

La sorveglianza della mortalità materna in Italia:
Validazione del progetto pilota e prospettive future

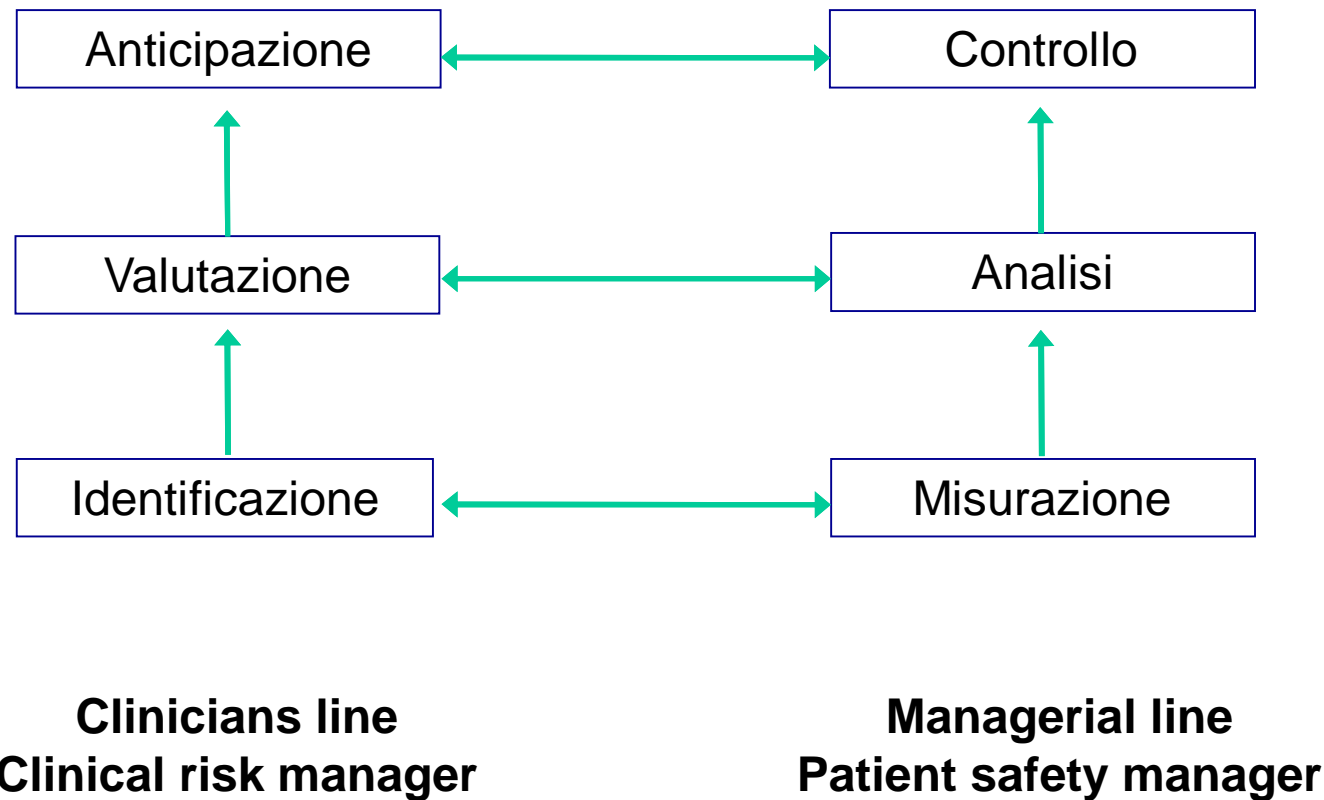
Integrazione con la rete del rischio clinico

Roma, 5 Marzo 2014

Riccardo Tartaglia, MD, OM, Eur-Erg
rischio.clinico@regione.toscana.it

www.regione.toscana.it

Modello di gestione del rischio clinico



Bellandi, Albolino Tartaglia et al. In Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety, 2011

