

# Premio Qualità 2011

PRONTO SOCCORSO e MEDICINA D'URGENZA

REPORT

2011

“La comunicazione nell’area dell’emergenza pediatrica: i requisiti quali quantitativi a supporto della gestione della sicurezza e della qualità delle cure”.

## PERCHE' QUESTO PROGETTO?



Evidenze a favore della necessità di migliorare l'efficacia della comunicazione::

### PUNTO 1

I dati evidenziati dal report MARSH 2007 relativi alla mappatura del rischio clinico presso il nostro Istituto hanno evidenziato particolare criticità nell'ambito della comunicazione interna tra gli operatori .

**Mappatura del Rischio Clinico attraverso gli Standard Marsh -  
Istituto Giannina Gaslini - IRCCS- 30 Aprile 2007**

**“Standard 2: Comunicazione ed orientamento all'utente.....**

**..... 2.3 Evidenza di un buon livello di comunicazione interna tra gli operatori sanitari e tra le U.O. 45%.....”**

## PERCHE QUESTO PROGETTO?



### PUNTO 2

**Pronto Soccorso “Qualità percepita dall’utente (Questionari)” :**  
**Dati 2006-2009: “buon livello di comunicazione”**

- tra utenti e personale medico oscillante tra **60-85%** e tra
- tra utenti e personale infermieristico oscillante tra **75-85%**

### PUNTO 3

**Il programma di miglioramento secondo JCI prevede il miglioramento continuo degli standard relativi alla comunicazione, alla gestione del rischio clinico e all’analisi proattiva del rischio attraverso FMEA e FMECA.**

**IN COERENZA CON PIANO STRATEGICO “OSPEDALE SICURO”**

## PERCHE' QUESTO PROGETTO?

**IN SOSTANZA** la comunicazione è una competenza che permette all'operatore di **garantire la sicurezza del paziente** in quanto consente la trasmissione di informazioni e dati che incidono sull'**outcome prestazionale dell'equipe multiprofessionale.**



## **METODOLOGIA IN SINTESI:**



**1) ANALISI ORGANIZZATIVA DEL PROCESSO DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI CLINICO-ASSISTENZIALI del personale medico - infermieristico del Pronto soccorso e Medicina d'urgenza**

**al fine di misurare i requisiti quali/quantitativi da implementare per migliorare la COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA.**

**2) IDENTIFICAZIONE delle aree di miglioramento nell'ambito della comunicazione sulla base degli standard JCI.**

**3) CARATTERE MULTIPROFESSIONALE: ha partecipato al gruppo di lavoro la componente medica, la componente infermieristica e il personale di supporto.**

## METODOLOGIA E CRONOPROGRAMMA:

durata progetto 2 anni (Giugno 2009-Giugno 2011); articolazione in 5 fasi:

- FASE 1 (2009).

**IDENTIFICAZIONE DEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI E SUBPROCESSI** correlati alla accettazione, al ricovero e alla dimissione ospedaliera del bambino, che accede al Pronto Soccorso e alla Medicina D'Urgenza. Suddivisa in 4 steps: Brainstorming con gli operatori, Focus Group, job description , sottoscrizione vulnerabilità

- FASE 2 (2009)

**ANALISI DELLE VULNERABILITÀ ORGANIZZATIVE** con tecnica Health care Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA )

- FASE 3 (2009).

**IDENTIFICAZIONE DEI REQUISITI COMUNICATIVI** atti a supportare i processi e garantire la safety dei bambini in ospedale (HFMEA)

- FASE 4 (2009-2010)

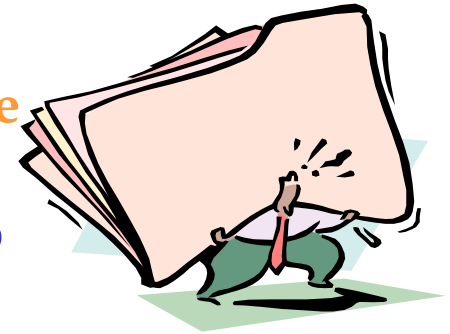
**IDENTIFICAZIONE E MESSA IN ATTO AZIONI CORRETTIVE** volte alla riduzione dei deficit di comunicazione

- FASE 5 (2010-2011):

