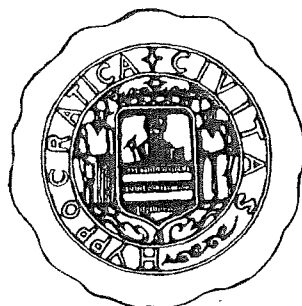


Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

Atti del
**XIX Congresso Interregionale
Siculo-Calabro di Igiene,
Medicina Preventiva
e Sanità Pubblica**

Noto e Siracusa
28-30 settembre 2007



Il metodo Joint Commission International applicato nell'ambito del Progetto Biennale per "La gestione del Rischio Clinico presso le strutture del Sistema Sanitario della Regione Siciliana": risultati preliminari

Mazzucco W^{*3}, *Cantaro P*^{**}, *Saglimbeni G*^{**2}, *Parrinello V*^{**3}, *Banks H*^{***},
Zangrandi A^{***}, *Urso S*^{****}, *Vitale F*^{*2}, *Romano N*^{*}

^{*}Direttore Scuola Specializzazione in "Igiene e Medicina Preventiva" Università degli Studi di Palermo

^{**2}Scuola Specializzazione in "Igiene e Medicina Preventiva" Università degli Studi di Palermo

^{**2}Direzione Aziendale A.O. Vittorio Emanuele Catania

^{**}Cabina di Regia e Centro di Coordinamento Regionale Rischio Clinico,
Direttore Sanitario A.O. Vittorio Emanuele Catania

^{*3}Medico in formazione Scuola Specializzazione in "Igiene e Medicina Preventiva"
Università degli Studi di Palermo - Staff JCI

^{**3}Responsabile U.O. Qualità A.O. Vittorio Emanuele Catania

^{***}Joint Commission International

^{****}Statistico Staff JCI

Obiettivi: Il rischio clinico e la sicurezza del paziente sono argomenti centrali nell'ambito della qualità delle cure.

La Regione Siciliana, al fine di ridurre il rischio clinico e garantire la qualità e la sicurezza delle cure nelle proprie strutture assistenziali, ha varato il *Progetto Biennale per la gestione del Rischio Clinico presso le strutture del Sistema Sanitario della Regione Siciliana*, che si fonda sulla metodologia messa a punto Joint Commission International (JCI); tale progetto, che ha avuto il suo avvio a partire dall'ottobre 2006, ha richiesto l'identificazione, implementazione e verifica di un set di standard, tratti dalle seguenti fonti:

- Standard Joint Commission International per Ospedali, 2a edizione;
- Standard Joint Commission International per Organizzazioni di Trasporto Medico
- Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente

Metodi: Il programma biennale ha previsto l'identificazione di una metodologia per la rilevazione degli aspetti critici del sistema assistenziale.

Per studiare il problema, sono stati costituiti una Cabina di Regia e un Comitato Scientifico. Sulla base delle informazioni raccolte attraverso la somministrazione agli attori del programma di un questionario preparato dai consulenti JCI è stato possibile identificare e selezionare un insieme di 41 standard riferibili alle più importanti aree di rischio per gli ospedali, per le organizzazioni di trasporto medico e per la sicurezza del paziente.

I 41 standard sono divisi in due macrogruppi, (14 standard per le organizzazioni di trasporto medico e 27 standard per gli ospedali) ripartiti fra le seguenti aree:

1. Trasporto Sanitario Sicuro (14 standard);
2. Valutazione Efficace dei Bisogni del Paziente (7 standard);
3. Gestione Sicura delle Procedure ad Alto Rischio (6 standard);
4. Gestione Sicura del Paziente ad Alto Rischio (13 standard, di cui 2 Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente);
5. Continuità Assistenziale (1 standard).

La diretta sperimentazione della metodologia presso un campione di 6 strutture ospedaliere e presso tutte e quattro le Centrali Operative 118 della Regione Sicilia C.O. (118 CT-RG-SR Catania, C.O. 118 CL-EN-AG Caltanissetta, C.O. 118 ME Messina, C.O. 118 PA-TP Palermo), ha dato inizio alla seconda fase del progetto.



Sono di seguito riportate le strutture ospedaliere scelte in base ai criteri rappresentativi della realtà regionale:

A.R.N.A.S. Civico Palermo
A.O. S. Elia Caltanissetta
A.O.U. Vittorio Emanuele Catania
Casa di Cura Candela Palermo
Casa di Cura Morgagni Catania
Ospedale Civile di Milazzo Messina

Ogni ospedale e ogni centrale 118 ha permesso al Team JCI di visitare l'intera organizzazione e di interloquire con il personale secondo un'agenda preparata anticipatamente di durata da 0,5 a 2,5 giorni ognuna. Durante la visita i componenti del team hanno verificato gli specifici comportamenti organizzativi tenuti dagli operatori sanitari nell'ambito delle seguenti aree:

- Trasporto sanitario
- Pronto soccorso
- Chirurgia e anestesia
- Terapia intensiva
- Reparti vari
- Risorse umane
- Qualità e leadership
- Accettazione e dimissione

Dopo le visite, è stato preparato dal Team JCI un verbale riassuntivo per ogni organizzazione, con una votazione e un commento per ogni standard applicabile.

