



# Servizio Infermieristico

e-mail [serv.infermieristico@ausl6palermo.org](mailto:serv.infermieristico@ausl6palermo.org)

**“La professione infermieristica ed il risk management:  
metodi e strumenti per migliorare la sicurezza del paziente”**

## Relazione

*“Metodi e strumenti per l’identificazione, l’analisi e la  
gestione del rischio”*

Vincenzo Rizzotto

Palermo, 2008

# Cambio di Mentalità

Da trovare il colpevole

(sistema inefficace)

( porta a tenere gli errori nascosti, che quindi si ripetono)

A trovare le cause

(sistema efficace)

(si parla di errori senza paura perché conviene a tutti che non si ripetono)

Per Imparare dall'Errore

(momento di crescita professionale)

## Evento Avverso (Adverse Event)

- **Danno procurato ai pazienti, da disfunzione organizzativa o da trattamenti sanitari che determina un prolungamento della degenza o una disabilità (lesione o morbosità).**

# Graduazione dell'errore

- **Graduazione dell'evento:**
- **Grave:** evento che causa morte o danni ed invalidità permanente
- **Medio:** evento che comporta un'invalidità temporanea, un cospicuo aumento dei giorni di degenza
- **Lieve:** un evento che provoca solo disturbi temporanei e limitati

# Modello teorico di classificazione degli errori

**Nell'ambito delle teorie sviluppate per lo studio dell'errore in medicina, (Rasmussen, 1987)**

propone una classificazione del comportamento dell'uomo in tre diverse tipologie, correlate a specifici meccanismi cognitivi:

- **Skill-based** (basate sull'abilità e sull'abitudine)
- **Rule- Based** (basate su regole conosciute)
- **Knowledge- Based** (basate su conoscenza e pensiero)

# SKILL-BASED

- **Comportamenti Basati sull'abilità e sull'abitudine**

(Skill è l'abilità nell'eseguire un compito)

Generalmente non implicano l'uso dell'attenzione, in quanto i comportamenti sono applicati in maniera automatica rientrano nelle attività routinarie che richiedono poca o nessuna attenzione.

# RULE-BASED

- **Comportamenti basati su regole conosciute:**

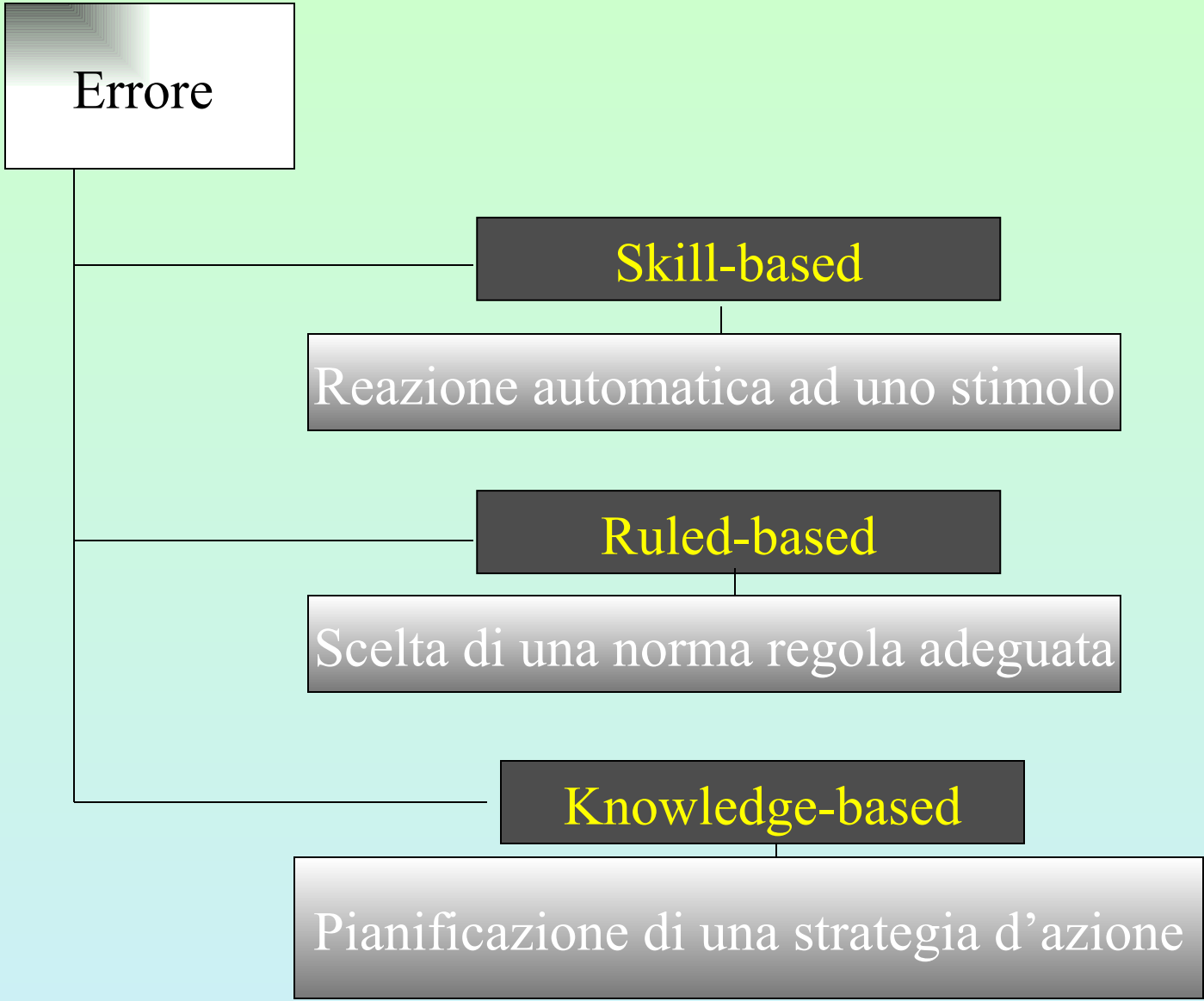
si tratta di azioni basati sul seguire una regola conseguente, o una precedente esperienza, o una istruzione specifica.