**EVIDENZA RISULTATI CONSEGUITI:** riduzione IPR e miglioramento qualità percepita

## METODOLOGIA

**FASE 1: Identificazione dei processi clinico-assistenziali e subprocessi correlati alla accettazione, al ricovero e alla dimissione ospedaliera del bambino che accede al Pronto Soccorso e alla Medicina D'Urgenza.**



Tale fase è stata articolata in 4 steps :

### *I° STEP: brainstorming*

**incontro su base volontaria del team assistenziale e analisi requisiti qualitativi e quantitativi della comunicazione nell'area dell'emergenza pediatrica.**

### *II° STEP: Analisi dei processi comunicativi con Job description*

- **processi comunicativi principali e sotto processi riferibili all'area clinico-assistenziale;**
- **per ogni sotto processo dell'area specifica sono state elencate le principali attività inerenti la comunicazione scritta e orale, le modalità operative, i possibili modi di errore e le principali cause.**

• **I dati ottenuti attraverso le job description sono stati differenziati, in sede di analisi, per figura professionale**

## Job description: dettaglio

PROVENIENZA	FIGURA PROFESSIONALE	TURN O	ATTIVITA'
			PASSAGGIO ORALE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE AL TURNO DI NOTTE
			RISPOSTA ALLE CHIAMATE DA PARTE DEI DEGENTI E O PARENTI
<b>PRONTO SOCCORSO SALETTA MEDICO-CHIRURGICA</b>	<b>INFERMIERE PEDIATRICO</b>	<b>MATTIN A</b>	CONTROLLO FUNZIONAMENTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
			ACCOGLIENZA PAZIENTI
			GESTIONE INFERMIERISTICA DEI PAZIENTI CHE SI STANNO
			SOTTOPONENDO A VISITA ESECUZIONE/ INVIO PRELIEVI EMATICI
			ESECUZIONE EVENTUALE TERAPIA PRESCRITTA
			ESPLETAMENTO PRATICHE BUROCRATICHE RELATIVE ALLE VARIE VISITE DI CONSULENZA
			INFORMAZIONI RISPETTO ALLE RICHIESTE DEI GENITORI
			COMPILAZIONI SCRITTA DELLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE SU SCHEDA



## METODOLOGIA

## FASE 1:

### II STEP :

#### Analisi dei processi comunicativi (Job description)

**Risultati:** i dati ottenuti hanno documentato

- modello organizzativo strutturato prevalentemente “per compiti”
- modalità di trasferimento dell’informazione che spesso implica il passaggio orale delle consegne;
- presenza di strumenti progettati per raccogliere, guidare, standardizzare e rintracciare tali informazioni non sono sempre adeguati.

## METODOLOGIA

### FASE 1:

#### III STEP : *Focus Group sulle vulnerabilità comunicative.*

Le attività di focus hanno prodotto, per ogni sub processo analizzati, la focalizzazione di alcuni elementi critici della comunicazione scritta e orale.



#### RISULTATI:

I dati del focus e di quanto ottenuto anche dagli strumenti iconografici sono stati oggetto categorizzati e tradotti in dati. Sono emerse 29 categorie di attività vulnerabili e/o criticità ciascuna delle quali è stata codificata in base alla misura della incidenza e ripetizione della medesima vulnerabilità/criticità da parte del personale.

## Focus Group:dettaglio

CATEGORIA	KEY WORDS	VULNERABILITA' EMERSE
<b>SCHEDA DI ACCOGLIENZA</b>	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Troppo generica e interpretabile               <ul style="list-style-type: none"> <li>•Strumento non elaborato dal personale inf.co</li> <li>•Non idonea per patologie acute</li> <li>•Contiene "voci" non necessarie</li> </ul> </li> </ul>
<b>DIARIO INFERMIERISTICO</b>	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Percezione errata rispetto alla compilazione sistematica dei dati in possesso ("è bello perché ciascuno è libero di scrivere ciò che vuole)</li> <li>•Si completa a voce</li> </ul>
	COMPILAZIONE	<p>Si compila solo a fine turno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Si completa solo se presenti casi problematici</li> </ul>
	TRASMISSIONE DATI	Mancata considerazione dello strumento da parte dello staff medico
<b>SCHEDA DI TRASFERIMENTO</b>	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	<p>Poco comprensibile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Interpretabile</li> <li>•Scarsa conoscenza dello strumento da parte degli operatori</li> </ul>
<b>RELAZIONE DI DIMISSIONE</b>	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	<p>Esiste solo la parte medica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•La parte educativa viene spesso omessa</li> <li>•Il documento non è stato elaborato dagli operatori</li> </ul>
<b>SCHEDA TERAPIA</b>	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	<p>Scritta a mano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Interpretabile</li> </ul>

