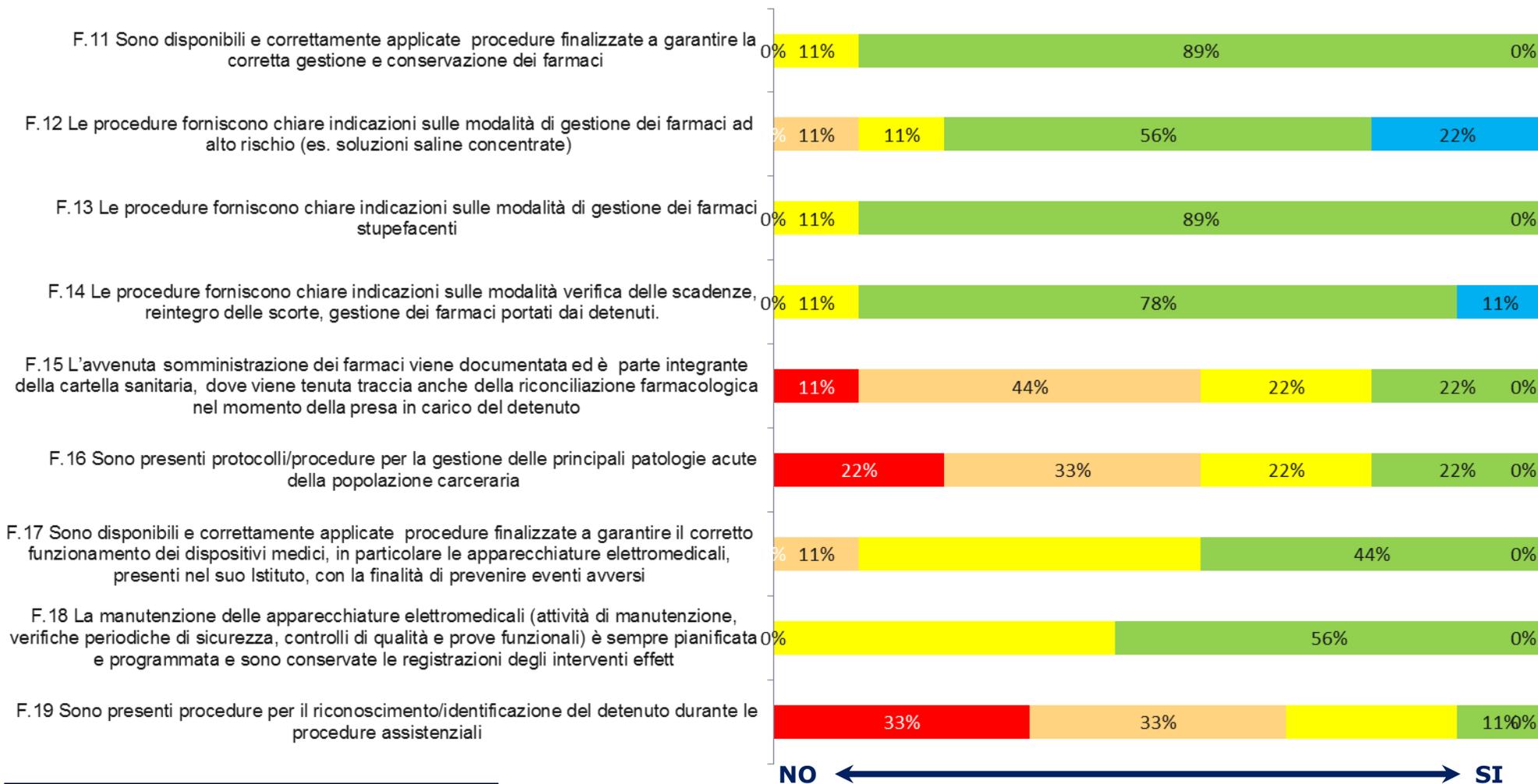
Null

NO

SI

## Esiti complessivi

## Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza – Seconda parte: 2013

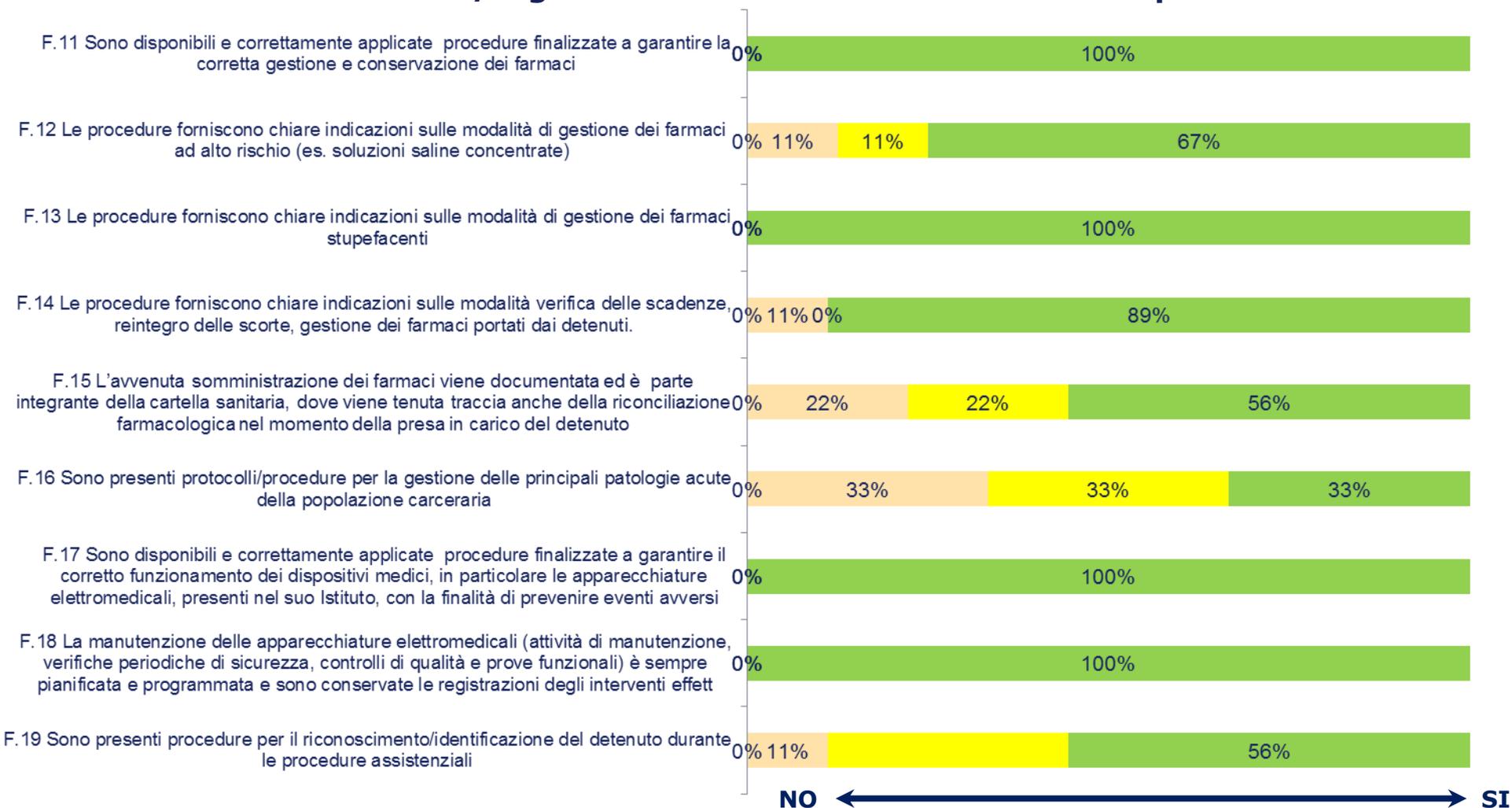


## Legenda



# Esiti complessivi

## Gestione clinico/organizzativa dell'assistenza – Seconda parte: 2014



### Legenda



# Esiti complessivi

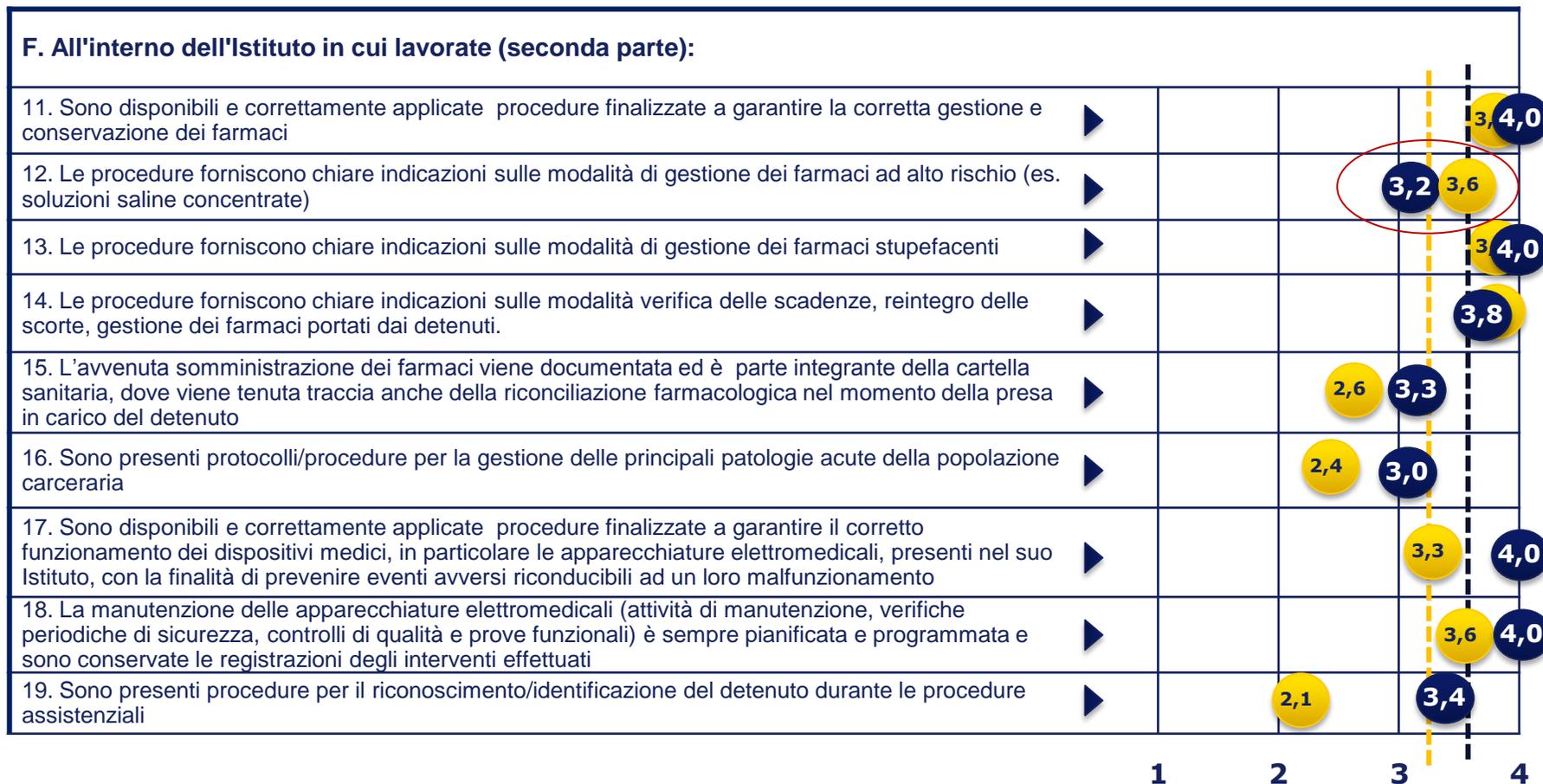




## Esiti complessivi



# Esiti complessivi



Punteggio medio 2013 3,2

Punteggio medio 2014 3,5

### **Considerazioni**

La gestione clinico organizzativa dell'assistenza tratta diversi aspetti procedurali. Complessivamente gli Istituti evidenziano un incremento dell'aderenza ai requisiti rispetto all'indagine 2013, con una media complessiva che passa dal 3,2 al 3,5 (tra «si piccolo» e «si grande»)

Alcune procedure risultano implementate in maniera più robusta (punteggio «SI grande»), quali per esempio compilazione, archiviazione e rintracciabilità della cartella clinica/sanitaria (domanda F.1), la gestione e conservazione dei farmaci (domande F.11 e F.13), la gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali (domande F.17 e F.18)