Albolino S, Tartaglia R, Bellandi T, BMJ QSHC, 2010

Investigazione di errori ed eventi avversi

Metodo di studio	Vantaggi	Svantaggi
<i>Morbidity and mortality meetings</i> e autopsie	Possono suggerire fattori contribuenti Familiare agli operatori sanitari	Bias retrospettivo Bias di segnalazione Focalizzato sugli errori diagnostici Poco usato
Analisi dei casi/ delle cause profonde	Possono suggerire fattori contribuenti Approccio sistemico strutturato Comprende dati recenti da interviste	Bias retrospettivo Tende a focalizzarsi su eventi gravi Insufficientemente standardizzato nella pratica
Analisi delle denunce	Fornisce molteplici punti di vista (pazienti, operatori, legali)	Bias retrospettivo Bias di segnalazione Fonti dei dati non standardizzate
Sistemi di segnalazione degli errori	Fornisce molteplici punti di vista nel corso del tempo Può far parte delle procedure di routine	Bias di segnalazione Bias retrospettivo

Adattata da Thomas, Petersen, 2003

Edizione Italiana %Patient safety+, 2012

Misura di errori ed eventi avversi

Metodo di studio	Vantaggi	Svantaggi
Analisi dei dati amministrativi	Dati facilmente disponibili Non costoso	Può basarsi su dati incompleti e inesatti I dati sono disgiunti dal contesto clinico
Revisione della documentazione clinica/ delle cartelle cliniche	Dati facilmente disponibili Di uso comune	Valutazioni sugli eventi avversi non affidabili Documentazione clinica incompleta Bias retrospettivo
Revisione della documentazione clinica in formato elettronico	Non costoso, dopo l'investimento iniziale Monitoraggio in tempo reale Integrazione di molteplici fonti di dati	Possibilità di errori nella programmazione e nell'inserimento dei dati Implementazione costosa
Osservazione delle cure prestate al paziente	Potenzialmente accurato e preciso Fornisce dati non altrimenti reperibili Scopre più errori attivi degli altri metodi	Richiede molto tempo ed è costoso Difficoltà di formare osservatori affidabili Potenziali problemi di confidenzialità Possibile sovrabbondanza di informazioni
Sorveglianza clinica attiva	Potenzialmente accurato e preciso per gli eventi avversi	Richiede molto tempo ed è costoso

Adattata da Thomas, Petersen, 2003

Edizione Italiana %Batiet safety+, 2012

Eventi avversi, eventi sentinella, compensazioni

In un anno, in Toscana

Studio delle cartelle cliniche

-Quanto sono gli eventi avversi?

Circa 35.000 (3% ostetricia) 50% prevenibili

Segnalazione sistema SIMES

-Quante sono gli eventi sentinella segnalati?

Circa 50 di cui 6 in ostetricia

Richieste di risarcimento dei cittadini

-Quanti sono le richieste di risarcimento?

Circa 1500 di cui circa 100 in ostetricia

Tartaglia, 2013



The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review

E N de Vries, M A Ramrattan, S M Smorenburg, D J Gouma and M A Boermeester

Qual. Saf. Health Care 2008;17:216-223
doi:10.1136/qshc.2007.023622

Reference	Wilson <i>et al</i> ⁹	Thomas <i>et al</i> ²	Vincent <i>et al</i> ²⁶	Davis <i>et al</i> ²⁴	Baker <i>et al</i> ¹	Median percentage (interquartile range)
No. of adverse event/total no. of records	2353/14 179	475/14 700	119/1 014	850/6 579	289/3 745	–
Surgical	1375 (58.4)	298 (62.7)	94 (79.0)	489 (57.5)	149 (51.4)	58.4 (54.5 to 70.9)
Surgery not otherwise specified	–	219 (46.1)	–	–	–	–
General surgery	317 (13.5)	–	47 (39.5)	–	–	26.5 (13.5 to 39.5)
Orthopaedic surgery	285 (12.1)	–	40 (33.6)	–	–	22.9 (12.1 to 33.6)
Obstetrics	140 (5.9)	44 (9.2)	7 (5.9)	–	–	5.9 (5.9 to 9.2)
Gynaecology	134 (5.7)	32 (6.7)	–	–	–	6.2 (5.7 to 6.7)

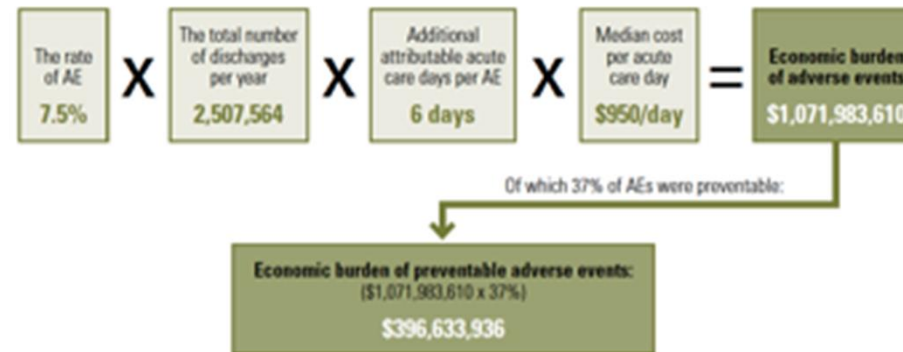
Quanti eventi avversi in ostetricia?

