

IV CONVENTION NAZIONALE CLINICAL RISK MANAGER



30 SETTEMBRE
1 OTTOBRE



FIRENZE
AUDITORIUM CTO
AOU CAREGGI
LARGO PALAGI, 1

30 SETTEMBRE

Patient Safety Action Plan 2021-2030

Michele Tancredi Loiudice

Responsabile UOS Rischio Clinico e
Sicurezza delle cure

Agenas

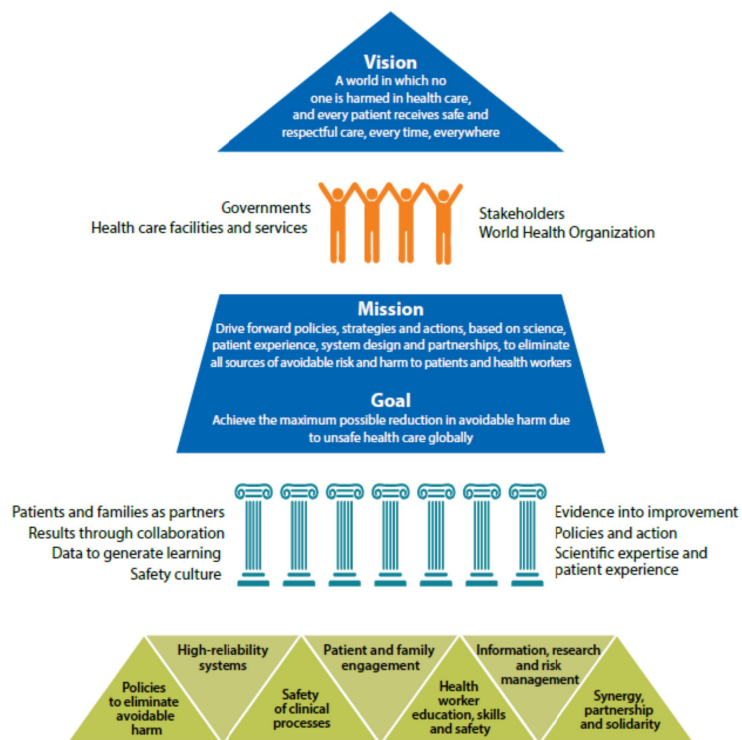
WHO GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030



<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>

WHO GPSAP 2021-2030: la matrice delle strategie e degli

Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030



14 | Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|---|--|
| 1 | | Politiche per eliminare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle Risorse | 1.3 Misure legislative protettive | 1.4 Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | | Sistema ad alta affidabilità | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Buona governance del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di avversità estreme |
| 3 | | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sfida globale per la sicurezza "farmaci senza danni" | 3.3 Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, del sangue e dei vaccini | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei passaggi di cura (da struttura ad un'altra) |
| 4 | | Coinvolgimento del paziente e della famiglia | 4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti/familiari che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie |
| 5 | | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'istruzione e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione sulla sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | | Informazione ricerca e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento sugli incidenti relativi alla sicurezza del pz. | 6.2 Sistema informativo sulla sicurezza del paziente | 6.3 Sistema di sorveglianza della sicurezza del paziente | 6.4 Programma di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologia digitale per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | | Sinergia partnership e solidarietà | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholders | 7.2 Comprensione comune e impegno condiviso | 7.3 Reti e collaborazione per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-geografiche e multisettoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |

Mapping World Health Assembly resolution WHA72.6 with the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

| | | |
|-----|---|---|
| 2 | Urges Member States: | |
| 2.1 | To recognize patient safety as a health priority in health sector policies and programmes, making it an essential component for strengthening health care systems in order to achieve universal health coverage | <ul style="list-style-type: none">▶ Strategy 1.1: Patient safety policy, strategy and implementation framework▶ Strategy 2.2: Good governance for the health care system |
| 2.2 | To assess and measure the nature and magnitude of the problem of patient safety including risks, errors, adverse events and patient harm at all levels of health service delivery including through reporting, learning and feedback systems that incorporate the perspectives of patients and their families, and to take preventive action and implement systematic measures to reduce risks to all individuals | <ul style="list-style-type: none">▶ Strategy 6.1: Patient safety incident reporting and learning systems▶ Strategy 6.2: Patient safety information systems▶ Strategy 6.3: Patient safety surveillance systems |

WHO GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN

2021-2030: Report

7. Monitoring and reporting

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>



Global patient safety report 2024



STRATEGY 2.2:

Develop and operate effectively a good governance framework within each component of the health care system

Risk Manager nel Piano

Actions for governments

Actions for health care facilities and services

- ▶ Designate an officer or a team responsible for patient safety and clinical risk management in each health care facility to minimize patient harm, manage risks and improve patient safety.
- ▶ Establish a patient safety committee at the organizational level, including patient safety and clinical leadership, to adapt and implement national patient safety priorities aligned with local priorities.
- ▶ Establish a clear specification of roles and responsibilities to identify, mitigate and (where possible) eliminate risks to patients and staff.
- ▶ Design and implement an effective clinical governance structure to fully engage front-line health care professionals in the organization's patient safety policies and programmes.

Actions for stakeholders

Actions for the WHO Secretariat

Framework for action | 27

Politiche e strategie



| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|
| 1 | Politiche per eliminare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative protettive | 1.4 Accredитamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Sistemi alla affidabilità | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Assicuramento del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.4 Fattori umani (ergonomici) per la sicurezza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in ambienti di accettazione esterne |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Strategie globali per la sicurezza "team senza confini" | 3.3 Prevenzione e controllo dei rischi: infezioni e eventi avversi | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei prodotti di cura (da strutture sanitarie) | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei percorsi di cura (da strutture sanitarie) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accedere in full-time alla capacità di sicurezza del sistema sanitario | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione al paziente e alla famiglia |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'educazione e nell'informazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione, ricerca e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 Sistemi informativi sulla sicurezza del paziente | 6.3 Sistemi di monitoraggio della sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Strategie personalizzate e multidisciplinari | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholder | 7.2 Competenze comuni e impegno condiviso | 7.3 Integrazione per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-organizzative e multidisciplinari per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative sanitarie |

17-3-2017

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di conven-

tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«d-bis) predisposizione di una relazione annuale consultiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Art. 3.

Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

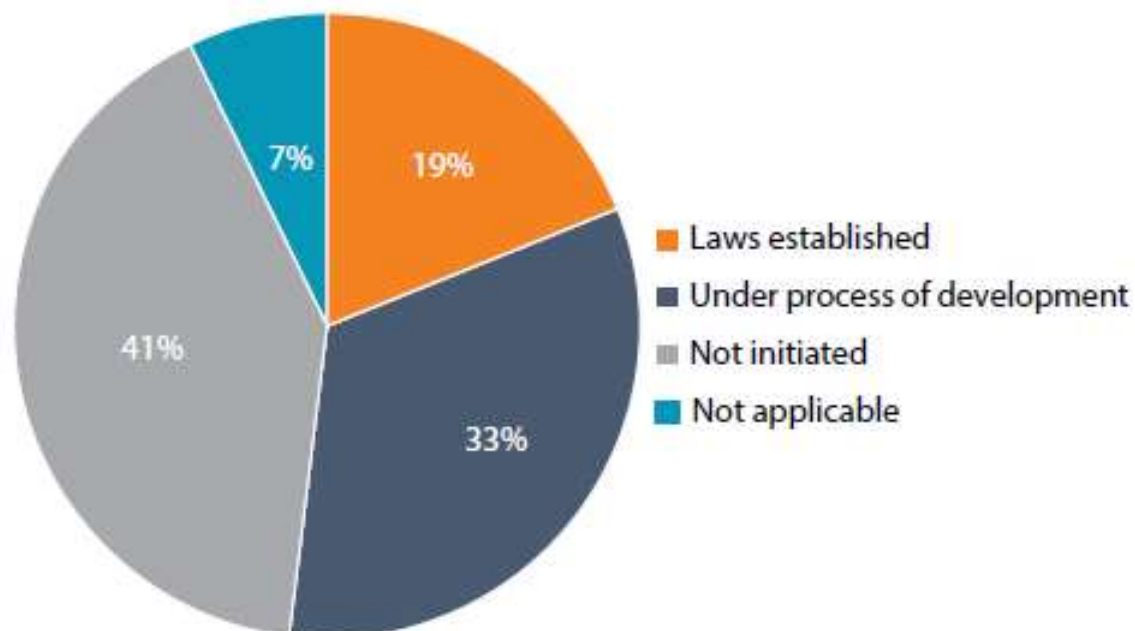
1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestio-

17 settembre 2023
LEGGE 8 marzo 2017, n. 24
Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Legal protection against reporting of patient safety incidents

Fig. 1.12.
Proportion of countries with
established laws for protecting
health workers on reporting of
patient safety incidents



Politiche e strategie



QUESTIONARIO DM 19/12/2022

«**Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le**

| | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|---|
| 1 | Politiche per eliminare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative e protettive | 1.4 Accredитamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Sistemi di allerta | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Assicuramento del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in momenti di elevata attività |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sicurezza delle procedure cliniche "a basso rischio" | 3.3 Prevenzione e controllo dei rischi infettivi, dei medicinali, dei dispositivi medici, dei materiali e dei tessuti | 3.4 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei percorsi di cura (da strutture ad alta specialità) | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei percorsi di cura (da strutture ad alta specialità) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 Avvicinamento del paziente e dei familiari | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accertarsi di fornire la capacità di addebi- tazione del paziente/familiari che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione del paziente e della famiglia |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'educazione e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza dei pazienti come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione, ricerca e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.3 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca e innovazione per la sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Sicurezza personalizzata | 7.1 Conoscimento degli stakeholder | 7.2 Conoscimento comune e impegno condiviso | 7.3 Integrazione per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-organizzative e multistakeholder per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |

Survey ad HOC PER 2023

Questionario Rilevazione dei dati inerenti la sicurezza DM 19/12/2022 (Portale Servizi Agenas)

Politiche e strategie



| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|---|
| 1 | Politiche per eliminare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative protettive | 1.4 Accreditazione e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Sistemi alla affettività | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Assicuramento del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 Fattori umani/organismi per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in ambienti di assistenza estrema |
| 3 | Governance dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sicurezza globale per la sicurezza "farmaci senza farmaci" | 3.3 Prevenzione e controllo dei le infezioni e antimicrobico resistenza | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei sangue e dei tessuti | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei passaggi di cura (da strutture acuite) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 Avvicinamento di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accedere ai risultati di sicurezza del sistema di sicurezza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'assistenza e nell'informazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione, ricerca e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 Sistemi informativi sulla sicurezza del paziente | 6.3 Sistemi di sorveglianza della sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Sinergie partnership e solidarietà | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholder | 7.2 Cooperazione e impegno condiviso | 7.3 Iniziative inter-settoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-settoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Alleanza con programmi e iniziative tecniche |



6^a

GIORNATA NAZIONALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA

Miglioramento dei processi diagnostici per la sicurezza del paziente

17 SETTEMBRE 2024

Ministero della Salute
Auditorium "Cosimo Piccinno" | Lungotevere Ripa 1 - Roma

Diretta streaming
www.salute.gov.it

17 settembre 2024

IMPROVING DIAGNOSIS FOR PATIENT SAFETY

«Get it right, make it safe!»



Buona governance

Framework for Action - The 7x7 Matrix

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
| 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 |
| 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 |
| 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 |
| 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 5.7 |
| 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 | 6.6 | 6.7 |
| 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 |

Sistema ad alta affidabilità

2.1
Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante

2.2
Buona governance del sistema sanitario

2.3
Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali

2.4
Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari

2.5
Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di avversità estreme

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|---|-----|---|
| 1 | Politiche per affrontare i diversi livelli dell'assistenza sanitaria | 1.1 | Politiche e strategie implementate dalla struttura per la sicurezza del paziente | 1.2 | Multidisciplinare: allocazione delle risorse | 1.3 | Misure legislative protettive | 1.4 | Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 | Giornale mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Sistema ad alta affidabilità | 2.1 | Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 | Risorse umane/ergonomiche per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.3 | Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 | Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 | Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di avversità estreme |
| 3 | Governo dei processi clinici | 3.1 | Sicurezza delle procedure cliniche: soggetti a rischio | 3.2 | Strategie globali per la sicurezza "Teamwork senza confini" | 3.3 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antisettico | 3.4 | Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei sangue e dei tessuti | 3.5 | Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei passaggi di cura (da strutture ad alta tecnologia) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 | Avvicinamento di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 | Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 | Accedere ai risultati di ricerca e di dati per migliorare la sicurezza | 4.4 | Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 | Informazione ed educazione ai pazienti e alla famiglia |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 | Sicurezza dei pazienti nell'educazione e nella formazione professionale | 5.2 | Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 | Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisito normativo | 5.4 | Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 | Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione aperta e gestione del rischio | 6.1 | Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 | Sistemi informativi sulla sicurezza del paziente | 6.3 | Sistemi di monitoraggio della sicurezza del paziente | 6.4 | Programmi di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 | Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Sinergie per migliorare la sicurezza | 7.1 | Convergenza degli stakeholder | 7.2 | Comunicazione comune e integrato | 7.3 | Interventi e collaborazioni per la sicurezza dei pazienti | 7.4 | Iniziative inter-organizzative e multidisciplinari per la sicurezza dei pazienti | 7.5 | Alleanze con programmi e iniziative tecniche |

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Università di Genova

SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana

Protocollo di studio «SPIN»

La cultura della Sicurezza dei Pazienti negli ospedali ItaliaNi: studio multicentrico trasversale (SPIN)

Indagine sulla cultura della sicurezza del paziente e sulla sicurezza riferita dai pazienti

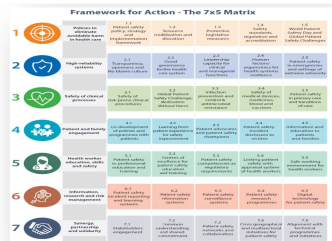
Validazione della versione italiana del questionario HSOPS ver. 2.0* e dei PRIMS**

Condurre regolarmente un'indagine sulla cultura della sicurezza dell'organizzazione, identificare i divari e introdurre approcci innovativi per costruire la cultura della sicurezza, in linea con le esperienze e le migliori pratiche internazionali.