I processi basati sulla norma entrano in azione quando fallisce lo Skill-based e il soggetto ha bisogno di fare riferimento a delle istruzioni o regole esplicite.

# KNOWLEDGE-BASED

- **Comportamenti basati sulla conoscenza o sul ragionamento, inferenze, giudizio e valutazione**
- Sono comportamenti messi in atto quando ci si trova davanti ad una situazione sconosciuta e si deve attuare un piano per superarla e le regole di cui si dispone non sono sufficienti e adeguate a risolvere la situazione.
- **É la situazione che richiede un maggior impegno cognitivo con l'attivazione di una serie di processi mentali che porteranno ad elaborare un piano per raggiungere gli obiettivi.**
- *Le azione K.B sono messe in atto quando il processo **Rule-based** ( che in generale si tende a preferire, poiché richiedono un minor sforzo cognitivo), non da le dovute risposte.*





# Classificazione degli errori-Reason, 1990

Fa una distinzione tra:

errori di esecuzione

azioni compiute secondo le  
intenzioni

*Errori di esecuzione a livello  
di abilità -slips  
(Skill-based)*

*Errori non commessi  
durante l'esecuzione  
pratica dell'azione -  
mistaches*

*Errori di esecuzione  
Provocati da fallimento della memoria -Lapses  
(Rule-based)*

*(Rule based )  
(Knowledge based)*

# Categoria errori Slips (Sviste)

- **Errori d'esecuzione che si verificano a livello d'abilità:**

**Vengono classificate tutte quelle azioni eseguite in modo diverso da come pianificato:**

*La persona sa come dovrebbe essere eseguito il compito, ma non lo fa, oppure inavvertitamente lo esegue in modo non corretto.*

**Le cause possono essere tutti i fattori che possono alterare l'attenzione quali:**

*distrazione, stanchezza, stati emotivi, preoccupazioni, sovraccarico di lavoro*

# lapses.

- Errori d'esecuzione provocati da un fallimento della memoria (lapses).

*In questo caso l'azione ha un risultato diverso da quello atteso a causa di un fallimento della memoria*

## Scenario di errore “Lapses”

- *In questo caso il tecnico ha dimenticato di comunicare il rischio alla paziente*

# I mistakes

- Sono errori fatti in fase di pianificazione:  
Si tratta di errori conseguenti a giudizi e valutazioni sbagliati dai quali ne consegue una pianificazione delle azioni non adeguata al raggiungimento dell'obiettivo.
- I mistakes possono essere di due tipi:  
*Rule based*  
*Knowledge based*

- **ruled- based mistakes**

*(Errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione)*

Si è scelto di applicare una regola o una procedura, che non permette il raggiungimento di quel determinato obiettivo

- *Es: farmaco sbagliato rispetto alla patologia da trattare*
- *Es. farmaco adeguato ma la posologia e il tipo di somministrazione non è corretta*

- **Knowledge-based mistakes**

L'errore è conseguente alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione, le mancanze di conoscenze non permettono di raggiungere l'obiettivo prefissato.

In questo caso il piano è sbagliato, nonostante le azioni compiute siano corrette

- *Es. la negligenza del medico si può inquadrare in tale tipo di errore.*

- Sono la conseguenza del mancato rispetto di norme o regole, di un atto medico-chirurgico, di pratiche operative o assistenziale.

Possono essere involontarie o deliberate

Violazioni di routine

(spesso conseguenti a norme e regole difficili da applicare e osservare)

Violazioni eccezionali

**Atti di sabotaggio**, (di rara evenienza)

*Es. esecuzione non corretto di un atto chirurgico*

*Es. Il mancato rispetto delle procedure di sterilizzazione*



- La concezione sistemica, nasce dal pensiero che il verificarsi di un incidente sia frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le barriere messe in atto a difesa.
- Per le organizzazioni è fondamentale favorire le condizioni lavorative ideali che rende difficile per l'uomo sbagliare

- **Errore attivi**

*(active failure).*

si manifestano in seguito ad errore dell'operatore e provocano immediate conseguenze.

Sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea, i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili

Appartengono a questa categoria:

Slips,

Mistakes

Violations

- Errori latenti

*(latent failure)*

sono errori di origine organizzativa che restano silenti nel sistema, fino a quando un evento scatenante (**triggering event**) non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità causando danni più o meno gravi.