Rassegna di studi retrospettivi basata sulla revisione di cartelle cliniche

Nello studio italiano 4% ea in ostetricia

Country	Author	Admissions	AE	% prevenibility
UK	Vincent, 1999	1014	10,8	48
Denmark	Sholer, 2002	1097	9	40
France	Michel, 2005	6754	5,1	35
Spain	Aranaz, 2009	5624	9,3	46
Holland	Zegers, 2009	8400	5,7	40
Sweden	Scoop, 2010	1967	12,3	70
Italy	Tartaglia, 2012	7573	5,2	57

Il costo degli eventi avversi in Toscana



$$\text{SST} \quad 5,3\% \times 426.056 \times 11 \times \text{€ } 902 = \text{€ } 224.048.364,49$$

Preventable adverse events 53,2%
€ 125.915.180,84

Canadian Patient Safety Institute, 2012 – The Economics of Patient Safety in Acute Care

Albolino S, Bellandi T, Tartaglia R, ISQUA International conference, 2013

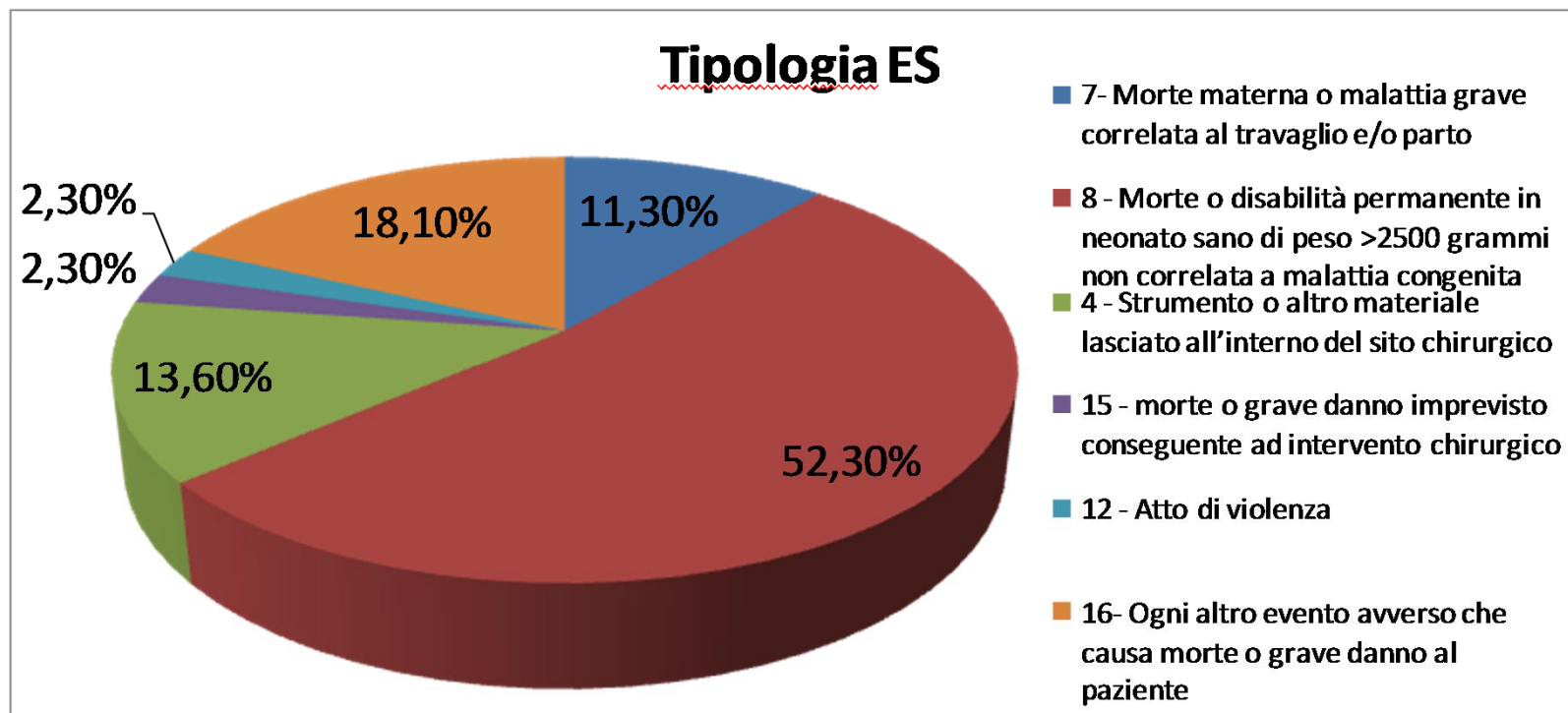
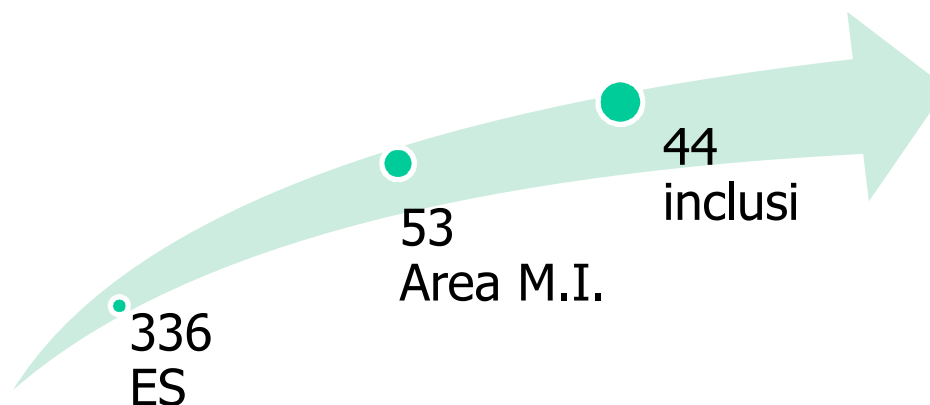
Eventi avversi in ostetricia