Alcuni aspetti evidenziano un livello di aderenza ai requisiti minore rispetto all'indagine del 2013, in particolare le procedure di integrazione con i servizi offerti in caso di emergenza/urgenza (domanda F.6), l'analisi dei casi di infezione e relativa attivazione di misure di prevenzione (domanda F.10) e procedure finalizzate alla gestione dei farmaci ad alto rischio (F.12)

## Promozione della salute: 2013

G.1 All'interno dell'Istituto in cui lavorate sono disponibili procedure che garantiscano una valutazione regolare dei bisogni assistenziali dei detenuti al fine di fornire programmi di monitoraggio delle patologie croniche e di prevenzione e promozione



## Promozione della salute: 2014

G.1 All'interno dell'Istituto in cui lavorate sono disponibili procedure che garantiscano una valutazione regolare dei bisogni assistenziali dei detenuti al fine di fornire programmi di monitoraggio delle patologie croniche e di prevenzione e promozione



### Legenda



## G. All'interno dell'Istituto in cui lavorate:

1. Sono disponibili procedure che garantiscano una valutazione regolare dei bisogni assistenziali dei detenuti al fine di fornire programmi di monitoraggio delle patologie croniche e di prevenzione e promozione della salute



1 2 3 4

3,0

Punteggio medio 2013 3,0

## G. All'interno dell'Istituto in cui lavorate:

1. Sono disponibili procedure che garantiscano una valutazione regolare dei bisogni assistenziali dei detenuti al fine di fornire programmi di monitoraggio delle patologie croniche e di prevenzione e promozione della salute



1 2 3 4

3,1

Punteggio medio 2013 3,0

Punteggio medio 2014 3,1

Sezione G  
*Promozione della salute*

### **Considerazioni**

Per quanto riguarda la promozione della salute si evidenzia che, rispetto all'indagine del 2013, c'è stato un lieve incremento del punteggio che passa da un punteggio medio di 3,0 («si piccolo») ad un punteggio medio di 3,1 («tra si piccolo» e «SI grande»).