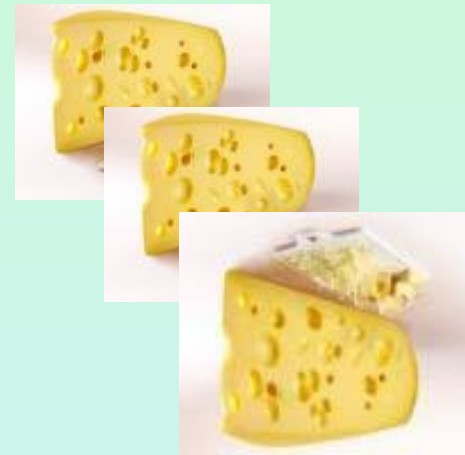
In questo caso a provocare la causa dell'evento incidentale, è l'operatore, ma la cosiddetta *causa generatrice* (**root cause**) è *da ricondurre a decisioni manageriali e scelte organizzative sbagliate*

Perché il danno si verifichi devono sussistere condizioni tali da permettere all'errore di superare tutte le barriere di sicurezza tecniche e organizzative predisposte dalla struttura.

## Classificazione degli errori-La teoria degli errori latenti, Reason,2000-02

- Il presupposto di base in questo approccio risiede nella convinzione che gli incidenti e gli errori siano solo la punta dell'iceberg, che per un incidente che ha avuto luogo ce ne siano stati molti altri che non sono avvenuti solo perché l'operatore o un controllo, hanno impedito che accadesse
  - In questo caso si parla di:
  - evento evitato (*near missis events*)
  - *near missis events* SONO incidenti potenziali che non si verificano per mera causalità
- Es: la rilevazione di un errore di prescrizione di un farmaco, prima che sia somministrato al paziente

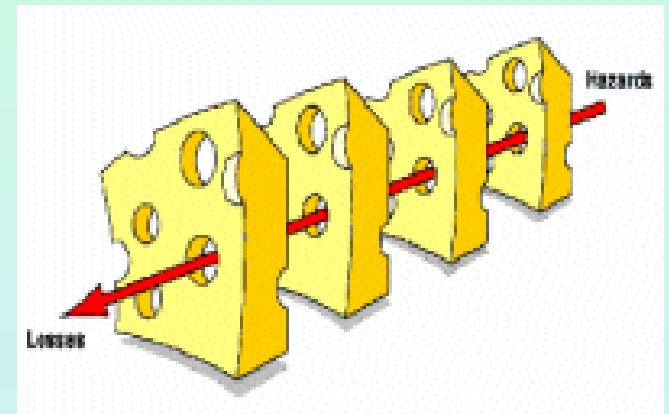
- Reason ha chiarito in maniera più precisa il significato di errore latente, attraverso il modello del formaggio svizzero
- Ogni fetta di formaggio rappresenta uno strato difensivo dell'organizzazione