CULTURA DELLA SICUREZZA

«Validazione del questionario dell'AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture»

Sicurezza dei processi clinici



Sicurezza dei processi
clinici

3.1
Sicurezza delle
procedure cliniche
soggette a rischi

3.2
Sfida globale per la
sicurezza "farmaci
senza danni"

3.3
Prevenzione e
controllo delle
infezioni e
antimicrobico
resistenza

3.4
Sicurezza dei
dispositivi medici,
dei medicinali, del
sangue e dei vaccini

3.5
Sicurezza del
paziente nelle cure
primarie e nei
passaggi di cura (da
struttura ad un'altra)

SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida

italiano

Accedi

Seguici su

Ricerca

Chi siamo Temi Attività Servizi Pubblicazioni Sala stampa Eventi ISSalute Amministrazione trasparente Bandi di gara Protezione dei dati

Temi | Governo clinico, SNLG e HTA | SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida

TEMA

Clinical governance, SNLG and HTA

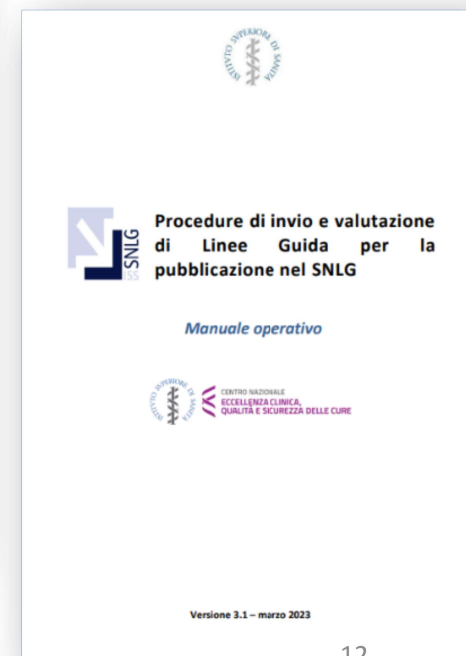
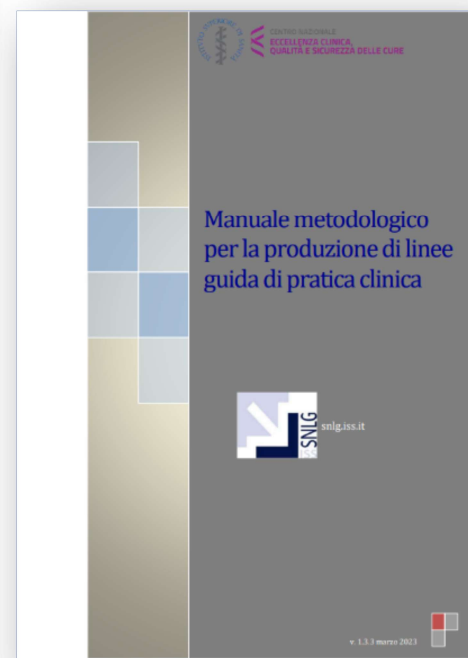
SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida

© Pubblicato 13/11/2019 - Modificato 19/06/2024

La legge n. 24/2017 sulla responsabilità professionale ha affidato un ruolo fondamentale alle linee guida (LG), dando all'ISS, tramite il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC), il ruolo di garante metodologico e di governance nazionale del processo di produzione di LG di buona qualità, informate dalle migliori evidenze disponibili e rispondenti ai bisogni di salute del Paese sulla base di criteri di rilevanza e impatto clinico, economico e sociale.

Elenco Argomenti

- Health Professional Practice Assessment (HPPA)
- Hospital Based HTA
- Livelli essenziali di assistenza (LEA)
- Medicina basata sull'evidenza



Sicurezza dei processi clinici

Framework for Action - The 7x5 Matrix

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | Strategia e politiche | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 |
| 2 | Struttura e organizzazione | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 |
| 3 | Processi e procedure | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 |
| 4 | Personale e risorse | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 |
| 5 | Informazioni e dati | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 |
| 6 | Monitoraggio e valutazione | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 7 | Partecipazione e collaborazione | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |

Sicurezza dei processi clinici

3.1
Sicurezza delle
procedure cliniche
soggette a rischi

3.2
Sfida globale per la
sicurezza "farmaci
senza danni"

3.3
Prevenzione e
controllo delle
infezioni e
antimicrobico
resistenza

3.4
Sicurezza dei
dispositivi medici,
dei medicinali, del
sangue e dei vaccini

3.5
Sicurezza del
paziente nelle cure
primarie e nei
passaggi di cura (da
struttura ad un'altra)

| | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | Politiche per cliniche e servizi essenziali dell'assistenza sanitaria | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 |
| 2 | Sistemi di affidabilità | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 |
| 3 | Sicurezza del processo clinico | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 |
| 4 | Integrità del paciente e della famiglia | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 |
| 6 | Informazione e comunicazione del rischio | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 7 | Sicurezza personale e solidarietà | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |



Indicazioni metodologiche per la stesura di raccomandazioni per le buone pratiche clinico assistenziali

v. 1.0 maggio 2024

| | |
|---|-----|
| INDICE | |
| Lista degli acronimi | ii |
| Presentazione | iii |
| Introduzione | iv |
| Premessa | 5 |
| Selezione del gruppo di lavoro | 7 |
| Sviluppo dei quesiti | 7 |
| Strategia di ricerca e sintesi delle evidenze | 8 |
| Formulazione delle raccomandazioni | 9 |
| Revisione esterna | 11 |
| Valutazione della qualità | 12 |
| Multidisciplinarietà | 12 |
| Struttura e contenuti del documento di buone pratiche clinico-assistenziali | 12 |
| Attività e tempi richiesti | 13 |
| Referenze bibliografiche | 14 |

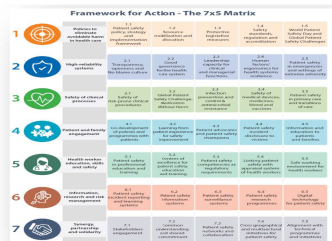
https://www.iss.it/documents/d/guest/mm-rbpca_v1-0_mag_2024-3