Città	EA %	N° ricoveri
Pisa	2,0%	1521
Bari	3,4%	1481
Milano	2,0%	1498
Roma	2,1%	1453
Firenze	5,3%	1512

Tartaglia et al. 2013

Eventi sentinella in Toscana

2007-2014



Qualità audit

Qualità	%	n.
Non valutabili (n.v. - 0)	11,4%	5
Bassa (1- 4)	31,8%	14
Media (5-7)	38,6%	17
Alta (8-10)	18,1 %	8

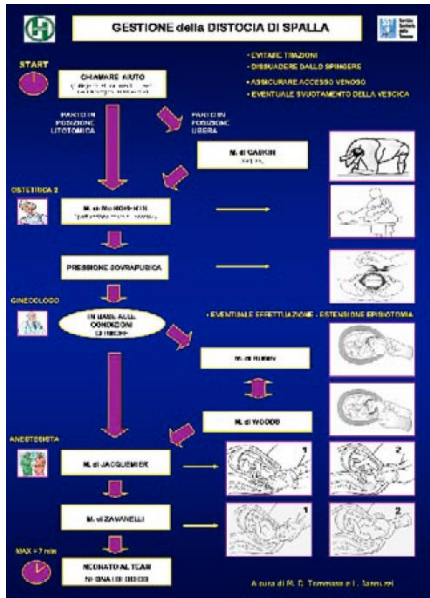
Criticità ed esito

Cause e fattori contribuenti	%	n.
Comunicazione	38%	8
Fattore umano	28,6%	6
Ambiente	14,3%	3
Strumenti	0%	0
Farmaci	14,3%	3
Linee guida, procedure e pratiche sicurezza	38,1%	8
Tecnologie e barriere	4,7%	1

Outcome	%	n.
1- morte	68,1%	30
2- disabilità permanente	2,3%	1
6- trasferimento in TI	6,8%	3
7- reintervento	11,4%	5
11- Altro	11,4%	5

Supporto cognitivo pratiche per la sicurezza

Poster distocia di spalla



DVT/PE valutazione

SNLG-Regioni - Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati

Algoritmo per la definizione del rischio tromboembolico in Chirurgia ginecologica