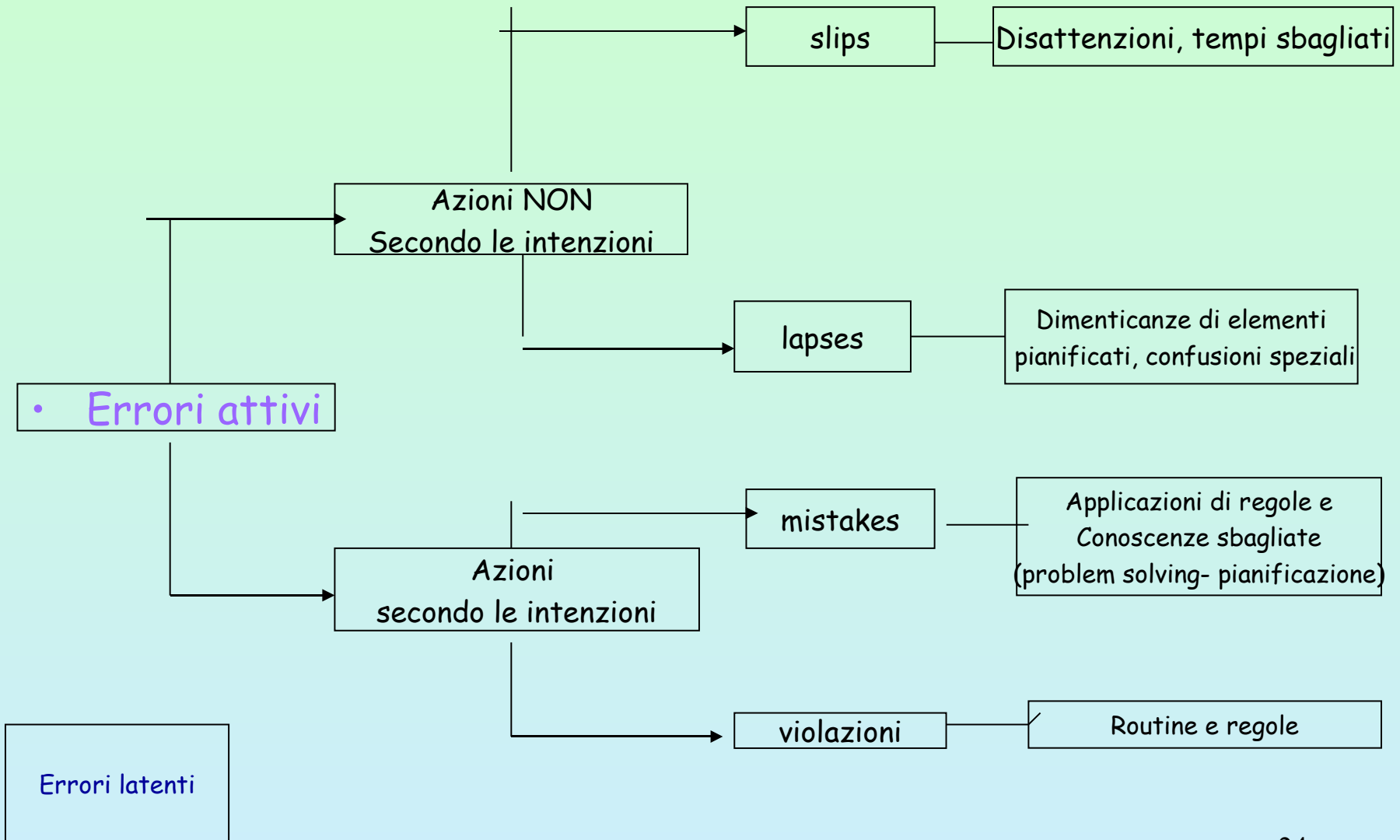


# Classificazione degli errori -teoria degli errori latenti

- Ognuno di questi strati dovrebbe in realtà essere privo di punti critici, ma come nel formaggio svizzero, i *buchi possono aprirsi, spostarsi, chiudersi*.
- *I buchi sono causati*
- sia da **errori attivi**, cioè commessi da operatori che sono a diretto contatto con il paziente (plausibilmente da errori di esecuzione (slips, lapses)).
- sia da **errori latenti**, cioè remoti nel tempo e riferibili a decisioni di progettazione del sistema, errori di pianificazione (*mistakes*)
- Poiché gli **errori attivi** non potranno mai essere eliminati in modo definitivo, per aumentare la sicurezza di un sistema è necessario influire sulle **criticità latenti**.

- **La presenza dei buchi in diversi strati di per sé non è sufficiente per il verificarsi di un incidente che accade solo in particolari situazioni in cui questi si trovano allineati e permettono la **traiettoria delle opportunità****







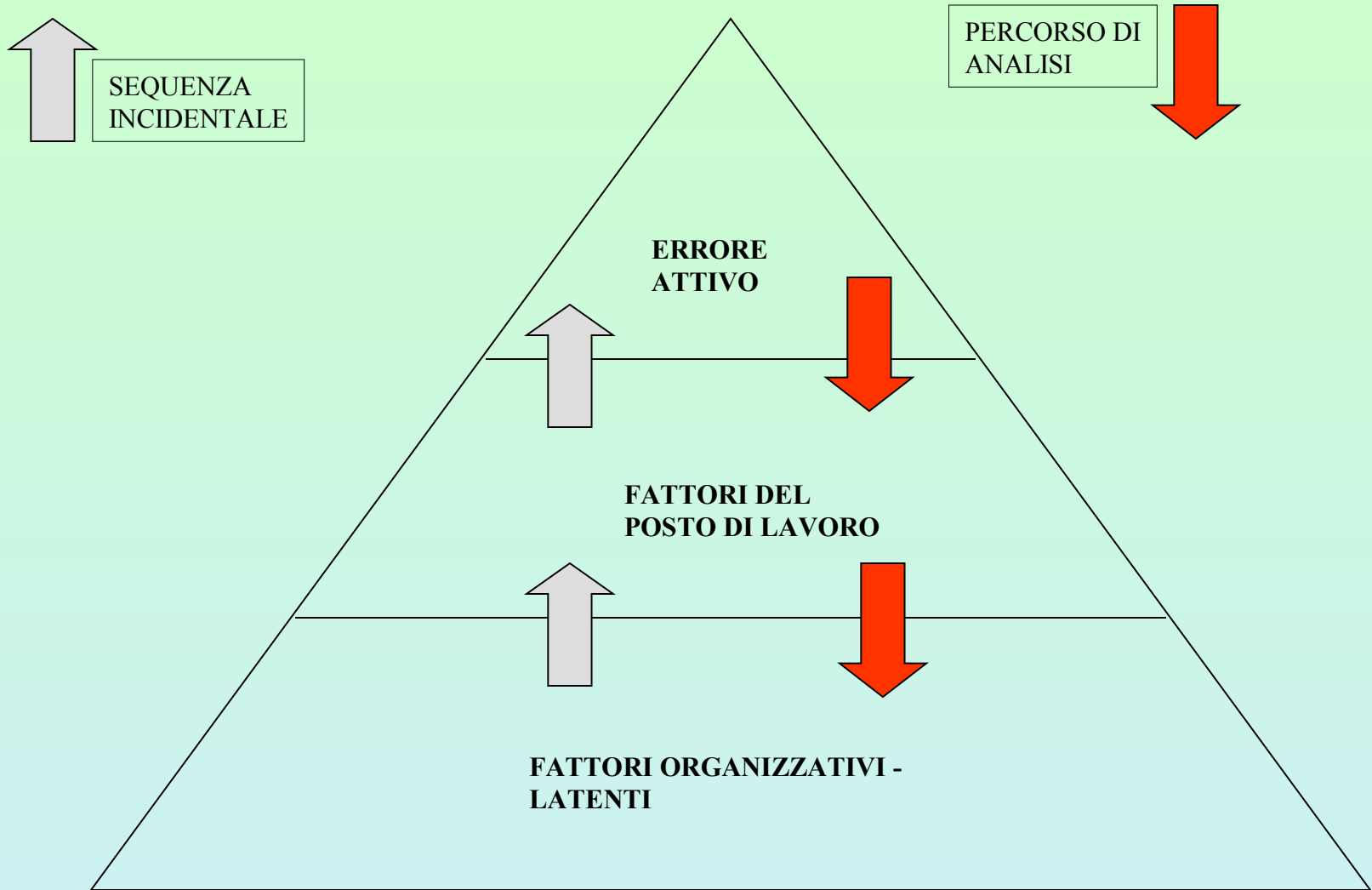
# Metodi e strumenti per l'analisi del rischio