Sicurezza dei processi clinici

Framework for Action - The 7x5 Matrix

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 1 | Politiche per affrontare i diversi livelli dell'assistenza sanitaria | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 1.10 | 1.11 | 1.12 | 1.13 | 1.14 | 1.15 | 1.16 | 1.17 | 1.18 | 1.19 | 1.20 | 1.21 | 1.22 | 1.23 | 1.24 | 1.25 | 1.26 | 1.27 | 1.28 | 1.29 | 1.30 | 1.31 | 1.32 | 1.33 | 1.34 | 1.35 | 1.36 | 1.37 | 1.38 | 1.39 | 1.40 | 1.41 | 1.42 | 1.43 | 1.44 | 1.45 | 1.46 | 1.47 | 1.48 | 1.49 | 1.50 | 1.51 | 1.52 | 1.53 | 1.54 | 1.55 | 1.56 | 1.57 | 1.58 | 1.59 | 1.60 | 1.61 | 1.62 | 1.63 | 1.64 | 1.65 | 1.66 | 1.67 | 1.68 | 1.69 | 1.70 | 1.71 | 1.72 | 1.73 | 1.74 | 1.75 | 1.76 | 1.77 | 1.78 | 1.79 | 1.80 | 1.81 | 1.82 | 1.83 | 1.84 | 1.85 | 1.86 | 1.87 | 1.88 | 1.89 | 1.90 | 1.91 | 1.92 | 1.93 | 1.94 | 1.95 | 1.96 | 1.97 | 1.98 | 1.99 | 2.00 | 2.01 | 2.02 | 2.03 | 2.04 | 2.05 | 2.06 | 2.07 | 2.08 | 2.09 | 2.10 | 2.11 | 2.12 | 2.13 | 2.14 | 2.15 | 2.16 | 2.17 | 2.18 | 2.19 | 2.20 | 2.21 | 2.22 | 2.23 | 2.24 | 2.25 | 2.26 | 2.27 | 2.28 | 2.29 | 2.30 | 2.31 | 2.32 | 2.33 | 2.34 | 2.35 | 2.36 | 2.37 | 2.38 | 2.39 | 2.40 | 2.41 | 2.42 | 2.43 | 2.44 | 2.45 | 2.46 | 2.47 | 2.48 | 2.49 | 2.50 | 2.51 | 2.52 | 2.53 | 2.54 | 2.55 | 2.56 | 2.57 | 2.58 | 2.59 | 2.60 | 2.61 | 2.62 | 2.63 | 2.64 | 2.65 | 2.66 | 2.67 | 2.68 | 2.69 | 2.70 | 2.71 | 2.72 | 2.73 | 2.74 | 2.75 | 2.76 | 2.77 | 2.78 | 2.79 | 2.80 | 2.81 | 2.82 | 2.83 | 2.84 | 2.85 | 2.86 | 2.87 | 2.88 | 2.89 | 2.90 | 2.91 | 2.92 | 2.93 | 2.94 | 2.95 | 2.96 | 2.97 | 2.98 | 2.99 | 3.00 | 3.01 | 3.02 | 3.03 | 3.04 | 3.05 | 3.06 | 3.07 | 3.08 | 3.09 | 3.10 | 3.11 | 3.12 | 3.13 | 3.14 | 3.15 | 3.16 | 3.17 | 3.18 | 3.19 | 3.20 | 3.21 | 3.22 | 3.23 | 3.24 | 3.25 | 3.26 | 3.27 | 3.28 | 3.29 | 3.30 | 3.31 | 3.32 | 3.33 | 3.34 | 3.35 | 3.36 | 3.37 | 3.38 | 3.39 | 3.40 | 3.41 | 3.42 | 3.43 | 3.44 | 3.45 | 3.46 | 3.47 | 3.48 | 3.49 | 3.50 | 3.51 | 3.52 | 3.53 | 3.54 | 3.55 | 3.56 | 3.57 | 3.58 | 3.59 | 3.60 | 3.61 | 3.62 | 3.63 | 3.64 | 3.65 | 3.66 | 3.67 | 3.68 | 3.69 | 3.70 | 3.71 | 3.72 | 3.73 | 3.74 | 3.75 | 3.76 | 3.77 | 3.78 | 3.79 | 3.80 | 3.81 | 3.82 | 3.83 | 3.84 | 3.85 | 3.86 | 3.87 | 3.88 | 3.89 | 3.90 | 3.91 | 3.92 | 3.93 | 3.94 | 3.95 | 3.96 | 3.97 | 3.98 | 3.99 | 4.00 | 4.01 | 4.02 | 4.03 | 4.04 | 4.05 | 4.06 | 4.07 | 4.08 | 4.09 | 4.10 | 4.11 | 4.12 | 4.13 | 4.14 | 4.15 | 4.16 | 4.17 | 4.18 | 4.19 | 4.20 | 4.21 | 4.22 | 4.23 | 4.24 | 4.25 | 4.26 | 4.27 | 4.28 | 4.29 | 4.30 | 4.31 | 4.32 | 4.33 | 4.34 | 4.35 | 4.36 | 4.37 | 4.38 | 4.39 | 4.40 | 4.41 | 4.42 | 4.43 | 4.44 | 4.45 | 4.46 | 4.47 | 4.48 | 4.49 | 4.50 | 4.51 | 4.52 | 4.53 | 4.54 | 4.55 | 4.56 | 4.57 | 4.58 | 4.59 | 4.60 | 4.61 | 4.62 | 4.63 | 4.64 | 4.65 | 4.66 | 4.67 | 4.68 | 4.69 | 4.70 | 4.71 | 4.72 | 4.73 | 4.74 | 4.75 | 4.76 | 4.77 | 4.78 | 4.79 | 4.80 | 4.81 | 4.82 | 4.83 | 4.84 | 4.85 | 4.86 | 4.87 | 4.88 | 4.89 | 4.90 | 4.91 | 4.92 | 4.93 | 4.94 | 4.95 | 4.96 | 4.97 | 4.98 | 4.99 | 5.00 | 5.01 | 5.02 | 5.03 | 5.04 | 5.05 | 5.06 | 5.07 | 5.08 | 5.09 | 5.10 | 5.11 | 5.12 | 5.13 | 5.14 | 5.15 | 5.16 | 5.17 | 5.18 | 5.19 | 5.20 | 5.21 | 5.22 | 5.23 | 5.24 | 5.25 | 5.26 | 5.27 | 5.28 | 5.29 | 5.30 | 5.31 | 5.32 | 5.33 | 5.34 | 5.35 | 5.36 | 5.37 | 5.38 | 5.39 | 5.40 | 5.41 | 5.42 | 5.43 | 5.44 | 5.45 | 5.46 | 5.47 | 5.48 | 5.49 | 5.50 | 5.51 | 5.52 | 5.53 | 5.54 | 5.55 | 5.56 | 5.57 | 5.58 | 5.59 | 5.60 | 5.61 | 5.62 | 5.63 | 5.64 | 5.65 | 5.66 | 5.67 | 5.68 | 5.69 | 5.70 | 5.71 | 5.72 | 5.73 | 5.74 | 5.75 | 5.76 | 5.77 | 5.78 | 5.79 | 5.80 | 5.81 | 5.82 | 5.83 | 5.84 | 5.85 | 5.86 | 5.87 | 5.88 | 5.89 | 5.90 | 5.91 | 5.92 | 5.93 | 5.94 | 5.95 | 5.96 | 5.97 | 5.98 | 5.99 | 6.00 | 6.01 | 6.02 | 6.03 | 6.04 | 6.05 | 6.06 | 6.07 | 6.08 | 6.09 | 6.10 | 6.11 | 6.12 | 6.13 | 6.14 | 6.15 | 6.16 | 6.17 | 6.18 | 6.19 | 6.20 | 6.21 | 6.22 | 6.23 | 6.24 | 6.25 | 6.26 | 6.27 | 6.28 | 6.29 | 6.30 | 6.31 | 6.32 | 6.33 | 6.34 | 6.35 | 6.36 | 6.37 | 6.38 | 6.39 | 6.40 | 6.41 | 6.42 | 6.43 | 6.44 | 6.45 | 6.46 | 6.47 | 6.48 | 6.49 | 6.50 | 6.51 | 6.52 | 6.53 | 6.54 | 6.55 | 6.56 | 6.57 | 6.58 | 6.59 | 6.60 | 6.61 | 6.62 | 6.63 | 6.64 | 6.65 | 6.66 | 6.67 | 6.68 | 6.69 | 6.70 | 6.71 | 6.72 | 6.73 | 6.74 | 6.75 | 6.76 | 6.77 | 6.78 | 6.79 | 6.80 | 6.81 | 6.82 | 6.83 | 6.84 | 6.85 | 6.86 | 6.87 | 6.88 | 6.89 | 6.90 | 6.91 | 6.92 | 6.93 | 6.94 | 6.95 | 6.96 | 6.97 | 6.98 | 6.99 | 7.00 | 7.01 | 7.02 | 7.03 | 7.04 | 7.05 | 7.06 | 7.07 | 7.08 | 7.09 | 7.10 | 7.11 | 7.12 | 7.13 | 7.14 | 7.15 | 7.16 | 7.17 | 7.18 | 7.19 | 7.20 | 7.21 | 7.22 | 7.23 | 7.24 | 7.25 | 7.26 | 7.27 | 7.28 | 7.29 | 7.30 | 7.31 | 7.32 | 7.33 | 7.34 | 7.35 | 7.36 | 7.37 | 7.38 | 7.39 | 7.40 | 7.41 | 7.42 | 7.43 | 7.44 | 7.45 | 7.46 | 7.47 | 7.48 | 7.49 | 7.50 | 7.51 | 7.52 | 7.53 | 7.54 | 7.55 | 7.56 | 7.57 | 7.58 | 7.59 | 7.60 | 7.61 | 7.62 | 7.63 | 7.64 | 7.65 | 7.66 | 7.67 | 7.68 | 7.69 | 7.70 | 7.71 | 7.72 | 7.73 | 7.74 | 7.75 | 7.76 | 7.77 | 7.78 | 7.79 | 7.80 | 7.81 | 7.82 | 7.83 | 7.84 | 7.85 | 7.86 | 7.87 | 7.88 | 7.89 | 7.90 | 7.91 | 7.92 | 7.93 | 7.94 | 7.95 | 7.96 | 7.97 | 7.98 | 7.99 | 8.00 | 8.01 | 8.02 | 8.03 | 8.04 | 8.05 | 8.06 | 8.07 | 8.08 | 8.09 | 8.10 | 8.11 | 8.12 | 8.13 | 8.14 | 8.15 | 8.16 | 8.17 | 8.18 | 8.19 | 8.20 | 8.21 | 8.22 | 8.23 | 8.24 | 8.25 | 8.26 | 8.27 | 8.28 | 8.29 | 8.30 | 8.31 | 8.32 | 8.33 | 8.34 | 8.35 | 8.36 | 8.37 | 8.38 | 8.39 | 8.40 | 8.41 | 8.42 | 8.43 | 8.44 | 8.45 | 8.46 | 8.47 | 8.48 | 8.49 | 8.50 | 8.51 | 8.52 | 8.53 | 8.54 | 8.55 | 8.56 | 8.57 | 8.58 | 8.59 | 8.60 | 8.61 | 8.62 | 8.63 | 8.64 | 8.65 | 8.66 | 8.67 | 8.68 | 8.69 | 8.70 | 8.71 | 8.72 | 8.73 | 8.74 | 8.75 | 8.76 | 8.77 | 8.78 | 8.79 | 8.80 | 8.81 | 8.82 | 8.83 | 8.84 | 8.85 | 8.86 | 8.87 | 8.88 | 8.89 | 8.90 | 8.91 | 8.92 | 8.93 | 8.94 | 8.95 | 8.96 | 8.97 | 8.98 | 8.99 | 9.00 | 9.01 | 9.02 | 9.03 | 9.04 | 9.05 | 9.06 | 9.07 | 9.08 | 9.09 | 9.10 | 9.11 | 9.12 | 9.13 | 9.14 | 9.15 | 9.16 | 9.17 | 9.18 | 9.19 | 9.20 | 9.21 | 9.22 | 9.23 | 9.24 | 9.25 | 9.26 | 9.27 | 9.28 | 9.29 | 9.30 | 9.31 | 9.32 | 9.33 | 9.34 | 9.35 | 9.36 | 9.37 | 9.38 | 9.39 | 9.40 | 9.41 | 9.42 | 9.43 | 9.44 | 9.45 | 9.46 | 9.47 | 9.48 | 9.49 | 9.50 | 9.51 | 9.52 | 9.53 | 9.54 | 9.55 | 9.56 | 9.57 | 9.58 | 9.59 | 9.60 | 9.61 | 9.62 | 9.63 | 9.64 | 9.65 | 9.66 | 9.67 | 9.68 | 9.69 | 9.70 | 9.71 | 9.72 | 9.73 | 9.74 | 9.75 | 9.76 | 9.77 | 9.78 | 9.79 | 9.80 | 9.81 | 9.82 | 9.83 | 9.84 | 9.85 | 9.86 | 9.87 | 9.88 | 9.89 | 9.90 | 9.91 | 9.92 | 9.93 | 9.94 | 9.95 | 9.96 | 9.97 | 9.98 | 9.99 | 10.00 | 10.01 | 10.02 | 10.03 | 10.04 | 10.05 | 10.06 | 10.07 | 10.08 | 10.09 | 10.10 | 10.11 | 10.12 | 10.13 | 10.14 | 10.15 | 10.16 | 10.17 | 10.18 | 10.19 | 10.20 | 10.21 | 10.22 | 10.23 | 10.24 | 10.25 | 10.26 | 10.27 | 10.28 | 10.29 | 10.30 | 10.31 | 10.32 | 10.33 | 10.34 | 10.35 | 10.36 | 10.37 | 10.38 | 10.39 | 10.40 | 10.41 | 10.42 | 10.43 | 10.44 | 10.45 | 10.46 | 10.47 | 10.48 | 10.49 | 10.50 | 10.51 | 10.52 | 10.53 | 10.54 | 10.55 | 10.56 | 10.57 | 10.58 | 10.59 | 10.60 | 10.61 | 10.62 | 10.63 | 10.64 | 10.65 | 10.66 | 10.67 | 10.68 | 10.69 | 10.70 | 10.71 | 10.72 | 10.73 | 10.74 | 10.75 | 10.76 | 10.77 | 10.78 | 10.79 | 10.80 | 10.81 | 10.82 | 10.83 | 10.84 | 10.85 | 10.86 | 10.87 | 10.88 | 10.89 | 10.90 | 10.91 | 10.92 | 10.93 | 10.94 | 10.95 | 10.96 | 10.97 | 10.98 | 10.99 | 11.00 | 11.01 | 11.02 | 11.03 | 11.04 | 11.05 | 11.06 | 11.07 | 11.08 | 11.09 | 11.10 | 11.11 | 11.12 | 11.13 | 11.14 | 11.15 | 11.16 | 11.17 | 11.18 | 11.19 | 11.20 | 11.21 | 11.22 | 11.23 | 11.24 | 11.25 | 11.26 | 11.27 | 11.28 | 11.29 | 11.30 | 11.31 | 11.32 | 11.33 | 11.34 | 11.35 | 11.36 | 11.37 | 11.38 | 11.39 | 11.40 | 11.41 | 11.42 | 11.43 | 11.44 | 11.45 | 11.46 | 11.47 | 11.48 | 11.49 | 11.50 | 11.51 | 11.52 | 11.53 | 11.54 | 11.55 | 11.56 | 11.57 | 11.58 | 11.59 | 11.60 | 11.61 | 11.62 | 11.63 | 11.64 | 11.65 | 11.66 | 11.67 | 11.68 | 11.69 | 11.70 | 11.71 | 11.72 | 11.73 | 11.74 | 11.75 | 11.76 | 11.77 | 11.78 | 11.79 | 11.80 | 11.81 | 11.82 | 11.83 | 11.84 | 11.85 | 11.86 | 11.87 | 11.88 | 11.89 | 11.90 | 11.91 | 11.92 | 11.93 | 11.94 | 11.95 | 11.96 | 11.97 | 11.98 | 11.99 | 12.00 | 12.01 | 12.02 | 12.03 | 12.04 | 12.05 | 12.06 | 12.07 | 12.08 | 12.09 | 12.10 | 12.11 | 12.12 | 12.13 | 12.14 | 12.15 | 12.16 | 12.17 | 12.18 | 12.19 | 12.20 | 12.21 | 12.22 | 12.23 | 12.24 | 12.25 | 12.26 | 12.27 | 12.28 | 12.29 | 12.30 | 12.31 | 12.32 | 12.33 | 12.34 | 12.35 | 12.36 | 12.37 | 12.38 | 12.39 | 12.40 | 12.41 | 12.42 | 12.43 | 12.44 | 12.45 | 12.46 | 12.47 | 12.48 | 12.49 | 12.50 | 12.51 | 12.52 | 12.53 | 12.54 | 12.55 | 12.56 | 12.57 | 12.58 | 12.59 | 12.60 | 12.61 | 12.62 | 12.63 | 12.64 | 12.65 | 12.66 | 12.67 | 12.68 | 12.69 | 12.70 | 12.71 | 12.72 | 12.73 | 12.74 | 12.75 | 12.76 | 12.77 | 12.78 | 12.79 | 12.80 | 12.81 | 12.82 | 12.83 | 12.84 | 12.85 | 12.86 | 12.87 | 12.88 | 12.89 | 12.90 | 12.91 | 12.92 | 12.93 | 12.94 | 12.95 | 12.96 | 12.97 | 12.98 | 12.99 | 13.00 | 13.01 | 13.02 | 13.03 | 13.04 | 13.05 | 13.06 | 13.07 | 13.08 | 13.09 | 13.10 | 13.11 | 13.12 | 13.13 | 13.14 | 13.15 | 13.16 | 13.17 | 13.18 | 13.19 | 13.20 | 13.21 | 13.22 | 13.23 | 13.24 | 13.25 | 13.26 | 13.27 | 13.28 | 13.29 | 13.30 | 13.31 | 13.32 | 13.33 | 13.34 | 13.35 | 13.36 | 13.37 | 13.38 | 13.39 | 13.40 | 13.41 | 13.42 | 13.43 | 13.44 | 13.45 | 13.46 | 13.47 | 13.48 | 13.49 | 13.50 | 13.51 | 13.52 | 13.53 | 13.54 | 13.55 | 13.56 | 13.57 | 13.58 | 13.59 | 13.60 | 13.61 | 13.62 | 13.63 | 13.64 | 13.65 | 13.66 | 13.67 | 13.68 | 13.69 | 13.70 | 13.71 | 13.72 | 13.73 | 13.74 | 13.75 | 13.76 | 13.77 | 13.78 | 13.79 | 13.80 | 13.81 | 13.82 | 13.83 | 13.84 | 13.85 | 13.86 | 13.87 | 13.88 | 13.89 | 13.90 | 13.91 | 13.92 | 13.93 | 13.94 | 13.95 | 13.96 | 13.97 | 13.98 | 13.99 | 14.00 | 14.01 | 14.02 | 14.03 | 14.04 | 14.05 | 14.06 | 14.07 | 14.08 | 14.09 | 14.10 | 14.11 | 14.12 | 14.13 | 14.14 | 14.15 | 14.16 | 14.17 | 14.1 |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|

Sicurezza dei processi clinici



Sicurezza dei processi
clinici

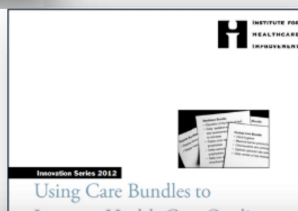
3.1
Sicurezza delle
procedure cliniche
soggette a rischi

3.2
Sfida globale per la
sicurezza "farmaci
senza danni"

3.3
Prevenzione e
controllo delle
infezioni e
antimicrobico
resistenza

3.4
Sicurezza dei
dispositivi medici,
dei medicinali, del
sangue e dei vaccini

3.5
Sicurezza del
paziente nelle cure
primarie e nei
passaggi di cura (da
struttura ad un'altra)



NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

MeSH patient Care Bundle

Full

Patient Care Bundles
Small sets of evidence-based interventions for a defined patient population and care setting.
Year introduced: 2014
PubMed search builder options
Subheadings:

- ☐ adverse effects
- ☐ classification
- ☐ economics
- ☐ ethics
- ☐ history
- ☐ instrumentation
- ☐ methods
- ☐ mortality
- ☐ nursing
- ☐ psychology
- ☐ standards
- ☐ statistics and numerical data
- ☐ trends
- ☐ veterinary

☐ Restrict to MeSH Major Topic.
☐ Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): E02.765
MeSH Unique ID: D064872
Entry Terms:

- Bundle, Patient Care
- Bundles, Patient Care
- Care Bundle, Patient
- Care Bundles, Patient
- Patient Care Bundle
- Care Bundles
- Bundle, Care
- Bundles, Care
- Care Bundle

PubMed Search Builder

Add to search builder AND

Search PubMed

Related information

- PubMed
- PubMed - Major Topic
- Clinical Queries
- NLM MeSH Browser

Recent Activity

- Turn Off Clear
- patient Care Bundles
- patient Care Bundle (1)

See more...