I 41 standard sono stati valutati per i due tipi di organizzazione: 14 per le organizzazioni di trasporto sanitario e 27 per le strutture ospedaliere.

Essendo questa una prima verifica della metodologia, lo scopo è stato di determinare lo stato di adesione agli standard selezionati per il progetto; quindi le visite forniscono soprattutto una valutazione dello stato attuale delle strutture sanitarie e una prima verifica della capacità degli standard selezionati a ridurre i principali rischi clinici corsi dai pazienti.

Ogni standard è caratterizzato da uno o più elementi misurabili (EM) che permettono una valutazione del grado di compliance dell'organizzazione rispetto i singoli standard.

Ai fini dell'elaborazione complessiva dei dati rilevati, è stato assegnato un punteggio a ciascuna valutazione, come da schema successivo:

- Standard Completamente raggiunto: score 1
- Standard Parzialmente raggiunto: score 0,5
- Standard Non Raggiunto: score 0
- Standard Non applicabile: score NA

Risultati: Si è proceduto all'analisi dei risultati relativi alla valutazione dei 14 standard JCI per le organizzazioni di trasporto sanitario. Le percentuali dei punteggi completamente raggiunto (Score 1), parzialmente raggiunto (Score 0,5) e non raggiunto (Score 0) sono state calcolate escludendo gli elementi misurabili ai quali è stato assegnato il punteggio non applicabile (Score NA). In questo contesto si è distinta una struttura su tutte con una votazione nettamente più alta (con uno score medio di 10 in confronto con circa 6 per le altre tre), nella quale il ruolo della leadership è chiaramente riconoscibile.

In media quasi il 50% degli standard sono stati parzialmente raggiunti, dimostrando che le strutture hanno diversi meccanismi già in atto che sono conformi ai requisiti degli standard. Le strutture hanno però completamente raggiunto i requisiti previsti dagli standard nel 25 per cento dei casi, evidenziando la presenza di ampie opportunità per interventi di miglioramento.

Per identificare le aree problematiche ci si è riferiti all'analisi degli standard critici, quelli cioè per i quali almeno una delle strutture ha ricevuto uno score di 0, o di non raggiunto. Sono 6 gli standard che rispondono a questo criterio.

Le visite e le discussioni hanno evidenziato che, le strutture devono ancora identificare il personale a diretto contatto con i pazienti da addestrare almeno ogni due anni nelle tecniche di rianimazione. Infine, è assente una politica aziendale per guidare l'assistenza ai pazienti in emergenza-urgenza in due delle strutture; tale politica è solo parzialmente implementata nelle restanti due strutture.

È stata altresì rilevata una mancanza di politiche e procedure scritte in almeno 5 aree. Per i risultati relativi agli ospedali, le percentuali dei punteggi completamente raggiunto (Score 1), parzialmente raggiunto (Score 0,5) e non raggiunto (Score 0) sono state calcolate escludendo gli elementi misurabili ai quali è stato assegnato il punteggio non applicabile (Score NA). La percentuale dei punteggi non applicabile è calcolata invece sul totale.

Lo score medio per il totale delle strutture è di 0,51 e le strutture hanno ottenuto uno score di almeno 0,5 per il 45,9% degli standard valutati, indicando che in media diverse pratiche conformi ai requisiti richiesti dagli standard sono già in atto nelle strutture. In circa un quarto del totale degli standard valutati, le strutture hanno completamente raggiunto i requisiti degli standard.

Si notano immediatamente alcune differenze fra le strutture che dispongono o meno di un Pronto Soccorso o di un'Unità di Terapia Intensiva. Gli score sono complessivamente più alti, con il 40 per cento o oltre degli standard valutati completamente raggiunti per il primo tipo di struttura.

Analizzando gli standard critici, quelli cioè con almeno uno score di 0, o di non raggiunto, è emerso che in 10 dei 14 standard, pari a circa il 71% dei casi, almeno due strutture hanno ottenuto uno score di 0.

In particolare, gli standard QPS per la qualità rappresentano un'area particolarmente problematica per le strutture: solo 3 delle strutture dispongono di un piano della qualità e sicurezza del paziente e addirittura 5 su 6 delle strutture non hanno identificato indicatori di qualità da misurare e seguire nel tempo.

I due standard selezionati che regolano il trasferimento del paziente presso un'unità interna all'ospedale (per il reparto di terapia intensiva - ACC.1.4) ed il trasferimento del paziente presso un'altra struttura (ACC.4) rappresentano un altro punto critico per gli ospedali esaminati. Se si considera che nel primo caso due delle sei strutture non possiedono un reparto di terapia intensiva, lo standard risulta non raggiunto nel 100 per cento dei casi.

Un'analisi dei commenti nei verbali però rileva un problema di mancanza di una politica scritta più che una mancanza di processo. Questo tipo di problema si nota anche per i standard COP e ASC.