Analisi  
reattiva

Parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento

Analisi  
proattiva

Mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi ed è basata sull'analisi dei processi che costituiscono l'attività, ne individua i punti critici con l'obiettivo di progettare sistemi sicuri



# ANALISI REATTIVA

•Gli approcci di tipo reattivi maggiormente utilizzati comprendono:

- Incident reporting
- Utilizzo dei dati amministrativi
- Indizi
- Review
- Root causes analysis

# Incident reporting

- Consiste nella raccolta volontaria di *schede anonime* che segnalano gli **eventi avversi**

Attraverso le schede di segnalazioni degli **errori** e dei **possibili errori** si possono raccogliere una serie di informazioni utili per tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'errore e **LA GRAVITÀ DELL'ERRORE.**

Va sottolineata anche l'importanza di segnalare gli **eventi evitati (near misses)**

- Perchè importante segnalare gli **eventi evitati** (near misses):
- Numericamente consentono di avere più informazioni rispetto agli eventi avversi
- Non c'è coinvolgimento emotivo, si può imparare più efficacemente dal potenziale errore
- È più facile tenere anonimi i dati delle segnalazioni di near misses, fattore che di per sé incoraggia il reporting
- Possono costituire un utile "barometro" di rischi più seri
- **CONSENTONO DI IMPARARE PRIMA CHE AVVENGANO INCIDENTI PIÙ GRAVI**

- **Le informazioni richieste per ogni evento riguardano:**
- **Il luogo** dove l'incidente è avvenuto (degenza, sala infermieri, sala medicazione, sala parto, sala operatoria ecc)
- **Le persone coinvolte** (medici, infermieri, Ostetrici)
- **La tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore** (urgenti, programmate) **e la gravità dell'evento**

# Utilizzo dati amministrativi e informatici

- **fonti informative** utilizzate nei programmi aziendali di gestione del rischio clinico sono oltre ai dati SDO

*Sistema di indicatori dell'assistenza (indicatori di complicanze del ricovero)*

*Dichiarazioni volontarie o obbligatorie di incidenti*

*Le revisione di storie cliniche*

*Le revisione dei reclami degli utenti*

## . I flussi obbligatori:

SDO

*Prestazioni ambulatoriali di pronto soccorso*

*Sistema informativo per l'area psichiatrica*

*Farmaci forniti dall'ospedale*

*Endoprotesi*

*Attività gestionale delle ASL e Az.Osp.*

*Rilevazione ISTAT (aborti spontanei, IVG, ricoveri nei SPDC, mortalità natalità)*



## Ulteriori dei dati amministrativi ed informatici

Mortalità intraospedaliera	Informazioni contenute nella scheda ISTAT, nei riscontri autopsici e nella scheda nosologica
Mortalità perinatale	Informazioni schede ISTAT, nella scheda nosologica e nel certificato di assistenza al parto (CEDAP)
Eventi materno- infantili	Informazioni contenute nel DEDAP e nel registro del parto
Complicanze intraoperatori	informazioni desumibili da scheda nosologica, dal registro del parto o provenienti dal servizio di microbiologia o da farmacia ospedale
Prestazioni rianimatorie in condizioni d'emergenza	I flussi che monitorizzano l'attività prestata per i pazienti ricoverati sono in grado di dare informazioni relative alla tempestività dell'intervento in caso d'emergenza interna
Segnalazione guasti alle apparecchiature elettromedicali	Le u.o. coinvolte nella gestione/manutenzione delle apparecchiature possono contribuire a dare report informativi utili alla valutazione delle apparecchiature stesse
reclami	L'analisi dei reclami del paziente, gestiti istituzionalmente dall'URP fornisce informazioni relative a priorità e gravità dei reclami
Responsabilità civile	L'analisi delle cause di responsabilità civile, gestite aziendalmente fornisce informazioni relative a priorità e gravità
Rilevazione dei casi di malattie infettive	Analisi derivabili da flussi interni ed obbligatori di denunce
Eventi intraoperatori	Informazioni derivanti dal verbale operatorio, complicanze reinterventi

Sono utili per individuare i possibili errori di terapie e più in generale nel processo d'assistenza.

- Nella ricerca d'indizi si possono revisionare le cartelle e la documentazione clinica indizi per evidenziare dove si è verificato un errore.

- La ricerca d'indizi prevede l'analisi di tutti i casi segnalati dove si presentano alcune condizioni definite a priori:

*Uso di antidoti, alterazioni buo umorali, dosaggi ematici da farmaci, segnalazioni cliniche, esami di laboratorio*

- **GLI INDIZI VENGONO SEMPRE CONSIDERATI INDICATORI DI POSSIBILE ERRORE, PER LE CARTELLE DOVE QUESTI SONO PRESENTI, VERRÀ GENERATO UN INDICE POSITIVO DI SOSPETTO ERRORE.**

# La revisione paritaria /Peer review

Serve ad individuare tutti **gli errori o i difetti** di uno studio complesso e **dare validità scientifica**

Le fasi di approccio:

1. Individuazione del campione statistico più idoneo rappresentare la popolazione di riferimento
2. Scelta random delle cartelle cliniche
3. Prima revisione delle cartelle cliniche, da parte di due infermieri utilizzando indicatori di evento avverso
4. Le cartelle individuate vengono revisionate da esperti per valutare la presenza di eventi avversi

Se di fronte ad un inconveniente si  
domanda :

CHI È STATO ?