Un **bundle** è un insieme contenuto (da 3 a 5) di elementi (interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based) rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente

(Resar 2012)

Sicurezza dei processi clinici



Sicurezza dei processi clinici

3.1
Sicurezza delle
procedure cliniche
soggette a rischi

3.2
Sfida globale per la
sicurezza "farmaci
senza danni"

3.3
Prevenzione e
controllo delle
infezioni e
antimicrobico
resistenza

3.4
Sicurezza dei
dispositivi medici,
dei medicinali, del
sangue e dei vaccini

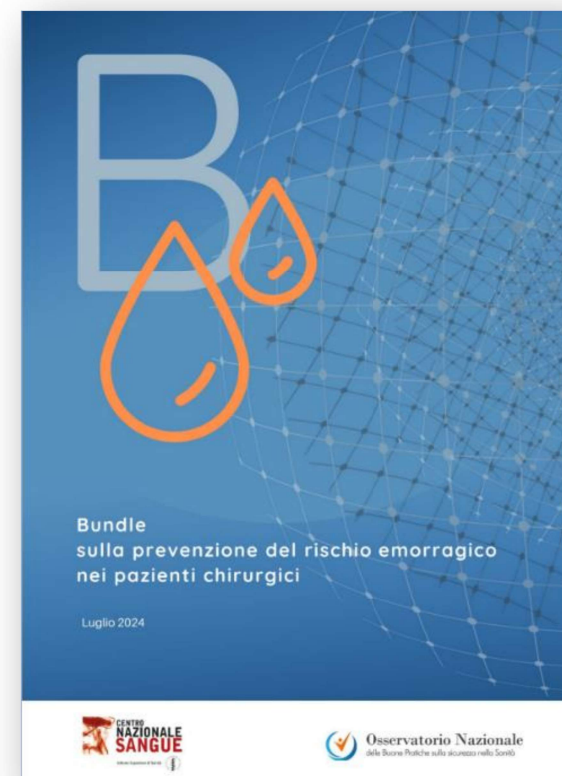
3.5
Sicurezza del
paziente nelle cure
primarie e nei
passaggi di cura (da
struttura ad un'altra)

- 1) Bundle sulla prevenzione del rischio emorragico nei pazienti chirurgici (CNS)
- 2) Bundle per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISS, SIMPIOS,.....)

- 1 Evitare la tricotomia. Nel caso fosse indispensabile, utilizzare un rasoio elettrico.
- 2 Somministrare l'antibiotico prima dell'incisione per procedure chirurgiche ad alto rischio o quando viene impiantato materiale protesico e rispettare il timing ottimale
- 3 Utilizzare antisettici a base di alcol per la preparazione del sito chirurgico.
- 4 Risomministrare l'antibiotico per procedure prolungate e in pazienti con grave perdita di sangue.
- 5 Interrompere la profilassi antibiotica dopo l'intervento.

SEZIONI DEL CARE BUNDLE

1. *Somministrazione questionario anamnestico per la determinazione del rischio emorragico*
2. *Protocolli per il reversal della anticoagulazione e per la neutralizzazione dei farmaci antiaggreganti*
3. *Protocolli di riduzione della perdita ematica intraoperatoria*
4. *Utilizzo strumenti point of care*
5. *Protocolli e tecniche di recupero intraoperatorio*



| Framework for Action - The 7x5 Matrix | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| 1 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 2 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza |
| 2 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 3 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza |
| 3 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 4 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza |
| 4 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 5 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza |
| 5 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 6 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza |
| 6 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 7 | Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza |

Sicurezza dei processi clinici

3.1
Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi

3.2
Sfida globale per la sicurezza "farmaci senza danni"

3.3
Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza

3.4
Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, del sangue e dei vaccini

3.5
Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei passaggi di cura (da struttura ad un'altra)

Farmaci e Buone Pratiche Esperienziali



World Health Organization



Il Sistema Nazionale ▾ Call for Good Practices ▾ Per saperne di più ▾ Il progetto PaSQ

IT EN

Call 2022 - Medication without harm

Razionale

Nell'ambito della gestione del governo clinico, sia le pratiche terapeutiche non sicure che gli errori terapeutici rappresentano una delle principali cause di danni evitabili all'interno dei singoli sistemi sanitari.

Sistemi di gestione farmacologica inefficaci oppure fattori umani come: l'affaticamento, le cattive condizioni ambientali, la carenza di personale vanno ad influire sulle pratiche di prescrizione, trascrizione, somministrazione e monitoraggio, possono quindi causare gravi danni, disabilità e persino la morte. Sono già stati sviluppati molteplici interventi per affrontare la frequenza e l'impatto degli errori terapeutici, ma la loro attuazione è varia.

Ambito di applicazione e proposta delle esperienze di Buona Pratica

Le Buone Pratiche relative alla Call 2022 dovranno quindi riguardare l'utilizzo di interventi, strumenti, tecnologie per la gestione delle 3 Key Action Areas identificate nel documento "Medication Without Harm" della WHO Global Patient Safety Challenge:

- **polifarmacoterapia**, l'uso di routine di quattro o più farmaci nello stesso tempo da parte di un paziente. La polifarmacoterapia è aumentata drammaticamente con una maggiore aspettativa di vita e con l'aumento delle patologie croniche. La polifarmacoterapia aumenta la probabilità di effetti collaterali, così come il rischio delle interazioni tra farmaci che rendono più difficile l'aderenza terapeutica
- **situazioni ad alto rischio**, l'impatto degli errori terapeutici è maggiore in determinate circostanze cliniche, spesso ospedaliere e ad alta complessità: bambini, anziani, situazioni cliniche gravi e uso di farmaci con regimi terapeutici complessi, presenza di malattie renali o epatiche concomitanti
- **transizioni delle cure** le transizioni di cura si verificano quando un paziente viene trasferito da una struttura ad un'altra, da unità di degenza ad un'altra e nel passaggio di consegne da un operatore ad un altro. Le transizioni di cura aumentano la possibilità di errori di comunicazione, che possono portare a gravi errori terapeutici.

Tempistica e Contatti

TEMPISTICA E CONTATTI

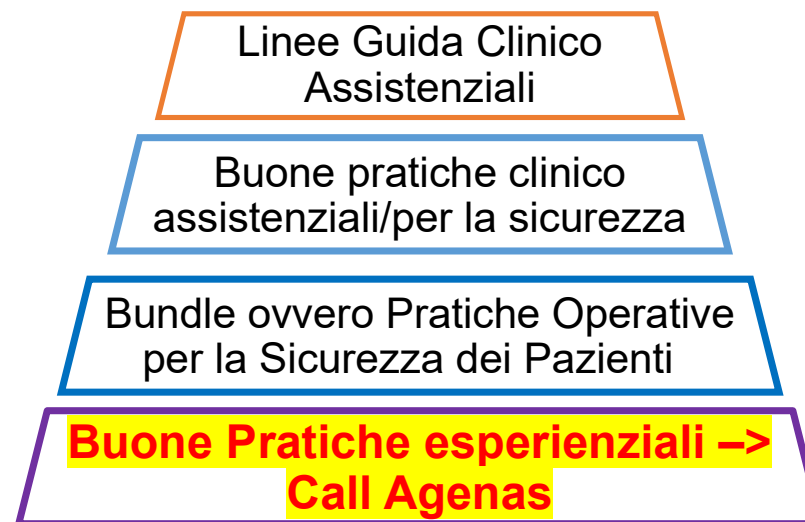
La Call terminerà il **30 settembre 2022** e le Regioni valideranno le Buone pratiche proposte entro il **14 ottobre**. Per chiarimenti e informazioni, scrivere al seguente indirizzo di posta elettronica call@agenas.it

agenas. **16/09/2022**

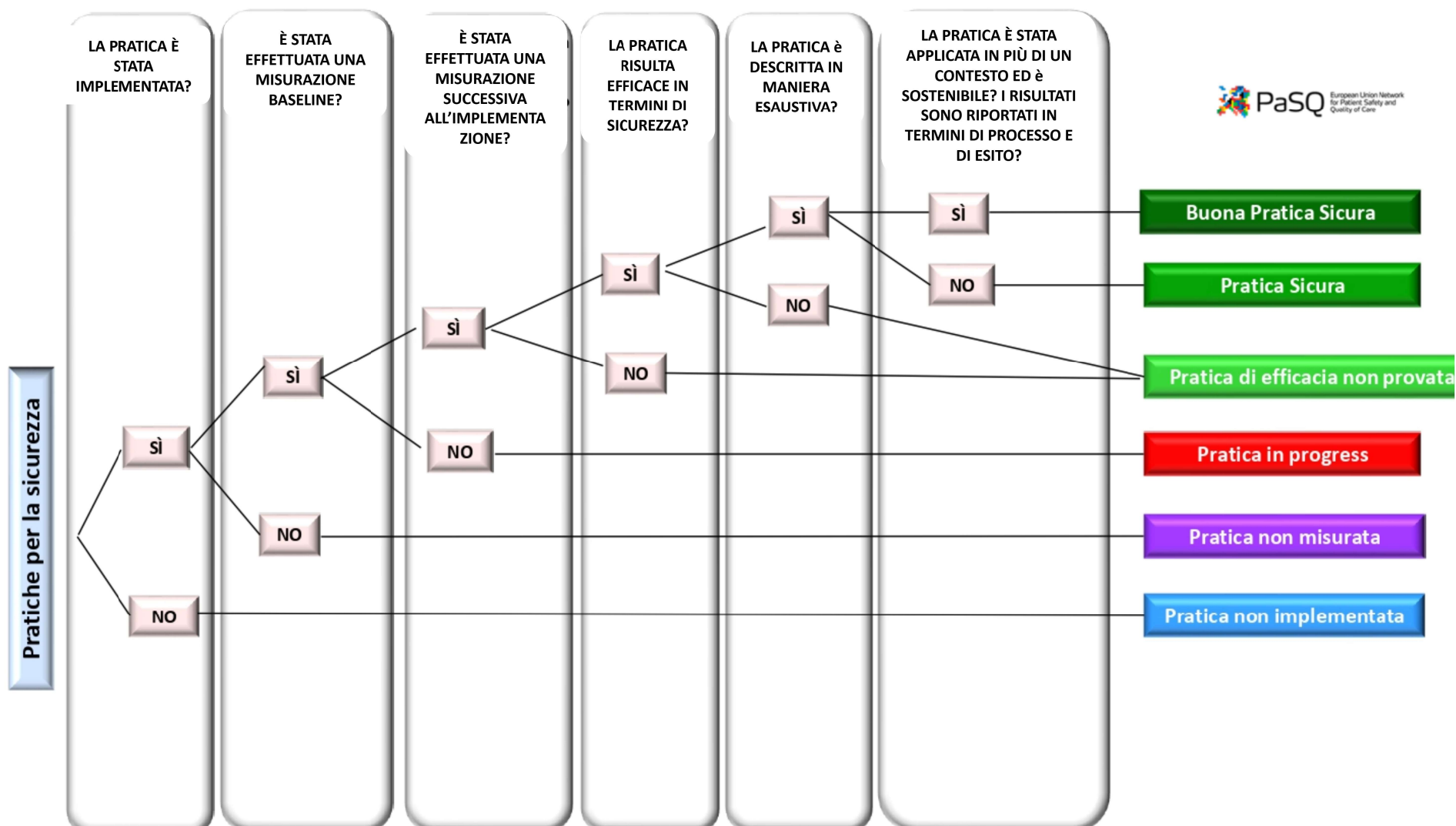
AGENZIA NAZIONALE E REGIONALI
PER LA SICUREZZA DEI PROCESSI CLINICI

Buone Pratiche Assistenziali

Livelli di evidenza



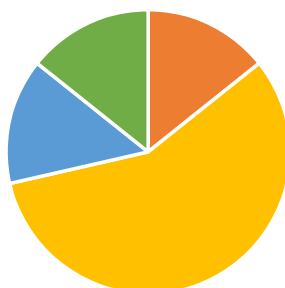
MODELLO DI VALUTAZIONE



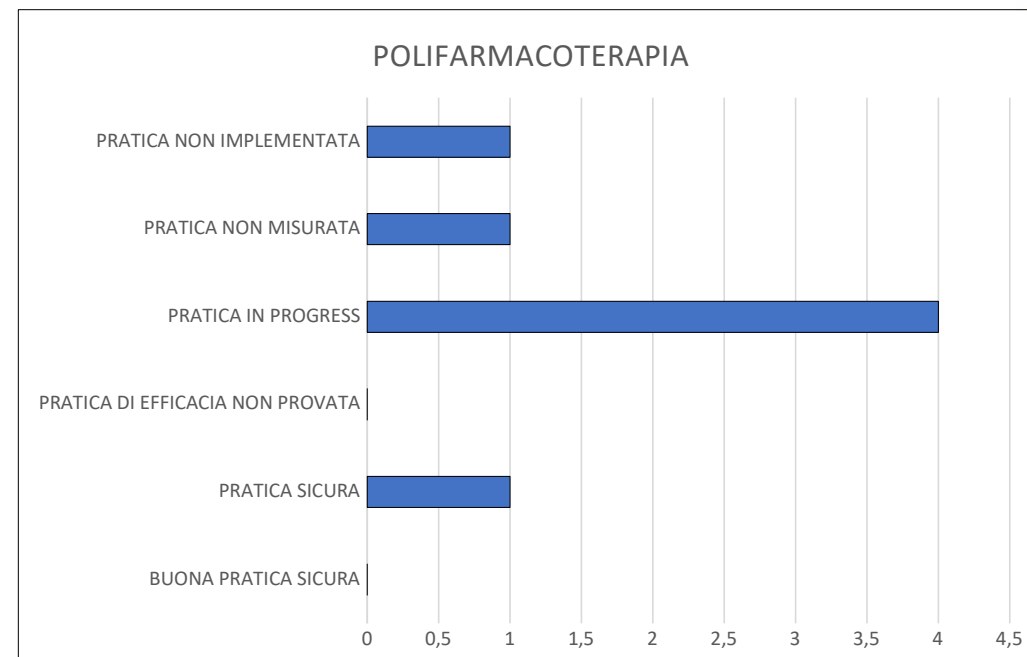
3. POLIFARMACOTERAPIA

| POLIFARMACOTERAPIA | NUMERO |
|----------------------------------|----------|
| BUONA PRATICA SICURA | 0 |
| PRATICA SICURA | 1 |
| PRATICA DI EFFICACIA NON PROVATA | 0 |
| PRATICA IN PROGRESS | 4 |
| PRATICA NON MISURATA | 1 |
| PRATICA NON IMPLEMENTATA | 1 |
| TOTALE | 7 |

POLIFARMACOTERAPIA



- BUONA PRATICA SICURA
- PRATICA SICURA
- PRATICA DI EFFICACIA NON PROVATA
- PRATICA IN PROGRESS
- PRATICA NON MISURATA
- PRATICA NON IMPLEMENTATA