Nello specifico il 56% delle strutture ha fornito un livello di copertura pari a 4 («SI grande»), mentre permane l'11% di strutture che ritiene che l'implementazione di procedure finalizzate ad una valutazione regolare dei bisogni assistenziali dei detenuti al fine di fornire programmi di monitoraggio delle patologie croniche e di prevenzione e promozione della salute sia un'area completamente da sviluppare

### **I gap prioritari: I requisiti che hanno ottenuto nel 2014 un punteggio inferiore a 2 («no piccolo»)**

<b>Rif. domanda</b>	<b>Gap prioritari (aree che risultano scarsamente implementate)</b>	<b>Punteggio medio 2013</b>	<b>Punteggio medio 2014</b>
C.3	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sistema di segnalazione, codifica e gestione degli eventi clinici maggiori che definisce le <b>modalità di comunicazione di quanto accaduto</b> alle parti interessate, inclusi i detenuti ed i loro famigliari</li></ul>	1,8	1,9

### I gap prioritari: aree che hanno ottenuto punteggi più bassi rispetto all'indagine 2013

Rif. domanda	Gap prioritari (aree che hanno ottenuto punteggi più bassi rispetto all'indagine 2013)	Punteggio medio 2013	Punteggio medio 2014
E.2	▪ <b>Percorso formativo, in caso di nuovo inserimento</b> , dedicato in tema di <b>patient safety</b> che preveda un affiancamento con tempistiche definite	2,7	2,6
F.6	▪ Procedure di integrazione con i servizi offerti in caso di emergenza/urgenza (118) per le patologie crono dipendenti	3,1	3,0
F.10	▪ Periodica <b>valutazione</b> dei <b>casi di infezione</b> al fine di analizzarne le cause ed attivare azioni di prevenzione	3,2	2,8
F.12	▪ Modalità di gestione dei <b>farmaci ad alto rischio</b> (es. soluzioni saline concentrate)	3,6	3,1

### **I gap prioritari: aree che hanno ottenuto gli stessi punteggi dell'indagine 2013**

<b>Rif. domanda</b>	<b>Gap prioritari (aree che hanno ottenuto gli stessi punteggi dell'indagine 2013)</b>	<b>Punteggio medio 2013</b>	<b>Punteggio medio 2014</b>
//	▪ //	//	//

# Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa degli strumenti trattati
3	L'applicazione di SEA e SWAR: i risultati ottenuti
4	La linea di consenso «Sistemi di segnalazione e gestione degli Incident Reporting negli Istituti di Pena della RER»
5	Presentazione esiti Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena – fase ex post
<b>6</b>	<b>Test finale e chiusura dell'incontro</b>

# Test di valutazione

---

1. Le fasi del processo di gestione del rischio sono:

- Dipendenti dalle dimensioni dell'organizzazione
- Guidate dalla struttura degli Incident reporting raccolti
- Identificazione, analisi del rischio, trattamento, monitoraggio e valutazione
- Nessuna delle precedenti

2. Gli strumenti applicabili nel processo di gestione del rischio clinico:

- Sono solamente prospettici
- Sono solamente restrospettivi
- Sono tutti obbligatori in quanto previsti dal Ministero della Salute
- Possono essere volontari o obbligatori a seconda delle indicazioni Regionali e Ministeriali

3. Nel processo di gestione del rischio, il Safety Walkaround è uno strumento:

- Che consente di individuare il rischio
- Che consente di trattare il rischio
- Volontario
- Tutte le precedenti

4. Nel processo di gestione del rischio, il Significant event audit è uno strumento:

- Che può essere applicato al fine di analizzare anche comportamenti virtuosi
- Che richiede molte risorse economiche e umane
- Che prevede un metodo quantitativo di analisi
- Obbligatorio per il Ministero della Salute

5. Nel processo di gestione del rischio, quale tra gli strumenti citati non è nella fase di identificazione del rischio?:

- L'incident reporting
- La root analysis
- Le segnalazioni da farmacovigilanza
- Le segnalazioni da dispositiovigilanza