Nome _____ Cognome _____ Età < 40 40-59 ≥ 60

Motivo dell'intervento _____ 60-74 ≥ 75

CLASSIFICAZIONE DELL'INTERVENTO RISPETTO AL RISCHIO DI TVP

Chirurgia a rischio basso <input type="checkbox"/>	Chirurgia a rischio medio <input type="checkbox"/>	Chirurgia a rischio elevato <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asportazione cervice uterale <input type="checkbox"/> Biopsia cervicale <input type="checkbox"/> Biopsia vaginale <input type="checkbox"/> Biopsia salivare <input type="checkbox"/> Conizzazione <input type="checkbox"/> Ecisione cisti ghiandole del Bartolino <input type="checkbox"/> Polipectomia <input type="checkbox"/> Saccinamento diagnostico dell'utero <input type="checkbox"/> Revisione cavità uterina	<input type="checkbox"/> Annesiostomia <input type="checkbox"/> Colpoisterectomia e connesso plastiche vaginali <input type="checkbox"/> Ecisione cisti ovarica <input type="checkbox"/> Laparoscopia estesa <input type="checkbox"/> Laparoscopia estesa connesso annessiostomia <input type="checkbox"/> Miomectomia <input type="checkbox"/> Plastica vaginale anteriore e/o posteriore	<input type="checkbox"/> Laparotomia radicale connesso linfadenectomia <input type="checkbox"/> Laparotomia totale con linfadenectomia <input type="checkbox"/> Linfadenectomia pelvica <input type="checkbox"/> Linfadenectomia lo mioarctica <input type="checkbox"/> Vulvectomia radicale

FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI PER MALATTIA TROMBOEMBOLICA

1 punto per item	1.5 punti per item	3 punti per item
<input type="checkbox"/> Malattia infiammatoria intestinale cronica <input type="checkbox"/> Insufficienza respiratoria/BPCO ricattizzata <input type="checkbox"/> Infarto miocardico acuto <input type="checkbox"/> Obesità (BMI > 30) <input type="checkbox"/> Pillola contraccettiva e terapia ormonale sostitutiva post-menopausa dal primo mese di assunzione e per 30 giorni dalla sospensione <input type="checkbox"/> Trombofilia congenita eterozigote* <input type="checkbox"/> Vena impotante (insufficienza venosa cronica) <input type="checkbox"/> Storia familiare di malattia tromboembolica venosa <input type="checkbox"/> Presenza di COC <input type="checkbox"/> Sindrome nefrotica <input type="checkbox"/> Recente (< 1 mese) chirurgia e/o trauma <input type="checkbox"/> Malattia infettiva acuta <input type="checkbox"/> Apparecchio gessato arti inferiori	<input type="checkbox"/> Immobilità (> 3 giorni) <input type="checkbox"/> 2 punti per item <input type="checkbox"/> Empiemia o paraplegia da danno neurologico <input type="checkbox"/> Cancro in fase attiva <input type="checkbox"/> Insufficienza respiratoria con ventilazione meccanica non invasiva <input type="checkbox"/> Chemioterapia o radioterapia o immunoterapia <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco III o IV classe NYHA <input type="checkbox"/> Storia personale di tromboembolia venosa <input type="checkbox"/> Trombofilia congenita maggiore** <input type="checkbox"/> Sindrome da anticorpi antifosfolipidi <input type="checkbox"/> Sindrome mieloproliferativa <input type="checkbox"/> Sepsì <input type="checkbox"/> Gravidanza o puerperio (< 6 settimane dal parto)	<input type="checkbox"/> Trauma grave (soprattutto con fratture di colonna vertebrale, pelvi, arti inferiori)

Rischio globale = **TOTALE**

* Eterozigosi per fattore V Leiden o protrombina G20210A
 ** Difetto di antitrombina, proteina C, proteina S, omozigosi per fattore V Leiden o protrombina G20210A o coppia eterozigosi

La sepsi è un'emergenza: ogni ora che passa conta!

Ogni ora risparmiata può ridurre la mortalità dell'8%!

Se osservi:

- Confusione mentale
- Apatia
- Febbre
- Brividi o tremore

Il paziente appare:

- Bradipnea o tachipnea
- Ha la pressione del sangue bassa
- La frequenza del polso è rapida
- La diuresi è scarsa
- Le estremità sono fredde
- La pelle è grigiasta e marezzata

Se sospetti la sepsi:

- 1 Un accesso venoso ed emocolture
- 2 Antibiotici ad ampio spettro
- 3 Rianimazione con fluidi abbondanti
- 4 Altri esami
- 5 Controllo della sorgente d'infezione

La sepsi si presenta quando la risposta del corpo ad una infezione danneggia i propri tessuti ed organi. La sepsi può portare allo shock, alla insufficienza multipla degli organi ed alla morte, specialmente se non è riconosciuta rapidamente e prontamente trattata.