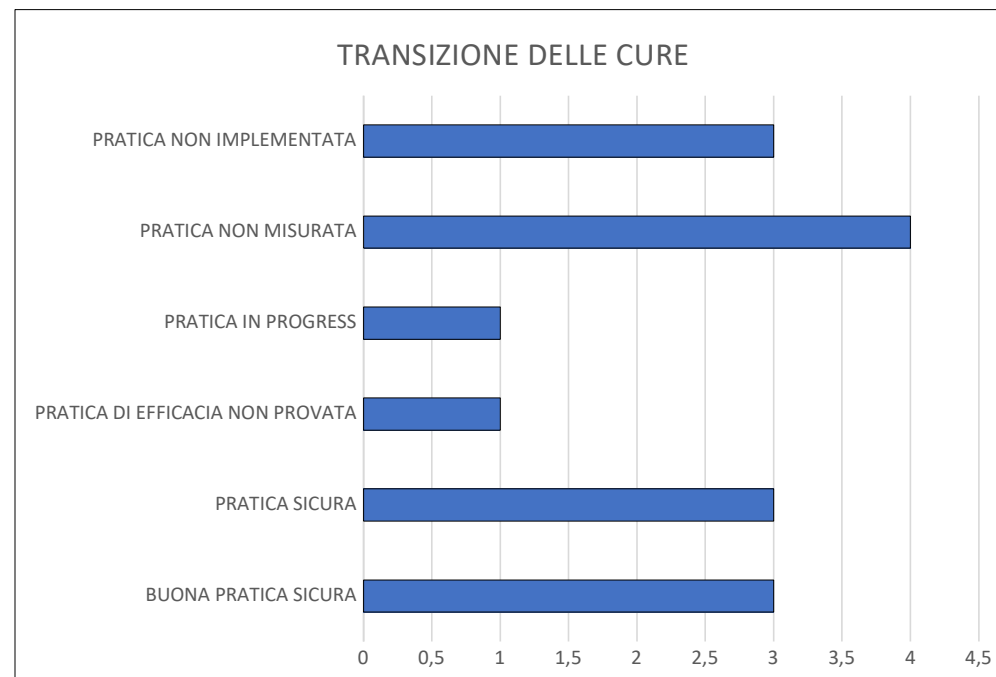
TRANSIZIONE DELLE CURE

| TRANSIZIONE DELLE CURE | NUMERO |
|----------------------------------|-----------|
| BUONA PRATICA SICURA | 3 |
| PRATICA SICURA | 3 |
| PRATICA DI EFFICACIA NON PROVATA | 1 |
| PRATICA IN PROGRESS | 1 |
| PRATICA NON MISURATA | 4 |
| PRATICA NON IMPLEMENTATA | 3 |
| TOTALE | 15 |

TRANSIZIONE DELLE CURE



■ BUONA PRATICA SICURA
 ■ PRATICA DI EFFICACIA NON PROVATA
 ■ PRATICA NON MISURATA
 ■ PRATICA SICURA
 ■ PRATICA IN PROGRESS
 ■ PRATICA NON IMPLEMENTATA



Buone Pratiche Esperienziali 2024

CALL FOR GOOD PRACTICE 2024 – IMPROVING DIAGNOSIS FOR PATIENT SAFETY

La Call 2024 ha affrontato la tematica relativa al miglioramento dei processi diagnostici per garantire la sicurezza dei pazienti, tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la sesta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2024 (**“Improving diagnosis for Patient Safety”**).

Lo slogan “Get it right, make it safe” la WHO ci chiama ad uno sforzo per ridurre in modo significativo gli errori diagnostici attraverso interventi radicati nei processi, nei fattori umani e nel coinvolgimento attivo dei pazienti, delle loro famiglie, degli operatori sanitari e dei leader sanitari.

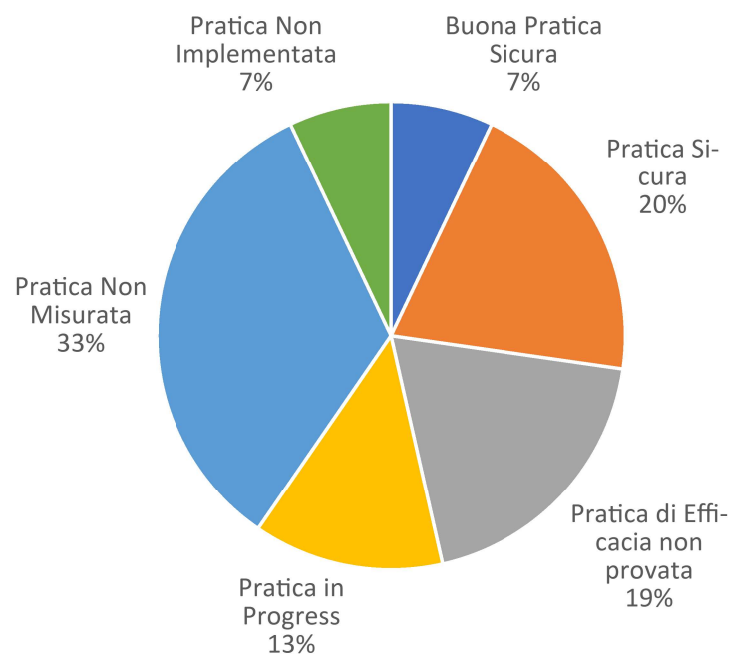
Le Buone Pratiche relative alla Call 2024 ha riguardato: iniziative, interventi, strumenti, tecnologie utilizzate per il miglioramento dell’attività diagnostica sia in termini di processo che di esito nelle strutture di ricovero e all’interno dei servizi di assistenza primaria e territoriale.

La Call for Good Practice 2024 è
terminata il 5 Luglio 2024

Call for Good Practice 2024: RISULTATI

➤ TOTALE PRATICHE INSERITE NEL DB Call 2023: **220**

➤ PRATICHE **NON** RICONDUCIBILI ALLE 5 STRATEGIE
«Global Patient Safety Action Plan 2021–2030»: **121**



| | N. | % |
|----------------------------------|----|-------|
| BUONA PRATICA SICURA | 7 | 7,07 |
| PRATICA SICURA | 20 | 20,20 |
| PRATICA DI EFFICACIA NON PROVATA | 19 | 19,19 |
| PRATICA IN PROGRESS | 13 | 13,14 |
| PRATICA NON MISURATA | 33 | 33,33 |
| PRATICA NON IMPLEMENTATA | 7 | 7,07 |
| TOTALE | 99 | 100 |

Come consultare la Call (accesso senza registrazione)

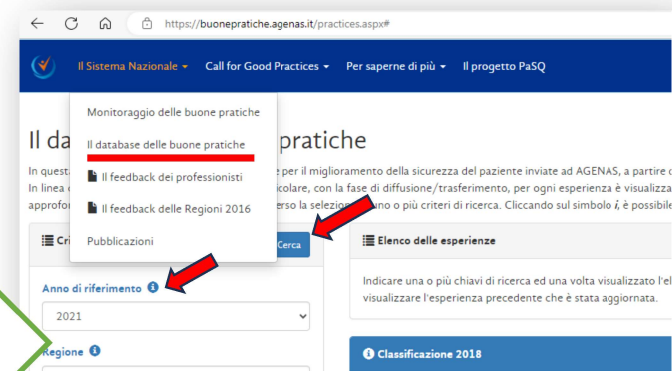
1

Accedere al link
[Buone Pratiche \(agenas.it\)](https://buonepratiche.agenas.it)



2

Cliccare in alto a sinistra sul «Il sistema Nazionale» e poi sul menu a tendina sul «il database delle buone pratiche». Inserire i criteri di ricerca (Es. Anno di riferimento...) e cliccare su «Cerca»



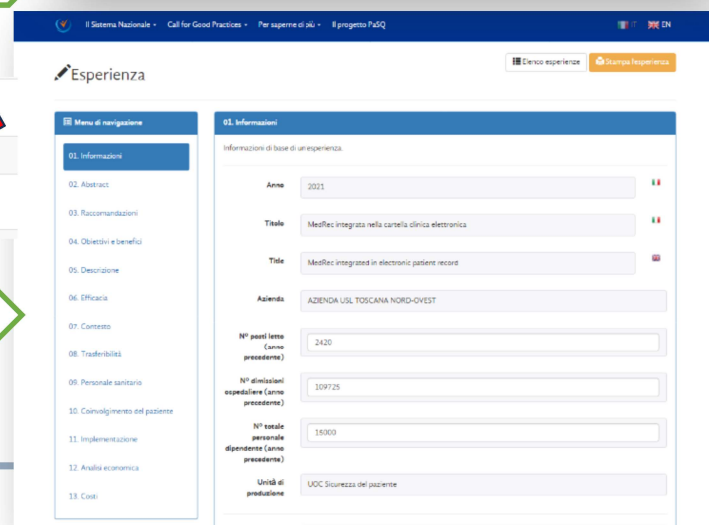
3

Cliccare sulla lente d'ingrandimento per aprire la Pratica



4

Si visualizzerà la Pratica con le relative sezioni




Ministero della Salute

Sicurezza dei processi clinici

Framework for Action - The 7x5 Matrix

| | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 |
| 2 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 |
| 3 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 |
| 4 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 |
| 5 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 6 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |
| 7 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 |

Sicurezza dei processi clinici

3.1
Sicurezza delle
procedure cliniche
soggette a rischi

3.2
Sfida globale per la
sicurezza "farmaci
senza danni"

3.3
Prevenzione e
controllo delle
infezioni e
antimicrobico
resistenza

3.4
Sicurezza dei
dispositivi medici,
dei medicinali, del
sangue e dei vaccini

3.5
Sicurezza del
paziente nelle cure
primarie e nei
passaggi di cura (da
struttura ad un'altra)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | Politiche per affrontare i danni evitabili dall'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalla struttura per la sicurezza del paziente | 1.2 Multidisciplinare allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative preventive | 1.4 Accreditamento e regimentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Guida mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Vicinanze alla affidabilità | 2.1 Trasparenza, scorture e cultura non colpevolizzante | 2.2 Assicuramento del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni di rischio e management | 2.4 Fattori umani/organismi per la sicurezza del sistema sanitario | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in ambiti di assistenza esterna |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sfida globale per la sicurezza "farmaci senza danni" | 3.3 Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, del sangue e dei vaccini | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei passaggi di cura (da struttura ad un'altra) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 Avvisare di politiche e programmi con il paziente | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accedere ai risultati di capacità di addebiellare del paziente/famiglia che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alla vittima | 4.5 Informazione ed educazione al paziente e alla famiglia |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'assistenza e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'assistenza e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza dei pazienti come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei laboratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione diretta e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e sorveglianza degli incidenti relativi alla sicurezza dei pazienti | 6.2 Sistemi di segnalazione e sorveglianza del paziente | 6.3 Sistemi di sorveglianza della sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca autocritica dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Sicurezza per il rischio sistemi | 7.1 Conoscimento degli operatori sanitari | 7.2 Conoscenza comune e impegno condiviso | 7.3 Iniziative inter- organistiche e multisettoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter- organistiche e multisettoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |

PNCAR
2022-2025

Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025



https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3294_allegato.pdf

Coinvolgimento del paziente e della famiglia



Coinvolgimento del
paziente e della
famiglia

4.1
Sviluppo di politiche
e programmi con i
pazienti

4.2
Imparare
dall'esperienza del
paziente per
migliorare la
sicurezza

4.3
Accrescere il ruolo e
la capacità di
advocacy dei
pazienti/familiari
che hanno subito
incidenti

4.4
Comunicazione
trasparente e onesta
degli incidenti di
sicurezza alle vittime

4.5
Informazione ed
educazione ai
pazienti e alle
famiglie

TOOLKIT VALUTAZIONE PARTECIPATA

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|---|
| 1 | Politiche per citadinare i dati utilizzabili dall'assistenza sanitaria | 1.1 | Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 | Mobilizzazione allargata delle risorse | 1.3 | Misure legislative preventive | 1.4 | Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 | Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Sistemi ad alta affidabilità | 2.1 | Trasparenza sulle risorse e cultura non colpevolizzante | 2.2 | Rassegnamento per i poteri sanitari | 2.3 | Capacità di leadership per funzioni critiche e manageriali | 2.4 | Fattori umani/organismi per la sicurezza dei sistemi sanitari | 2.5 | Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in ambienti di assistenza esterna |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 | Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 | Strategie per la sicurezza "team work" | 3.3 | Prevenzione e controllo delle infezioni e anticoagulazione resistente | 3.4 | Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei segnali e dei tessuti | 3.5 | Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei postumi di cura (da strutture di cura) |
| 4 | Coinvolgimento del paziente e della famiglia | 4.1 | Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 | Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 | Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti/familiari che hanno subito incidenti | 4.4 | Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 | Informazione ed educazione ai pazienti e alla famiglia |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 | Sicurezza dei pazienti nell'assistenza e nella formazione professionale | 5.2 | Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su sicurezza dei pazienti | 5.3 | Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 | Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei servizi sanitari | 5.5 | Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione, ricerca e gestione del rischio | 6.1 | Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 | Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.3 | Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.4 | Programmi di ricerca autocritica dei pazienti | 6.5 | Strategie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Sicurezza partecipata collettiva | 7.1 | Coinvolgimento degli operatori sanitari | 7.2 | Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza | 7.3 | Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza | 7.4 | Iniziativa inter-organismale e multisettoriale per la sicurezza dei pazienti | 7.5 | Attivazione con programmi e iniziative tecniche |

Valutazione partecipata 2022-2023

agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/valutazione-partecipata-2022-2023

Ministero della Salute

AGENAS
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AGENAS AREE TEMATICHE PROGETTI DI RICERCA COMUNICAZIONE PNRR PORTALE STATISTICO

CONDIVIDI

Gli strumenti per la valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza negli Ospedali e nelle RSA – anno 2022-2023

In questa pagina sono disponibili due toolkit ("cassette degli attrezzi") grazie ai quali è possibile - per Regioni/Pa/ Aziende/ strutture - realizzare autonomamente la valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza negli ospedali e nelle RSA per anziani, ottenendo i risultati in tempo reale.

I toolkit sono stati predisposti in continuità con l'esperienza maturata da AGENAS in collaborazione con Regioni/Pa, professionisti e cittadini nella valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza e sono a completa disposizione delle Regioni /Pa e delle Aziende che intendono costituire un Gruppo di Coordinamento della valutazione partecipata.

I toolkit contengono tutti i materiali necessari alla realizzazione delle attività di valutazione e miglioramento partecipati:

- manuali con indicazioni operative per i Gruppi di Coordinamento e per le équipe locali che realizzeranno la valutazione delle strutture;
- strumenti di valutazione dell'umanizzazione e sicurezza;
- strumenti per la trasmissione dei dati e l'elaborazione automatica dei risultati.