*(Si considera l'effetto)*



SE CI SI CHIEDE:

perché è successo?

*(si considerano le cause)*

# Causa generatrice (Root causes analysis)

•Le RCA sono analisi che a partire dagli errori riscontrati nel sistema, **ne ricercano le cause** attraverso un metodo induttivo che esplora il **“perché di ogni azione e di ogni sua possibile deviazione.**

# Tecniche di RCA

Le tecniche possibili con cui condurre una RCA sono:

## **I DIAGRAMMI CAUSA-EFFETTO:**

*Diagramma a lisca di pesce*

*I cinque perché*

*La mappa dei processi*

# diagramma di Ishikawa o di causa-effetto

- Il diagramma di Ishikawa è una tecnica manageriale efficacissima utilizzata nel settore industriale e nei servizi per individuare **la/le causa/e** più probabile/i di un **effetto** (problema).

*Aiuta a risalire alle vere cause, e quindi ai veri problemi da risolvere.*

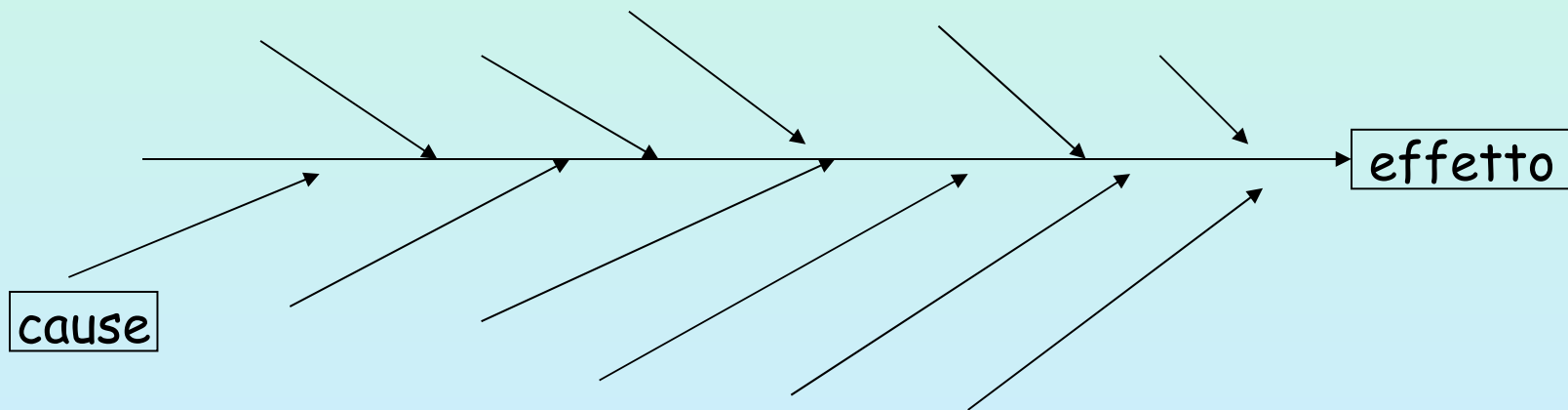
*Sono anche chiamati diagrammi causa-effetto o a lisca di pesce.*



- **Metodologia**

Si costituisce un gruppo. Si prende un tabellone o una lavagna. A destra in un rettangolo si scrive l'effetto. Si traccia una linea trasversale. In alto e in basso si scrivono le cause, collegate da linee che convergono verso la linea centrale.

*Con un Brainstorming il gruppo esprime il maggior numero di cause*



# Il brainstorming "tempesta di cervelli"



- proposto da Alex Osborn negli anni Trenta, e da allora è molto usato per la produzione di idee. Si basa sul principio che le idee si innescano l'una con l'altra.

**Il procedimento è a doppio imbuto:**

**Nella fase divergente** si producono idee a ruota libera. Il conduttore stimola i presenti a proporre e vieta di fare critiche.

**Scrive per parole chiave le idee sulla lavagna.**

In un secondo momento, e con persone diverse dalle precedenti, si passa alla fase **convergente**. Le idee vengono selezionate, valutate e si arriva a scegliere le più interessanti.

Il brainstorming classico è orale. Nel caso di situazioni conflittuali si può fare scritto su bigliettini che vengono aperti a caso dai partecipanti e letti in silenzio per stimolare le proprie idee e aggiungerne altre.

**Apparecchiatura**

Lavandoscopi vecchi  
Scarsa manutenzione

**personale**

mancanza addestramento  
scarsa conoscenza strumento  
scarse conoscenze procedure

Rapido incremento n. esami  
Mancanza spazi dedicati  
Scarsa supervisione

**Ambiente  
organizzazione**

Mancanza controlli  
Scarsa pulizia manuale  
Tempistica non corretta  
Metodiche non testata  
Assenza procedure  
validate

**metodi**

# I cinque perché

- I cinque perché sono una tecnica che aiuta a scavare su un particolare argomento superando diversi strati di cause, allo scopo di trovare l'origine, la causa principale del problema.
- Lo strumento è conosciuto anche come **la Carta perché-perché** (Ammerman, 1998); il suo utilizzo consente all'analista che sviluppa una root cause analysis di addentrarsi ai diversi livelli di profondità fra le cause di un incidente.
- **Il principale scopo di questa tecnica è chiedersi costantemente perché ad ogni livello causale, progredendo così verso l'individuazione della causa più remota del problema di cui si discute.**