Gli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente rappresentano un'altra area problematica, poiché essi sono implementati almeno parzialmente in solo la metà delle strutture. Una nota positiva è rappresentata dagli standard SQE. In 5 su 6 delle strutture sono in atto, almeno parzialmente, dei processi standardizzati per verificare le credenziali degli operatori sanitari (SQE.9). Si nota comunque un problema per l'identificazione e l'addestramento nelle tecniche di rianimazione degli operatori a diretto contatto con i pazienti (SQE.8.1).

Una ulteriore analisi dei risultati delle visite di verifica evidenzia una mancanza di politiche e procedure scritte in almeno 8 aree.

Conclusioni: L'adozione del modello JCI al fine della gestione del Rischio Clinico sottintende un percorso culturale in cui devono essere coinvolti tutti gli attori del processo assistenziale. In tal senso un ruolo di fondamentale importanza sarà rappresentato dalla progettazione ed erogazione di un articolato piano formativo (Fase 3) finalizzato a formare personale in grado di svolgere le funzioni di audit e di tutorship.

Non si tratta dunque di approccio imposto dall'alto, ma dell'acquisizione di un cambiamento dei comportamenti capillarmente maturato ed applicato in maniera continuativa, seguito dalla periodica valutazione, su base trimestrale, del miglioramento conseguito attraverso la raccolta di informazioni e la successiva analisi dei dati aggregati. A tal fine le strutture saranno dotate di un apposito software (Fase 4), finalizzato allo sviluppo di un quadro conoscitivo di base su cui sviluppare successivi piani e politiche di miglioramento.

È stata inoltre riscontrata una sufficiente disponibilità di risorse a disposizione delle strutture arruolate nel progetto, a cui deve conseguire una rimodulazione ed una generale ottimizzazione del loro impiego.

Dall'analisi dei commenti dei verbali emergono alcune aree di possibile intervento per migliorare la qualità e la sicurezza del paziente e conseguentemente ridurre il rischio clinico.

Nel particolare, per quanto concerne le Centrali Operative 118, è opportuno verificare l'implementazione delle linee guida generali sul funzionamento del servizio di emergenza sanitaria regionale "S.U.E.S. - 118".

Il Responsabile della Centrale Operativa dovrebbe sempre essere un dirigente medico specialista

in anestesia e rianimazione con comprovata esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza ed operante nella medesima area. La direzione della Centrale operativa dovrebbe essere riconosciuta come funzione di direzione di struttura complessa o semplice, all'interno del dipartimento di emergenza, con autonomia operativa e gestionale.

Dovrebbero essere definiti o implementati un Programma per la gestione e il miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, un Piano di risposta e spiegamento dei mezzi, nonché un sistema di verifica di possibili problemi nella scelta e nell'assegnazione della struttura ricevente.

Dall'estrapolazione dei dati dal campione di sperimentazione al panorama complessivo delle strutture sanitarie della Regione Siciliana emergono alcune aree di possibili intervento per migliorare la qualità e la sicurezza del paziente e conseguentemente ridurre il rischio clinico.

Per quanto riguarda l'Area Emergenza/Urgenza è opportuno espletare periodicamente una verifica dell'assegnazione di priorità per i pazienti con bisogni urgenti, implementare una documentazione clinica che riporti, oltre all'ora di arrivo, anche le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso, le condizioni del paziente alle dimissioni e le istruzioni relative al follow-up.

Altro punto critico si è rivelata la fase delle valutazioni del paziente al ricovero: di fondamentale importanza appare la definizione a livello aziendale del contenuto minimo relativo ad anamnesi, esame obiettivo e valutazioni infermieristiche.

Accorgimenti condivisi dovrebbero essere applicati tanto per l'Anestesia quanto per la Chirurgia e precisamente:

- implementare gli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente e su tutti l'identificazione del paziente utilizzando almeno due identificativi
- effettuare il "time-out" prima di iniziare l'intervento
- documentare le diagnosi post-intervento oltre alla diagnosi pre-intervento
- assicurare la presenza di una Sala di risveglio e dello staff adeguato per garantire il monitoraggio post-anestesiológico prima di riportare i pazienti nel reparto di degenza; evitare quindi di effettuare il risveglio in sala operatoria
- registrare i risultati del monitoraggio nella cartella clinica nonché l'ora di arrivo e l'ora di dimissione dalla sala di risveglio

Infine, particolare attenzione dovrebbe essere riservata alla compilazione della Cartella Clinica ed alla Formazione e valutazione del personale ed in particolare:

- stesura di una politica, anche regionale, per la gestione e il controllo della cartella clinica
- assicurare che ciascuna annotazione nella cartella clinica riporti la data e la firma (sigla) dell'autore
- identificare gli operatori sanitari da addestrare almeno ogni due anni nelle tecniche di rianimazione e documentarne il completamento
- verifica documentabile delle credenziali degli operatori rispetto alla fonte originaria
- assicurare l'orientamento e la valutazione/verifica delle competenze dei nuovi assunti prima dell'inizio del lavoro assegnato.