I risultati della valutazione potranno essere inviati dal Gruppo di Coordinamento (Regione/Pa o ASL) ad AGENAS che avrà cura di costruire un data base nazionale sul grado di umanizzazione e sicurezza nelle strutture di ricovero per acuti e nelle RSA italiane in corso di pandemia da Sars-Cov-2. A tal fine, i dati raccolti dal Gruppo di Coordinamento regionale o aziendale potranno essere inviati all'indirizzo mail info@agenas.it. AGENAS pubblicherà periodicamente, con cadenza semestrale, i dati raccolti, insieme ai punteggi nazionali di umanizzazione e sicurezza così da favorire il benchmark e la contestualizzazione dei dati rilevati a livello regionale/aziendale.

Si riportano di seguito i due toolkit con i materiali scaricabili:

PROCEDURE

STRUMENTI

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Manuale per la realizzazione della valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza nelle strutture di ricovero per acuti

Versione dicembre 2022

agenas.

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Sede centrale: via Piemonte 60
Sede legale: via Puglia, 23
00187 Roma
tel. 06-4789700 fax 06-4789708
agenas@pec.agenas.it
www.agenas.gov.it

<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/valutazione-partecipata-2022-2023>

Coinvolgimento del paziente e della famiglia



Coinvolgimento del paziente e della famiglia

4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

4.2 **Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza**

4.3 Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti/familiari che hanno subito incidenti

4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime

4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie

PRIMs Patient-Reported Incident Measures

Patient-reported indicators for assessing health system performance

PATIENT-REPORTED SAFETY INDICATORS: QUESTION SET AND DATA COLLECTION GUIDANCE



December 2019

1. Durante questo ultimo ricovero in ospedale, ha ritenuto che ci fosse una buona comunicazione tra medici, infermieri e altro personale ospedaliero sull'assistenza e i trattamenti a lei prescritti?

Sempre; Spesso; Qualche volta; Raramente o mai; Non so; Preferisco non rispondere

2. Durante questo ultimo ricovero in ospedale, le è stato detto chi o quale servizio dell'ospedale contattare in caso di dubbi o preoccupazioni sull'assistenza e i trattamenti a lei prescritti?

Sì; No; Non ricordo; Preferisco non rispondere

6.

7. Per favore, descriva gli incidenti relativi alla sicurezza che ha subito.

8. Come ha scoperto di aver subito un incidente/i relativo alla sua sicurezza?

Mi è stato detto da un membro dello staff ospedaliero; L'ho notato io stesso; Mi è stato detto dalla mia famiglia; Mi è stato detto da qualcun altro; Non ricordo; Preferisco non rispondere

...raccolgere e analizzare esperienze riportate dai pazienti e outcome delle cure non sicure, mettere in atto azioni per imparare e migliorare.

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SISTEMI SANITARI REGIONALI

SSR Università di Genova

OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Age.n.a.s., il Dipartimento di Scienze della Salute (DiSSa) dell'Università degli Studi di Genova e AUSL Toscana Nord Ovest in collaborazione con il dr. Bruno Cavaliere del Policlinico San Martino stanno conducendo un progetto sulla **sicurezza del paziente** in ospedale.

Le chiediamo di partecipare al **test di validazione** del questionario PRIMs.

- Quanto tempo richiede la compilazione del questionario? Circa **15-20 minuti** del suo tempo.
- Chi può partecipare alla compilazione del questionario? **Pazienti in dimissione** del Policlinico San Martino.
- Come può partecipare alla compilazione del questionario? Per partecipare Le chiediamo di **inquadrare** con il suo smartphone il **QR-Code** oppure digitare il seguente indirizzo web:

<https://sondaggi.unige.it/index.php/147786?lang=it>

Le ricordiamo che la **compilazione** del questionario è **anonima** e i Suoi dati saranno trattati in forma **aggregata** a livello nazionale.

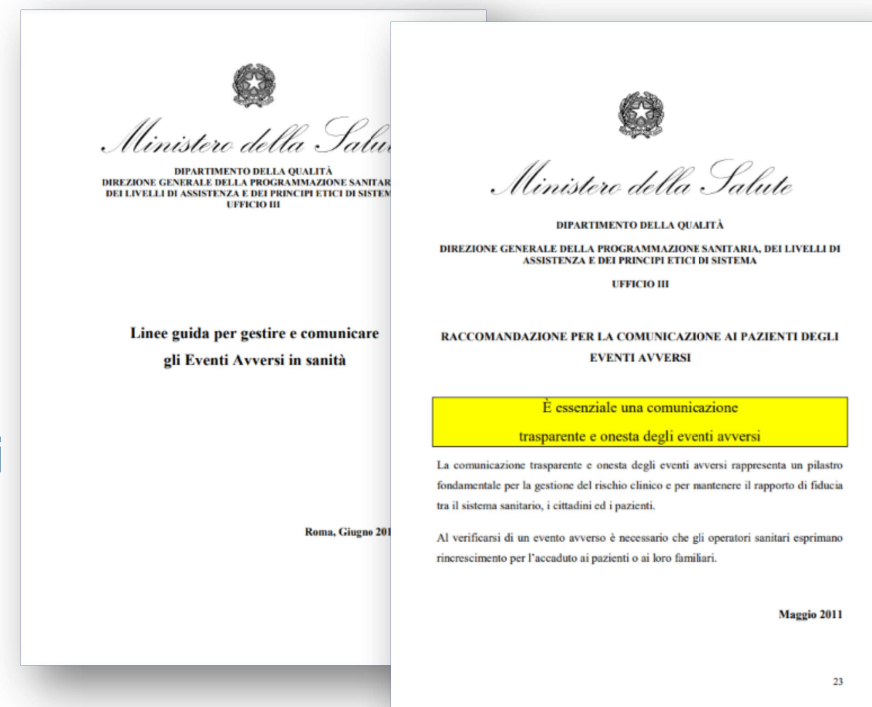
Coinvolgimento del paziente e della famiglia



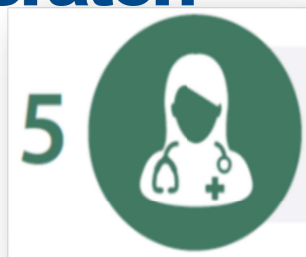
RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI DEGLI EVENTI AVVERSI

«La **comunicazione trasparente e onesta** degli eventi avversi rappresenta un **pilastro fondamentale** per la gestione del rischio clinico e per mantenere il rapporto di fiducia tra il sistema sanitario e i cittadini»

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| 1 | Politiche per affrontare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalla struttura per la sicurezza del paziente | 1.2 Multidisciplinarietà e allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative preventive | 1.4 Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Sistemi ad alta affidabilità | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Rassegnamento del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resistenza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in momenti di avversità estrema |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Strategie per la sicurezza "farmaci senza danni" | 3.3 Prevenzione e controllo delle infezioni e attività di controllo reattivo | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei sangue e dei tessuti | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei percorsi di cura (da strutture ad alta tecnologia) |
| 4 | Coinvolgimento del paziente e della famiglia | 4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti/famiglie che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'educazione e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione del paziente come sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione, trasparenza e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 Sistemi informativi sulla sicurezza del paziente | 6.3 Sistemi di segnalazione della sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Strategie per coinvolgere i cittadini | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholder | 7.2 Compromesso comune e impegno condiviso | 7.3 Iniziative per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-organizzative e multilivello per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |



Formazione, competenze e sicurezza degli operatori



Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari

5.1
Sicurezza dei pazienti nell'istruzione e nella formazione professionale

5.2
Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione sulla sicurezza dei pazienti

5.3
Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi

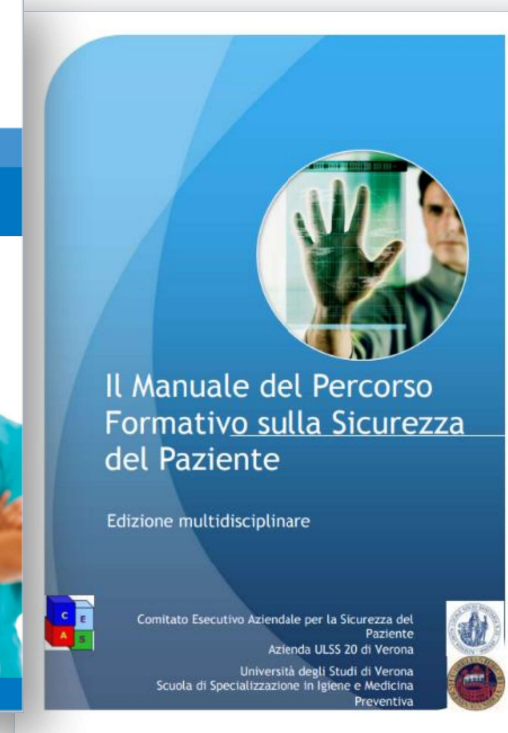
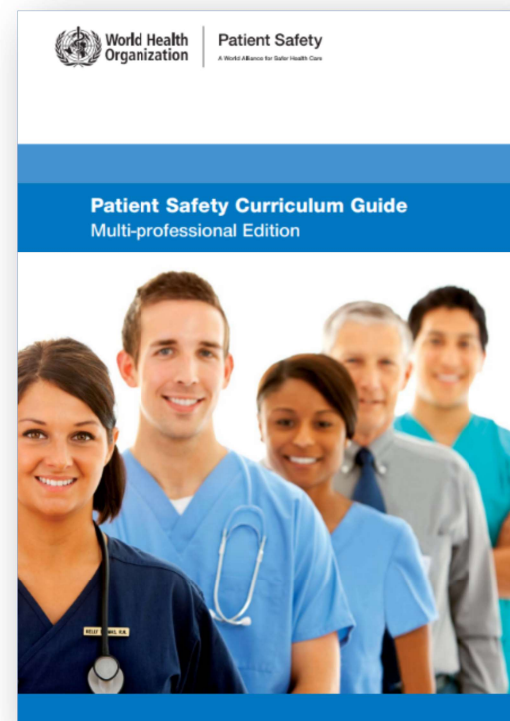
5.4
Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari

5.5
Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari

PATIENT SAFETY CURRICULUM GUIDE (WHO)

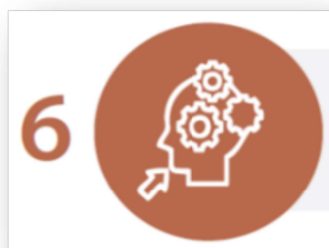
«La voce autentica ed autonoma del paziente promuove l'apprendimento di un'assistenza centrata sul paziente»

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| 1 | Politiche per affrontare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative protettive | 1.4 Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | Vicinanze alla affidabilità | 2.1 Trasparenza, sicurezza e cultura non colpevolizzante | 2.2 Risparmio e gestione del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di assistenza estrema |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sfide globali per la sicurezza "teamwork senza confini" | 3.3 Prevenzione e controllo del rischio e dell'errore clinico | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei sangue e dei tessuti | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei passaggi di cura (da strutture ad altre) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 Avvicinamento di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accedere ai risultati di ricerca e di sicurezza dei pazienti/famiglie che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'istruzione e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione sulla sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione aperta e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.2 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.3 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi alla sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca e innovazione per la sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Sicurezza personalizzata e resilienza | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholder | 7.2 Comprensione comune e impegno condiviso | 7.3 Integrazione e collaborazione per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-organizzative e multisettoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |



<https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>

Informazione, ricerca e gestione del rischio



Informazione ricerca e gestione del rischio

6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento sugli incidenti relativi alla sicurezza del pz.

6.2 Sistema informativo sulla sicurezza del paziente

6.3 Sistema di sorveglianza della sicurezza del paziente

6.4 Programma di ricerca sulla sicurezza dei pazienti

6.5 Tecnologia digitale per la sicurezza dei pazienti

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|---|
| 1 | Politiche per affrontare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Monitoraggio e valutazione delle risorse | 1.3 Misure legislative preventive | 1.4 Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Guida nazionale della sicurezza del paziente |
| 2 | Strutture alla affidabilità | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Gestione del rischio del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di elevata complessità |
| 3 | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Strategie globali per la sicurezza "Teamwork senza confini" | 3.3 Prevenzione e controllo delle infezioni e antisettico | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei sangue e dei tessuti | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei passaggi di cura (da struttura ad alta tecnologia) |
| 4 | Comunicazione del paziente e della famiglia | 4.1 Avvicinamento di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accedere e fruire la capacità di advocacy del paziente/famiglia che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie |
| 5 | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'assistenza e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Correlare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | Informazione aperta e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento sugli incidenti relativi alla sicurezza del pz. | 6.2 Sistema informativo sulla sicurezza del paziente | 6.3 Sistemi di sorveglianza della sicurezza del paziente | 6.4 Programmi di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologia digitale per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | Strategie per migliorare la sicurezza | 7.1 Conoscimento degli stakeholder | 7.2 Conoscenza comune e impegno condiviso | 7.3 Iniziative inter-organizzative per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-organizzative e multisetoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |

SIMES

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli

Errori in Sanità

EVENTI SENTINELLA

DENUNCIE SINISTRE

Monitoraggio errori in sanità (SIMES)

Ministro e Ministero Temi News e media

Sei in: Home > Temi > Piani, finanziamenti e monitoraggio del SSN > Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS > Monitoraggio errori in sanità (SIMES)

Monitoraggio errori in sanità (SIMES)

I temi digitali Ufficio Web e

Monitoraggio errori in sanità

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Tale processo rappresenta una parte molto importante, preliminare ad ogni azione di miglioramento continuo in tema di rischio clinico.