# I cinque perché

- La tecnica dei cinque perché può essere usata per favorire un approfondimento di pensiero **che vada oltre la prima causa ovvia** e aiuti a definire il problema e la situazione da sottoporre in analisi
- **D : PERCHÉ** il medico ha sbagliato ?
- **R : PERCHÉ** Non ha prestato attenzione ad una parte importante del problema ?
- **R :** perché era stanco
- **D : PERCHÉ** era stanco?
- **R :** perché si stava occupando contemporaneamente di due pazienti e non aveva molta esperienza
- **D : PERCHÉ** è successo ? non poteva chiedere aiuto ? Era troppo inesperto per essere assegnato a questo lavoro?
- **R :** Il medico di turno più anziano non gradisce essere disturbato di notte ed il medico coinvolto era troppo inesperto per il caso che doveva gestire
- **D : ESISTONO** Procedure che regolano il livello di training ed esperienza che i medici devono raggiungere prima di essere assegnati a determinati compiti
- **R :** Nei fatti no

# La mappa dei processi

- La mappa dei processi studia l'analisi delle cause profonde per identificare i fattori di base o causali che si nascondono dietro il verificarsi di un evento avverso grave

*L'analisi per mappa dei processi avviene in tre fasi:*

Evento sentinella	Quali sono i dettagli dell'evento ?(descrizione)
	Quando è avvenuto ? (data, giorno, ora)
	Dove è avvenuto ? (struttura)



Processo o attività in cui si è verificato	Quali sono le varie fasi del processo ? (diagramma di flusso)
	Quali fasi del processo sono coinvolte o hanno contribuito all'evento ?
Fattori umani	Quali sono i fattori umani rilevati nella determinazione dell'esito (o evento)?
Fattori legati alla strumentalizzazione	Come il funzionamento della strumentalizzazione ha influenzato l'esito (o evento)?
Fattori ambientali controllabili	Quali sono i fattori che hanno direttamente influenzato l'esito (o evento)?
Fattori esterni non controllabili	Ci sono fattori realmente al di fuori del controllo dell'organizzazione
Altro	Ci sono altri fattori che hanno direttamente influenzato l'esito(o evento)? Quali altre strutture sono coinvolte?



Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>•L'attuale dotazione organica di personale quanto si avvicina alla standard ideale?</li> <li>•il personale sanitario e/o tecnico è qualificato e competente per le funzioni che svolge ?</li> <li>-Quali sono i piani per affrontare situazioni in cui si potrebbe verificare una riduzione del personale</li> <li>•Come si può migliorare l'orientamento e l'addestramento del personale interno?</li> </ul>
Gestione dell'informazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Qual è il grado di disponibilità accuratezza e completezza di tutte le informazioni quando si rendono necessarie</li> <li>•Quando è adeguata la comunicazione tra il personale delle aree/servizi coinvolti?</li> </ul>
Gestione delle condizioni ambientali	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Quando sono appropriate le condizioni ambientali, fisiche per i processi assistenziali che vi si svolgono?</li> <li>-Quali modalità di risposta a emergenza o varie sono state pianificate e testate?</li> </ul>
Dirigenza, leadership, cultura condivisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Esiste un orientamento positivo alla identificazione e riduzione dei rischi ?</li> </ul>
Promozione della comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Quali sono le barriere che si oppongono alla comunicazione dei potenziali fattori di rischio?</li> </ul>
Comunicazione chiara delle priorità	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Con quale enfasi viene comunicata le priorità della prevenzione degli eventi avversi?</li> </ul>
Fattori non controllabili	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cosa può essere fatto per proteggersi dagli effetti non controllabili?</li> </ul>

- Si parla di "*nursing malpractice*" quando un infermiere commette un errore che reca danno al paziente e questo errore è uno di quelli che un infermiere sufficientemente attento non avrebbe commesso in una situazione analoga
- Il termine "*nursing malpractice*" non è riferito solo ad errore di "manualità" ma è anche ascrivibile, per esempio alla mancata individuazione e registrazione di un bisogno di assistenza infermieristica, **COME POTREBBE ESSERE QUELLO DEL RISCHIO DI SVILUPPO DI ULCERE DA PRESSIONE NEL CASO DI UN PAZIENTE IMMOBILIZZATO**
- La consapevolezza è che molti errori nelle somministrazioni di farmaci, le infezioni contratte durante la degenza ospedaliera, le cadute, le ulcere da pressione **SONO SICURAMENTE IMPUTABILI IN BUONA PARTE AL COMPORTAMENTO NEGLIGENTE DELL'INFERMIERE.**

- **Perché si sbaglia**
- Carico di lavoro eccessivo
- Supervisione inadeguata
- Tecnologie e strutture edilizie inadeguate
- Comunicazione inadeguata tra operatori
- Competenze o esperienze inadeguate
- Ambiente di lavoro stressante
- Recente e rapida modificazione dell'ambiente di lavoro
- Obiettivi in conflitto (limiti economici dell'assistenza ed esigenze cliniche)

- **Comportamenti e situazioni a rischio**
- Il cambio di turno e di consegua, sia per il medico, sia per l'infermiere
- Pazienti che ritornano per una visita non programmata
- Pazienti trasferiti da un'altra struttura che si rivelano più gravi del previsto
- Pazienti che, per vari motivi, lasciano l'ospedale contro il parere del medico
- Pazienti che lasciano il p. s. senza essere visitati
- Prestazioni eseguite da medici giovani o in formazione, senza supervisione di un responsabile
- Consigli telefonici senza visitare il paziente
- Mancanza di comunicazione