Studio 1 - SIRS: una infezione localizzata, per esempio nel polmone, sprigiona i marcatori di disse shock dal corpo ed i organi per ogni 1 ora la morte da loro prodotta raddoppia il suo (doppio della infezione ed aumento del sistema circolatorio. Questo porta ad una risposta infiammatoria generalizzata chiamata SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome).

Studio 2 - SEPSI: la funzione dei singoli organi comincia a deteriorarsi e può completamente diventare insufficiente.

Studio 3 - SHOCK SETTICO: parecchi organi smettono di funzionare uno dopo l'altro o simultaneamente e l'insufficienza circolo-circolatoria porta ad una improvvisa caduta della pressione sanguigna. I medici chiamano questo evento shock settico.

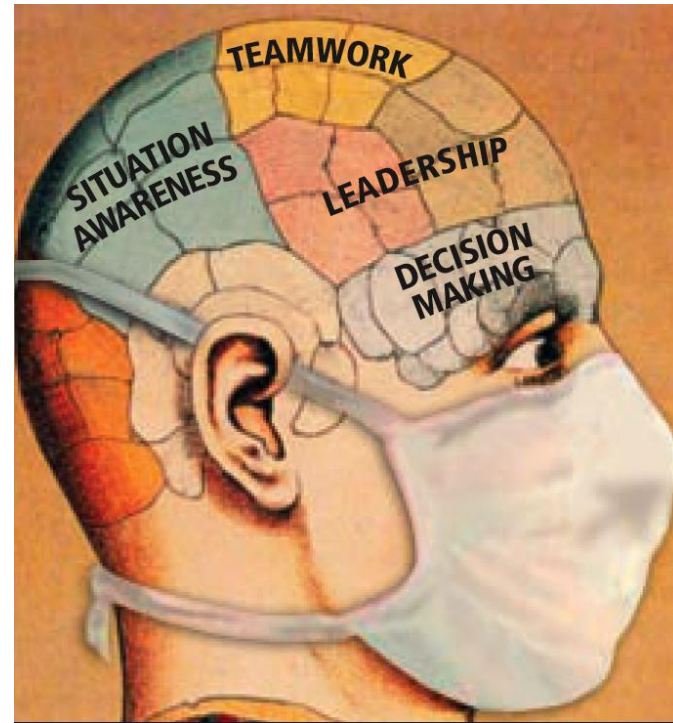
Questo documento è ad uso esclusivo degli operatori sanitari