Registrazione utenti

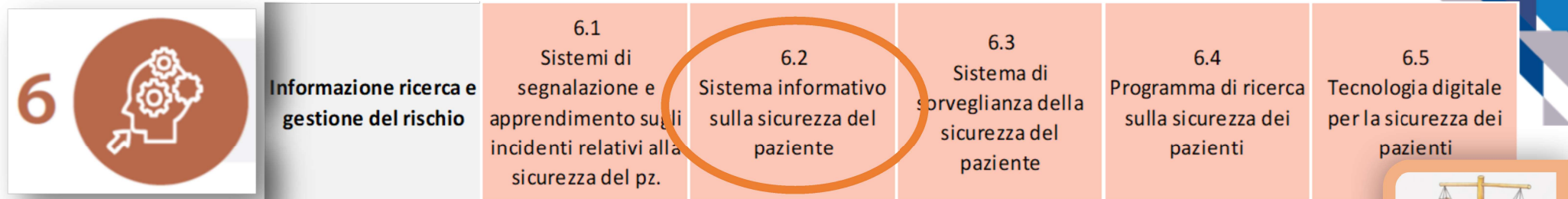
Al fine di consentire la trasmissione dei dati, ciascuna regione/P.A. è tenuta a designare un Amministratore di sicurezza, quale referente regionale responsabile della gestione degli utenti che per la stessa regione hanno accesso al sistema "Monitoraggio errori in sanità".

In questa sezione si possono trovare tutte le indicazioni operative per la registrazione al sistema "Monitoraggio errori in sanità".

Specifiche per la trasmissione dati e manuali

In questa sezione sono illustrate le istruzioni operative per la corretta elaborazione del file, la trasmissione degli stessi, nonché la verifica degli eventuali errori riscontrati.

Informazione, ricerca e gestione del rischio



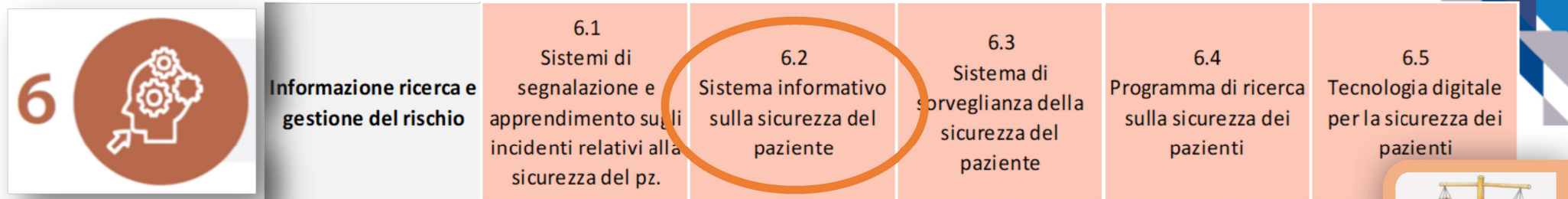
Legge 24/2017 Art. 3 Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità



1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, **presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità**, di seguito denominato «Osservatorio».

2. **L'Osservatorio acquisisce dai Centri** per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, **i dati regionali relativi** ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

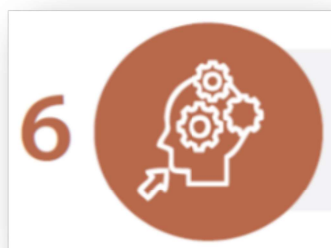
Informazione, ricerca e gestione del rischio



DM 29/09/2017 Istituzione Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella

- a) Acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno;
- b) Acquisisce dai richiamati Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso;
- c) Analizza i dati acquisiti ai sensi delle lettere a) e b)
- d) Fornisce indicazioni alle Regioni sulle modalità di sorveglianza del rischio sanitario ai fini della sicurezza del paziente;
- e) Individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure da parte delle strutture sanitarie, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie anche attraverso la predisposizione di linee di indirizzo;
- f) Effettua, sulla base dei dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario, il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure a livello nazionale;
- g) Trasmette al Ministro della salute, entro e non oltre il 31 dicembre di ciascun anno, una relazione sull'attività svolta.

Informazione, ricerca e gestione del rischio



Informazione ricerca e gestione del rischio

6.1
Sistemi di segnalazione e apprendimento sugli incidenti relativi alla sicurezza del pz.

6.2
Sistema informativo sulla sicurezza del paziente

6.3
Sistema di sorveglianza della sicurezza del paziente

6.4
Programma di ricerca sulla sicurezza dei pazienti

6.5
Tecnologia digitale per la sicurezza dei pazienti

PROGRAMMA DI RICERCA CORRENTE 2022-2024

«Sviluppo di un **sistema di valutazione delle performance degli IRCCS, per la promozione della qualità assistenziale e il rafforzamento delle reti di collegamento territoriale**»

Ente Proponente: **AGENAS**

Resp. scientifico: Giovanni Baglio – UOC Ricerca, PNE, Rapporti internazionali

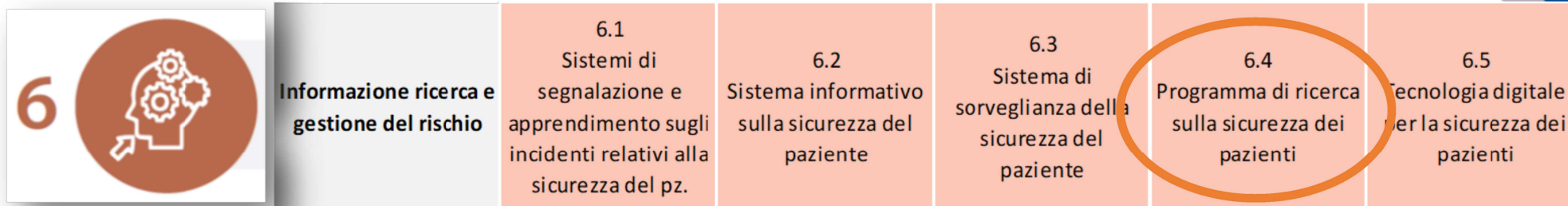
Durata progetto: 3 anni

Parole chiave: qualità, *performance*, efficacia, efficienza, sicurezza, valutazione, *benchmarking*, audit,



| UNITA' OPERATIVE | REFERENTI | RUOLO NEL PROGETTO | Obiettivi |
|---|------------------------------|--|-------------|
| 1. UOC Ricerca, PNE e Rapporti Internazionali | Giorgia Duranti | - Valutazione di efficacia - Presa in carico dei pazienti complessi - Sperimentazione di audit clinico-organizzativi | 1 2 5 |
| 2. UOC Controllo di gestione, risultati economici SSR e aziende sanitarie | Antonietta Guerrieri | - Valutazione di efficienza organizzativo-gestionale | 3 |
| 3. UOSD Qualità sicurezza e buone pratiche | Michele Tancredi Loiudice | - Valutazione di sicurezza - Sperimentazione di audit clinico-organizzativi/interventi di miglioramento | 4 5 |

Informazione, ricerca e gestione del rischio



PROGRAMMA DI RICERCA CORRENTE 2022-2024

«Sviluppo di un **sistema di valutazione delle performance degli IRCCS**, per la promozione della qualità assistenziale e il rafforzamento delle reti di collegamento territoriale»

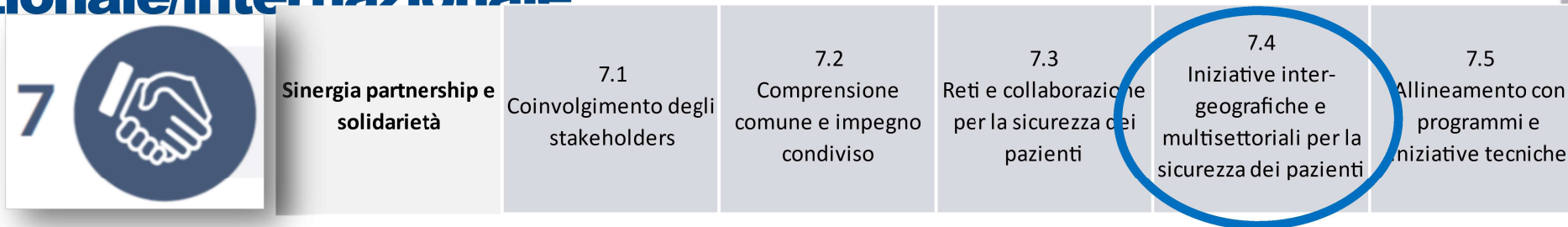
LABORATORI DI RICERCA *Analizzare, Monitorare e Migliorare la qualità, declinata nella dimensione della “sicurezza”, secondo il punto di vista dell’organizzazione, dei professionisti e dei pazienti*

1. SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

2. INDICATORI DEL RISCHIO CLINICO

3. GESTIONE EVENTI/SINISTRI

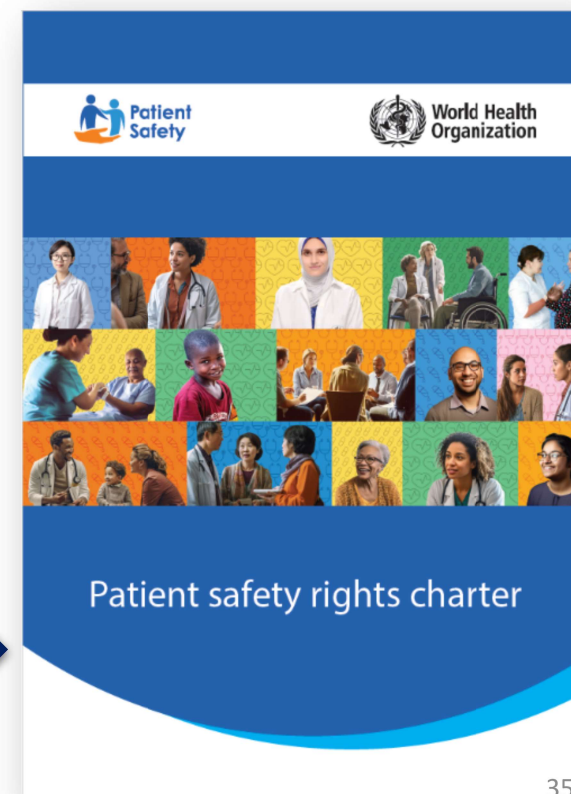
Confronto con la realtà nazionale/internazionale



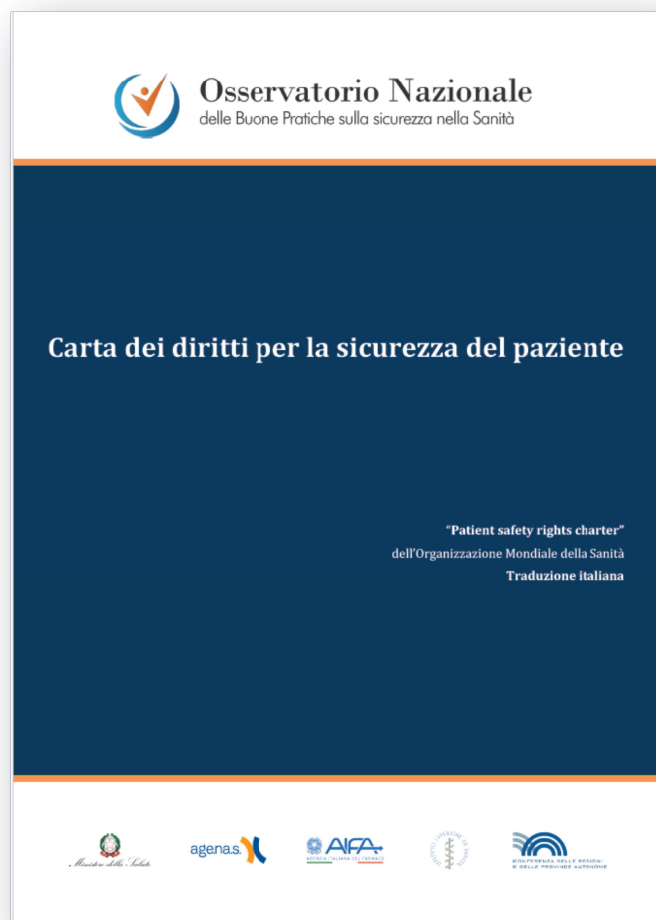
VERTICI MINISTERIALI GLOBALI SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI

«piattaforma per scambi di conoscenze ed esperienze tra esperti, decisori di alto livello e stakeholder provenienti da tutto il mondo»

Patient Safety
5th Global Ministerial Summit 2023
23rd - 24th February 2023, Montreux, Switzerland



| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|---|---|
| 1 | | Politiche per affrontare i diversi livelli dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle risorse | 1.3 Misure legislative preventive | 1.4 Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 | | Sicurezza e qualità | 2.1 Trasparenza, sicurezza e cultura non colpevolizzante | 2.2 Razionalizzazione del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di assistenza estrema |
| 3 | | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sicurezza globale per la sicurezza "farmacovigilanza" | 3.3 Prevenzione e controllo delle infezioni e antisettico-resistenza | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, dei sangue e dei tessuti | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure comuni e nei passaggi di cura (da strutture ad altre) |
| 4 | | Coinvolgimento del paziente e della famiglia | 4.1 Avvicinamento di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accrescere le capacità di advocacy dei pazienti/familiari che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alla famiglia |
| 5 | | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'istruzione e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione su la sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 | | Informazioni chiare e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti relativi ai servizi alla sicurezza dei pazienti | 6.2 Sistemi di segnalazione e apprendimento dagli incidenti | 6.3 Sistemi di sorveglianza della sicurezza dei pazienti | 6.4 Programmi di ricerca e innovazione per la sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologie digitali per la sicurezza dei pazienti |
| 7 | | Sinergia partnership e solidarietà | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholders | 7.2 Comprensione comune e impegno condiviso | 7.3 Reti e collaborazione per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-geografiche e multisettoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |

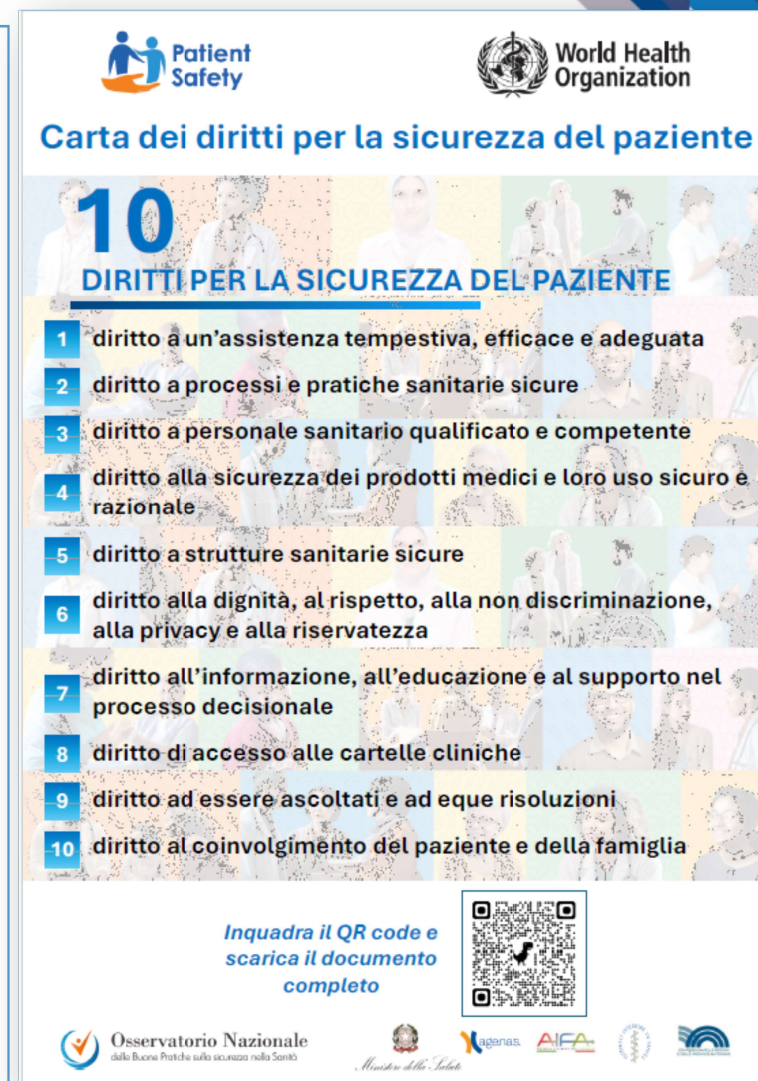


AGENAS
- nell’ambito delle
attività
dell’Osservatorio
nazionale delle buone
pratiche
sulla sicurezza nella
sanità -
ha tradotto in italiano e
pubblicato la
**“Carta dei diritti per
la sicurezza del**



w

v.it



Politiche e strategie



PIANO NAZIONALE SICUREZZA



FORMAT PER REDAZIONE del Piano Nazionale Sicurezza

- Introduzione
- Realtà e iniziative **già in essere in Italia**
- **Strategia**
- **Obiettivi specifici** nel periodo di vigenza del Piano
 - Azioni di livello **nazionale** (con indicatori)
 - Azioni di livello **regionale** (con indicatori)
 - Azioni di livello **aziendale** (con indicatori)
- Bibliografia e riferimenti normativi

Vigenza Piano: 3 anni

Piano Nazionale Sicurezza – Format per la redazione del Capitolo

Sezione
Curatore della Sezione
Titolo del Capitolo
Autore/i
Riferimento al Framework Global Patient Safety/Action Plan

Introduzione
Razionale
Riferimento al GPSAP
Contesto italiano

Realtà e iniziative già in essere in Italia
- Descrizione delle attività per la sicurezza delle cure inerenti al tema del capitolo ponendo attenzione ai fatti e alle evidenze
- Gap analysis tra quanto già attuato in Italia (esistente e pianificato) e quanto da realizzare secondo il GPSAP

Strategia
Identificazione delle priorità

Obiettivi specifici nel periodo di vigenza del Piano
- Obiettivi, azioni, risultati attesi, indicatori distribuiti per i livelli nazionale, regionale e di strutture (almeno 1 azione per livello)
- Riferimento alla raccolta dei dati e al relativo flusso per il monitoraggio degli obiettivi/azioni indicati nel Piano per i 3 livelli (nazionale, regionale, aziendale)
- In merito alle risorse disponibili per le attività, indicare se: attività che non prevede oneri aggiuntivi; attività che prevede oneri aggiuntivi da finanziamenti già esistenti; attività che prevede oneri aggiuntivi con finanziamenti da identificare.

Piano Nazionale Sicurezza – Format per la redazione del Capitolo

Tabella Obiettivi

| Sezione | Obiettivi | Azioni | Attori | Periodo | Indicatori | Risultato atteso | Riferimenti | Note |
|---------|-----------|--------|--------|---------|------------|------------------|-------------|------|
| | | | | | | | | |

Sezione 4 del PNS: “Coinvolgimento del paziente e della famiglia”

- Capitolo. 4.1 Sviluppo di **politiche e programmi** con i pazienti
- Capitolo. 4.2 Imparare **dall’esperienza di pazienti e familiari** esposti a cure non sicure per migliorare la comprensione della natura del danno e favorire lo sviluppo di soluzioni più efficaci
- Capitolo. 4.3 Accrescere il ruolo e la capacità di **advocacy** dei pazienti e familiari che hanno subito incidenti relativi alla sicurezza (“Patient Advocates” e “Patient Safety Champions”)
- Capitolo. 4.4 **Comunicazione trasparente** e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime
- Capitolo. 4.5 **Informazione e educazione** ai pazienti e familiari

Piano Nazionale Sicurezza – Format per la redazione del Capitolo

Sezione

Curatore della Sezione

Titolo del Capitolo

Autore/i

Riferimento al Framework Global Patient Safety|Action Plan

Introduzione

Razionale

Riferimento al GPSAP

Contesto italiano

Realtà e iniziative già in essere in Italia

- Descrizione delle attività per la sicurezza delle cure inerenti al tema del capitolo ponendo attenzione ai fatti e alle evidenze

- Gap analysis tra quanto già attuato in Italia (esistente e pianificato) e quanto da realizzare secondo il GPSAP

Strategia

Identificazione delle priorità

Obiettivi specifici nel periodo di vigenza del Piano

- Obiettivi, azioni, risultati attesi, indicatori distribuiti per i livelli nazionale, regionale e di strutture (almeno 1 azione per livello)

- Riferimento alla raccolta dei dati e al relativo flusso per il monitoraggio degli obiettivi/azioni indicati nel Piano per i 3 livelli (nazionale, regionale, aziendale)

- In merito alle risorse disponibili per le attività, indicare se: attività che non prevede oneri aggiuntivi; attività che prevede oneri aggiuntivi da finanziamenti già esistenti; attività che prevede oneri aggiuntivi con finanziamenti da identificare.

Tabella Obiettivi

| Sezione | Obiettivi | Azioni | Attori | Periodo | Indicatori | Risultato atteso | Riferimenti | Note |
|---------|-----------|--------|--------|---------|------------|------------------|-------------|------|
| | | | | | | | | |

Bibliografia e riferimenti normativi

Pubblicazioni scientifiche, link a pubblicazioni on-line, riferimenti normativi

Sezione 4 del PNS: “Coinvolgimento del paziente e della famiglia”

Piano Nazionale Sicurezza – Format per la redazione del Capitolo

Sezione

4. Coinvolgimento del paziente e della famiglia

Curatore della Sezione

Michele Tancredi Loiudice

Premessa alla sezione

Secondo il GPSAP il coinvolgimento attivo (*engagement*) del paziente è probabilmente lo strumento più potente per migliorare la sicurezza delle cure.

Con *engagement* del paziente ci si riferisce allo sviluppo della capacità dei pazienti, dei loro familiari e caregiver (così come dei professionisti e organizzazioni sanitarie) di facilitare e sostenere il coinvolgimento attivo dei pazienti nella propria cura, al fine di migliorare la sicurezza, la qualità e la centralità delle persone dell'assistenza sanitaria¹.

Nel proprio percorso di cura i pazienti si confrontano con una molteplicità di setting assistenziali/ erogatori/ prestazioni/ professionisti maturando - più facilmente di chi vi opera - una visione d'insieme dei servizi sanitari. I pazienti/ familiari/caregiver possono, quindi, offrire una conoscenza unica di tali sistemi complessi, raccogliere informazioni rilevanti nei diversi snodi del percorso e fornire spunti utili sia sui processi di cura, sia sulla performance dei servizi sanitari².

Per tali motivazioni il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia è riconosciuto quale strategia fondamentale per promuovere la sicurezza dell'assistenza sanitaria³: sono sempre più numerose le evidenze che mostrano come, se implementato con successo, l'*engagement* del paziente può contribuire in modo significativo alla riduzione degli eventi avversi, a ridurre i costi dell'assistenza, influenzare positivamente l'esperienza di cura dei pazienti, migliorare i risultati di salute e le prestazioni dei servizi sanitari⁴.

I pazienti, le famiglie, i caregiver e i cittadini possono contribuire a migliorare la sicurezza dei pazienti a tutti i livelli del Servizio Sanitario Nazionale: a livello “clinico” (locale), “organizzativo-istituzionale” (ad esempio, ospedale, casa di cura), “di comunità” (ad esempio, assistenza primaria, assistenza domiciliare) e nazionale (nello sviluppo di politiche nazionali)⁵.

È, dunque, fondamentale creare le condizioni che promuovano il coinvolgimento attivo in tutte le forme in cui si può declinare e a tutti i livelli: a tal fine il GPSAP indica 5 **fondamentali strategie** da implementare affinché i pazienti, le famiglie, i caregiver e i cittadini siano coinvolti nella formulazione delle politiche, rappresentati nelle strutture di governance, impegnati nella co-progettazione delle strategie di sicurezza e partner attivi nella propria cura.

Nei capitoli successivi, per ciascuna delle 5 strategie indicate dal GPSAP, vengono richiamate le relative iniziative già attuate a livello italiano e - sulla base di una comparazione tra quanto già attuato in Italia (esistente e pianificato) e quanto da realizzare secondo il GPSAP - vengono indicati obiettivi da realizzare nel periodo di vigenza del presente piano a livello nazionale, regionale e aziendale.

¹ Technical series on safer primary care: Patient engagement. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/252269>)

² Engaging patients for patient safety: advocacy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375011/9789240081987-eng.pdf?sequence=1>)

³ Global patient safety report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

⁴ Engaging patients for patient safety: advocacy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375011/9789240081987-eng.pdf?sequence=1>)

⁵ Kendir, C., et al. (2023), “Patient engagement for patient safety: The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety”, OECD Health Working Papers, No. 150, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5fa8df20-en>.







Premessa

- Definizione di engagement
- Rilevanza dell'engagement ai fini della sicurezza dei pazienti
- A quali livelli del SSN contribuisce l'engagement
- Le 5 strategie del GPSAP per l'engagement
- Presentazione capitoli della sezione

Capitolo. 4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

TAVOLI DI LAVORO E GLOBAL PATIENT SAFETY

ACTION PLAN 2021-2030

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|---|--|
| 1 |  | Politiche per eliminare i danni evitabili dell'assistenza sanitaria | 1.1 Politiche e strategie implementate dalle strutture per la sicurezza del paziente | 1.2 Mobilitazione e allocazione delle Risorse | 1.3 Misure legislative protettive | 1.4 Accreditamento e regolamentazione degli standard per garantire la sicurezza | 1.5 Giornata mondiale della sicurezza del paziente |
| 2 |  | Sistema ad alta affidabilità | 2.1 Trasparenza, apertura e cultura non colpevolizzante | 2.2 Buona governance del sistema sanitario | 2.3 Capacità di leadership per funzioni cliniche e manageriali | 2.4 Fattori umani/ergonomici per la resilienza dei sistemi sanitari | 2.5 Sicurezza del paziente in situazioni di emergenza e in contesti di avversità estreme |
| 3 |  | Sicurezza dei processi clinici | 3.1 Sicurezza delle procedure cliniche soggette a rischi | 3.2 Sfida globale per la sicurezza "farmaci senza danni" | 3.3 Prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobico resistenza | 3.4 Sicurezza dei dispositivi medici, dei medicinali, del sangue e dei vaccini | 3.5 Sicurezza del paziente nelle cure primarie e nei passaggi di cura (da struttura ad un'altra) |
| 4 |  | Coinvolgimento del paziente e della famiglia | 4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti | 4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza | 4.3 Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti/familiari che hanno subito incidenti | 4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime | 4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie |
| 5 |  | Formazione, competenze e sicurezza degli operatori sanitari | 5.1 Sicurezza dei pazienti nell'istruzione e nella formazione professionale | 5.2 Centri di eccellenza per l'educazione e la formazione sulla sicurezza dei pazienti | 5.3 Competenze in materia di sicurezza del paziente come requisiti normativi | 5.4 Collegare la sicurezza dei pazienti con il sistema di valutazione dei lavoratori sanitari | 5.5 Ambiente di lavoro sicuro per i lavoratori sanitari |
| 6 |  | Informazione, ricerca e gestione del rischio | 6.1 Sistemi di segnalazione e apprendimento sugli incidenti relativi alla sicurezza del pz. | 6.2 Sistema informativo sulla sicurezza del paziente | 6.3 Sistema di sorveglianza della sicurezza del paziente | 6.4 Programma di ricerca sulla sicurezza dei pazienti | 6.5 Tecnologia digitale per la sicurezza dei pazienti |
| 7 |  | Sinergia partnership e solidarietà | 7.1 Coinvolgimento degli stakeholders | 7.2 Comprensione comune e impegno condiviso | 7.3 Reti e collaborazione per la sicurezza dei pazienti | 7.4 Iniziative inter-geografiche e multisettoriali per la sicurezza dei pazienti | 7.5 Allineamento con programmi e iniziative tecniche |

TAVOLI DI LAVORO:

- Responsabilità professionale e sicurezza delle cure/sicurezza dei professionisti (1.3)
- Sicurezza delle cure e sostenibilità: modelli organizzativi (2)
- Sicurezza delle cure nel territorio, anche alla luce del DM 77 (cure primarie) (3.5)
- Sicurezza delle cure e Accreditamento, anche alla luce del DM 19 dicembre 2022 (1.4)
- Diagnostic Safety (tema del World Patient Safety Day 2024) (1.5)
- Prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (3.3)
- Sicurezza delle cure e telemedicina/sanità digitale (6.5)



Il **Castell** (*Castello* in catalano) è una torre umana costruita in Catalogna da 'colles castelleres', associazioni composte da centinaia di persone di entrambi i sessi e tutte le età, fortemente radicate nella propria cittadina o nel proprio quartiere, che si considerano castells le costruzioni con almeno 6 livelli

Costruire rapporti collaborativi tra

- Istituzioni**
- Organizzazioni**
- Professionisti**
 - Pazienti**
 - Cittadini**