## Alcune categorie specifiche di errori infermieristici

<b>ERRORI NELLA TEMPISTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RITARDO NEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO</li><li>• RITARDO NELLA DIAGNOSI</li><li>• ALTRI RITARDI ORGANIZZATIVI/GESTIONALI/LOGISTICI</li></ul>
<b>ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malfunzionamento dovuto all'utilizzatore</li><li>• USO IN CONDIZIONI NON APPROPRIATE</li><li>• MANUTENZIONE INADEGUATA</li><li>• PULIZIA NON CORRETTA</li><li>• UTILIZZO OLTRE I LIMITI DI DURATA PREVISTI</li></ul>
<b>ERRORE NELL'USO DEI FARMACI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ERRORE DI PRESCRIZIONE</li><li>• ERRORI DI PREPARAZIONE</li><li>• ERRORI DI TRASCRIZIONE</li><li>• ERRORI DI DISTRIBUZIONE</li><li>• ERRORI DI SOMMINISTRAZIONE</li><li>• ERRORI DI MONITORAGGIO</li></ul>

- **Strategie di base per la gestione del rischio:**

*Messa in atto delle conoscenze (sapere)*

*Messa in atto dell'abilità tecnica (saper fare)*

*Messa in atto di comportamenti relazionali che facilitano il processo di guarigione (saper essere)*

*Ricerca e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi assistenziali*

Per Gestire il rischio clinico l'infermiere deve avere:

**"Il Governo dell'assistenza"**

## **L'ASSISTENZA PUÒ ESSERE GOVERNATA**

utilizzando il processo di Assistenza (Nursing) metodo scientifico e sistematico per la individuazione e risoluzione dei problemi infermieristici e con l'aiuto di strumenti operativi (protocolli, procedure e linee guide), basate sulle più aggiornate ricerche scientifiche, **che** permettono di standardizzare gli interventi infermieristici

Bisogni di assistenza infermieristica	Per ogni bisogno una prestazione inferm
1. Bisogno di respirare	Assicurare la respirazione
2. Bisogno di alimentarsi e idratarsi	Assicurare l'alimentazione e l'idratazione
3. Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale	Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
4. Bisogno di igiene	Assicurare l'igiene
5. Bisogno di movimento	Assicurare il movimento
6. Bisogno di riposo e sonno	Assicurare il bisogno di riposo e sonno
7. Bisogno di mantenere la funzione cardio-circoatoria	Assicurare la funzione cardio-circolatoria
8. Bisogno di ambiente sicuro	Assicurare un ambiente sicuro
9. Bisogno di interazione nella comunicazione	Assicurare l'interazione nella comunicazione
10. Bisogno di procedure terapeutiche	Applicare le procedure terapeutiche
11. Bisogno di procedure diagnostiche	Eseguire le procedure diagnostiche



# La pianificazione dell'assistenza e gli strumenti di standardizzazione nella gestione del rischio clinico

## Standardizzazione

*“ processo finalizzato ad uniformare attività e prodotti sulla base di norme o modelli di riferimento ”*

# strumenti di standardizzazione

- **Procedure**
- **Percorsi clinico- assistenziali**  
(clinical pathway)
- **Linee guida**
- **Protocolli infermieristici**

# strumenti di standardizzazione

- **Procedura infermieristica**

è considerata la forma di standardizzazione più elementare finalizzata **AL CONTROLLO DELLA QUALITÀ TECNICA DI UNA SEQUENZA LINEARE DI COMPORTAMENTI**

**La procedura formalizza:**

**una tecnica infermieristica semplice** ad es:

l'iniezione intramuscolare, il rilievo della temperatura corporea

**una tecnica infermieristica complessa** ad es: il monitoraggio dei parametri clinici nel post- operatorio, la valutazione dello stato di nutrizione

# strumenti di standardizzazione

- **Il percorso clinico assistenziale** ( clinical pthwey) che alcuni autori chiamano anche **Protocollo**:

**Prestabilisce:** un determinato campo d'azione quale potrebbe essere l'iter diagnostico terapeutico ed assistenziale da attivare a fronte di una situazione clinica tipica

*Es: può essere codificato il percorso necessario alla preparazione ad un determinato intervento chirurgico o ad una determinata indagine diagnostica oppure l'iter per recuperare l'autonomia nell'alimentazione e nel movimento delle persone colpite da ictus*

Poiché spesso non é possibile separare nettamente la competenza medica da quella infermieristica, un efficace strategia per la costruzione dei c. p. è rappresentata dall'approccio multidisciplinare.

- **Linea guida secondo "l'American Institute of medicine"**

*"insieme di raccomandazioni sviluppate in modo sistematico allo scopo di sostenere medici, infermieri ed utenti nelle decisioni da prendere"*

La L. G. non viene concepita come uno schema di sequenze comportamentali da seguire e applicare in modo rigido, ma come una sintesi ragionata delle migliori informazioni disponibili

# Protocolli di assistenza

- CON IL TERMINE PROTOCOLLO SI FA RIFERIMENTO ALLO "STRUMENTO" CHE FORMALIZZA LA SUCCESSIONE DI UN INSIEME DI AZIONI CON LE QUALI L'INFERMIERE RAGGIUNGE UN DETERMINATO OBIETTIVO DEFINITO NELL'AMBITO DELLA PROFESSIONE

**Grazie**