sepsi score



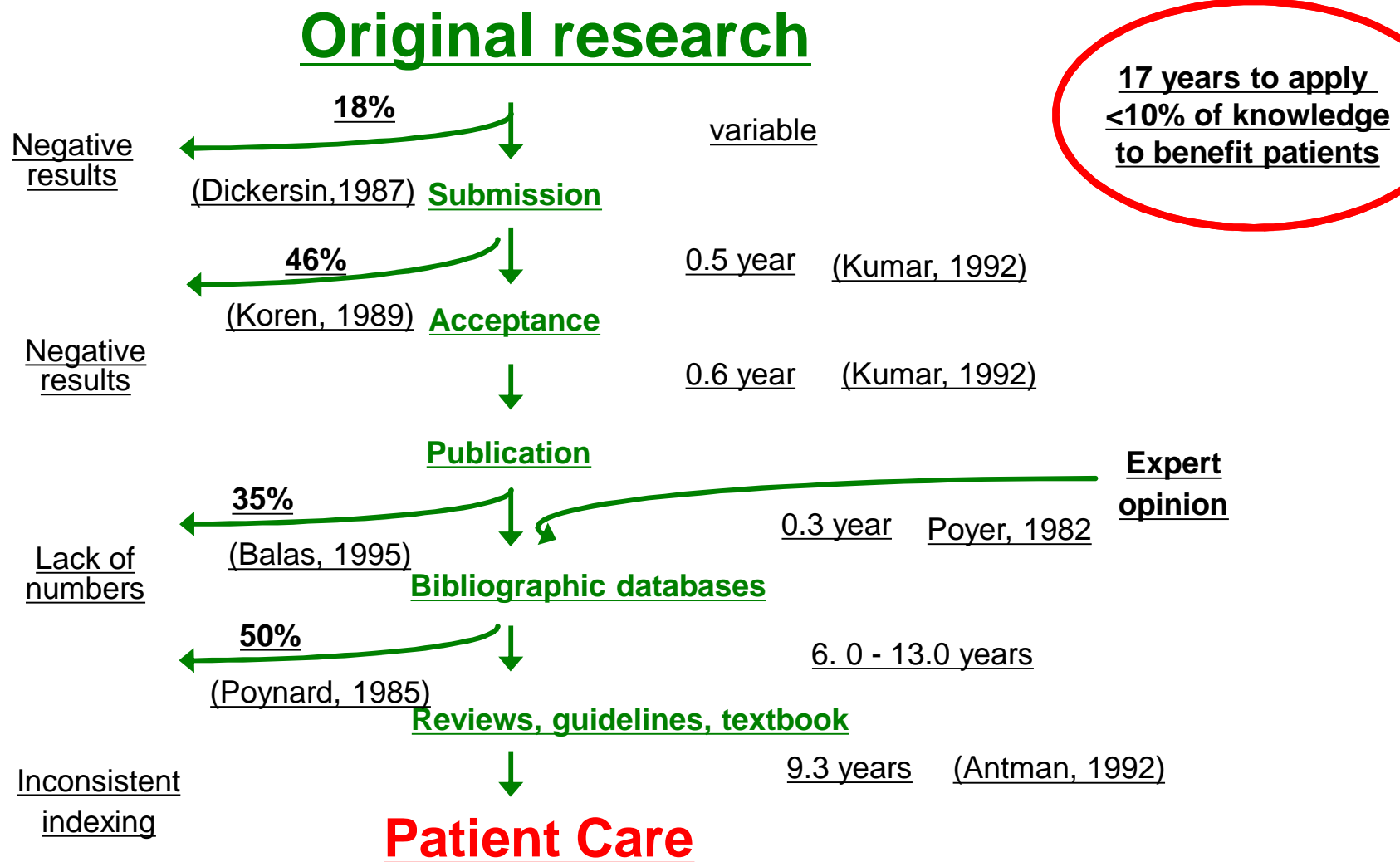
Non technical skills

- Communication e Teamwork
- Leadership
- Decision making
- Stress management
- Situation awareness



S. Yule, R. Flin, S. Paterson-Brown, N. Maran
Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature *Surgery*, 2009, 139 (2): 140-149

Dalla ricerca originale alla sicurezza del paziente



[DONATE](#) [HELP STOP EBOLA](#)

عربي 中文 **English** Français Русский Español

World Health Organization

[Home](#) [Health topics](#) [Data](#) [Media centre](#) [Publications](#) [Countries](#) **[Programmes](#)** [About WHO](#)

Patient safety

[Patient safety](#)
[Research](#)
[Campaigns](#)
[Education & training](#)
[Implementing change](#)
[Patient engagement](#)
[Information centre](#)



Photograph reproduced with kind permission of UNICEF: © UNICEF/NYHQ2005-2410/Anita Khemka

Safe Childbirth Checklist

[Share](#) [Print](#)

Quick links

- [Safe Childbirth Checklist page](#)
- [Participating in the Collaboration](#)
- [Registration page](#)
- [How to share feedback](#)
- [Copyright and disclaimers](#)


PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA WHO

Al momento i paesi coinvolti sono:
 Argentina Bangladesh, Brasile, Cina, Colombia, Egitto,
 Germania, India, Iran; **Italia (Cuneo, Firenze)** Libano,
 Messico Nigeria Pakistan Peru Filippine, Spagna Sri
 Lanka Sudan UK e Irlanda Tanzania, USA, Uruguay

WHO SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST

Before Birth

SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST - PILOT EDITION



World Health
Organization

1. On admission

Does Mother need referral? Check your facility's criteria

No
 Yes, organized

Partograph started? Start plotting when cervix ≥ 4 cm, then cervix should dilate ≥ 1 cm/hr

No: Will start when ≥ 4 cm
 Yes

Does Mother need to start:

Antibiotics? Give antibiotics to Mother if any of:

No
 Yes, given

Magnesium sulfate? Give magnesium sulfate to Mother if any of:

No
 Yes, given

Antiretrovirals? Give antiretrovirals to Mother if any of:

No, confirmed HIV negative
 Yes, given
 If status unknown, HIV test ordered

Confirm supplies are available to clean for each vaginal exam

Encourage Birth

2. Just before pushing (or before Caesarean)

Does Mother need to start:

Antibiotics? Give antibiotics to Mother if any of:

No
 Yes, given

Magnesium sulfate? Give magnesium sulfate to Mother if any of:

No
 Yes, given


Confirm essential supplies are at bedside and prepare for:

for Mother Prepare to call for help

Gloves
 Alcohol-based handrub or soap and clean
 Oxytocin

WHO SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST COLLABORATIVE

For more information, please visit www.who.int/patientsafety



Photograph reproduced with kind permission from UNICEF. © UNICEF/NYHQ2005-24/10/Anita Khemka

CHECKLIST SALA PARTO SPERIMENTALE

SPERIMENTALE

Check list parto



PRE PARTO

Accoglienza	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Presentazione staff <input type="checkbox"/> Identificazione paziente <input type="checkbox"/> Posizionamento tracciato cardiocografico <input type="checkbox"/> Compilazione modulistica <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali	Consegne ostetriche, STU, STU neonato	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Identificazione rischio		
<input type="checkbox"/> Partogramma	Dilatazione > 4 cm: - ogni 4 ore rilevazione parametri vitali	
<input type="checkbox"/> Terapia antibiotica	Sempre in caso di tampone positivo (vedi protocollo)	
<input type="checkbox"/> Terapia antipertensiva	In caso di pressione diastolica > 100 mmHg	
<input type="checkbox"/> Terapia retrovirale	Se esiste indicazione per paziente sieropositivo	
<input type="checkbox"/> Richiesta parto analgesia	Avvisare medico ginecologo di guardia e anestesista Presenza box epidurale	

IDENTIFICAZIONE MADRE

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

N° braccialetto:

INTRAPARTO

Parto spontaneo	<input type="checkbox"/> O	
<input type="checkbox"/> Presidi necessari all'assistenza al parto <input type="checkbox"/> Chiamata seconda ostetrica	- carrello presidi medici - pacco partocassetta parto - bolo 10 UI di ossitocina	
<input type="checkbox"/> Presidi necessari all'assistenza del neonato	- asciugamani puliti e caldi, cord clamp, - braccialetto identificativo mamma/neonato - Isola neonatale pronta > eventuale assistenza (culetta termica accesa da almeno 15 minuti, aspiratore acceso con sondini di varie dimensioni, erogatore ossigeno acceso con maschera di varie dimensioni, sistema di reclutamento alveolare)	
<input type="checkbox"/> Emogas		
Secondamento	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Perdite ematiche <input type="checkbox"/> Tono uterino	Se la perdita è > 500 ml: massaggio uterino, procurarsi farmaci uterotonici, individuare la causa dell'emorragia, chiamare ginecologo	
<input type="checkbox"/> Terapia antibiotica	In caso di secondamento manuale	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	Pa, Fc	
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Consegne ostetriche STU neonato partogramma registro parto	

IDENTIFICAZIONE FIGLIO

Cognome:

Nome:

Data e ora di nascita:

N° braccialetto:

POST PARTO

Dopo 30 minuti	<input type="checkbox"/> O	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali neonato	Se Pv non regolari: - allertare il pediatra - portare il bambino nell'isola neonatale	
<input type="checkbox"/> Pelle a pelle <input type="checkbox"/> Allattamento	Avvertire un operatore se: sussiste sanguinamento massivo, severo dolore addominale, severo mal di testa, disturbi visivi, difficoltà respiratorie. In caso il bambino presenti difficoltà respiratorie, cianosi	
<input type="checkbox"/> Raccomandazione alla madre		
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Cartella neonatale	
Dopo 2 ore / Madre	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Perdite ematiche <input type="checkbox"/> Tono uterino	Se la perdita è > 500 ml: massaggio uterino, procurarsi farmaci uterotonici, individuare la causa dell'emorragia e allertare il ginecologo	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	Pa, Fc, SpO2	
<input type="checkbox"/> Terapia antibiotica	Se > 38°C: iniziare tp antibiotica	
<input type="checkbox"/> Valutazione VAS	Se VAS > 4: tp antidolorifica Se VAS < 4: rimozione eventuale catetere epidurale	
Dopo 2 ore / Neonato	<input type="checkbox"/> O	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Osservazione <input type="checkbox"/> Profilassi	Se Pv non regolari: - allertare il pediatra - portare il bambino nell'isola neonatale	
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Consegne ostetriche STU neonato cartella neonatale visita post partum	
<input type="checkbox"/> Telefonata reparto di degenza		

Grazie per l'attenzione