## METODOLOGIA

### FASE 1:

#### IV STEP : *Sottoscrizione delle vulnerabilità*

La sottoscrizione delle vulnerabilità è stata richiesta a tutto il personale del dipartimento attraverso l'apposizione spontanea di vulnerabilità percepite negli appositi spazi previsti sui cartelloni.

Nei tabelloni sono stati rappresentati :

- I processi analizzati (figura 1)
- Le attività vulnerabili descritte (figura 2)
- Gli spazi bianchi per l'apposizione delle sottoscrizioni (figura 3)

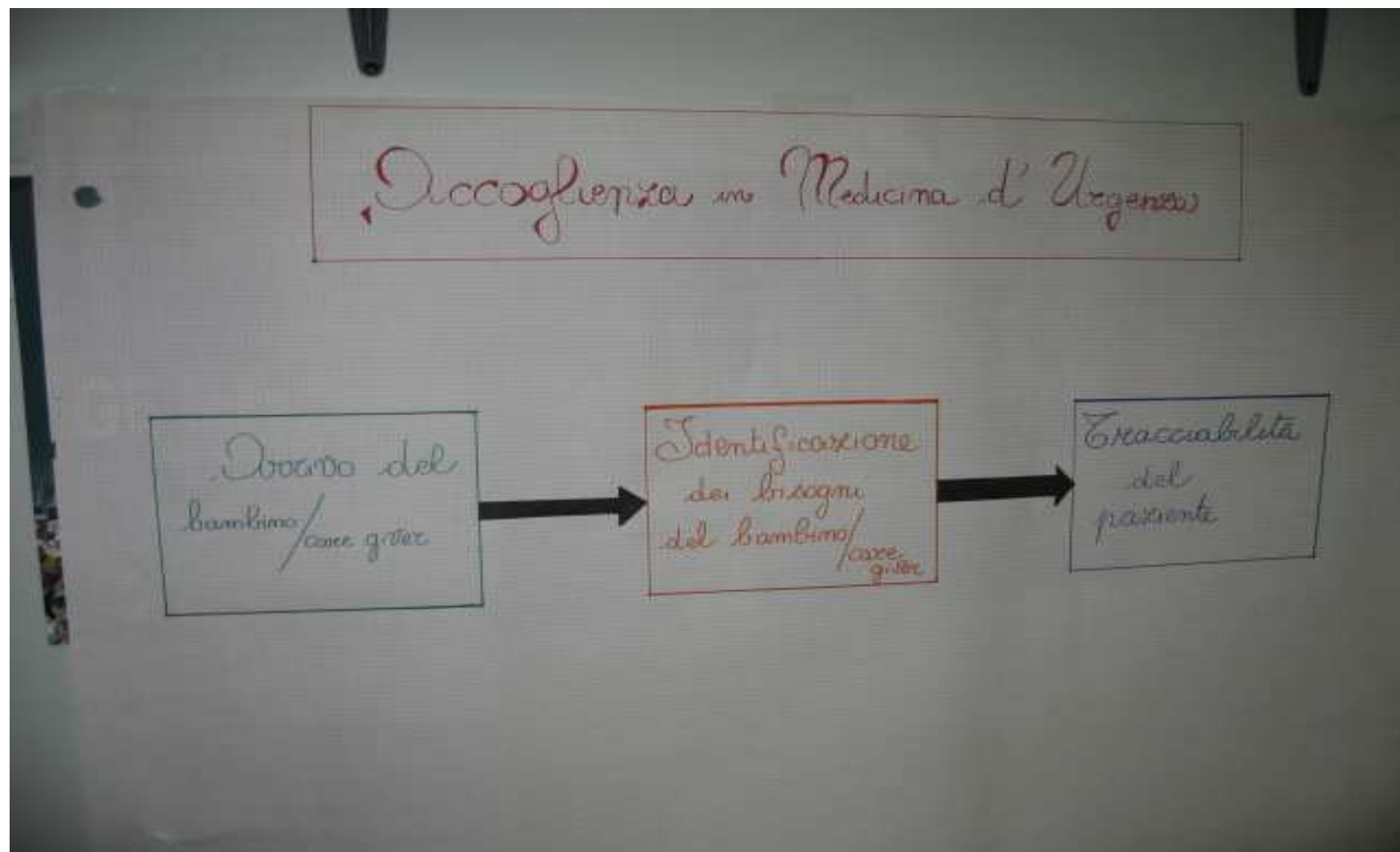
## RISULTATI:

Dalla codifica dei dati delle vulnerabilità ottenuta dalla analisi dei *post it* dei cartelloni e dalla codifica dei dati emersi nel *focus group* si è progettato un secondo focus finalizzato alla identificazione, per ogni area codificata, delle eventuali cause di possibile errore.

# Progetto Qualità 2011

## P.S. e MEDICINA D'URGENZA

Rappresentazione iconografica del processo di accoglienza



# Progetto Qualità 2011

## P.S. e MEDICINA D'URGENZA

Rappresentazione iconografica delle aree vulnerabili riferite ai sub processi



# Progetto Qualità 2011 P.S. e MEDICINA D'URGENZA

Rappresentazione iconografica delle vulnerabilità sottoscritte



## FASE 1: TABELLA RIASSUNTIVA 4 STEPS

Codice	Sub processo	Standard JCI Attività		Modalità	Cause	Rilevabilità	Azioni correttive
1	<b>Accesso del paziente in Pronto Soccorso</b>	AOP 1 DEA	Arrivo del paziente in	<b>Difficile trasposto in barella</b>	Atrio piccolo	Ritardo nell'accettaz. Difficoltà nelle fasi di gestione della comunicaz. al triage	Sala di attesa barellati adiacente all'atrio*
1	<b>Accesso del paziente in Pronto Soccorso</b>	AOP 1	Triage	<b>Visibilità accesso del paziente</b>	Box piccolo e ubicato in fronte alla sala d'attesa	Difficoltà di comunicazione	Ampliamento o Box triage*
1	<b>Accesso del paziente in Pronto Soccorso</b>	ACC2 specialistiche	Visite ORT	<b>Tempi lunghi di attesa</b>	Organizzazione visita specialistica ORT	Incompleta informazione e sui tempi di attesa; Reclami verbali degli utenti	Formazione personale medico/infermieristico sulla comunicazione



Codice	Sub processo	Standard JCI Attività	Modalità	Cause	Rilevabilità	Azioni correttive
1	Accesso del paziente in Pronto Soccorso	AOP 2 Verifica e identificazione dei dati anagrafici	Errata registrazione e dei dati anagrafici su scheda informatica	Elevato afflusso di utenti stranieri  Mancata documentazione e di riconoscimento  Mancata notifica del cambio di domicilio	Errore di identificazione durante l'iter diagnostico assistenziale	Informazioni e con cartellonistica dedicata e documentazione necessaria in Pronto Soccorso*
	Accesso del paziente in Pronto Soccorso	AOP 2 Utilizzo del sistema informatico	Blocco dei sistemi informatici	Sovraccarico dei sistemi informativi  Guasto tecnico	Impossibilità all'utilizzo del sistema informatico	Semplificazione della procedura correttiva dei dati con conversione diretta a laboratorio analisi radiologia e consulenza

<b>Codice</b>	<b>Sub processo</b>	<b>Standard JCI Attività</b>	<b>Modalità</b>	<b>Cause</b>	<b>Rilevabilità</b>	<b>Azioni correttive</b>
2	Accettazione DEA	<b>PFR 2.1</b> Comunicazione con i genitori	<b>Incompleta attenzioni alle richieste dei genitori</b>	Iperafflusso, poco tempo per il triage	Reclami verbali e questionari utenti	Formazione del personale comunicazione
2	Accettazione DEA	<b>PFR 2.1.1</b> <b>PFR 2.2</b> Gestione dei tempi in sala di accettazione	<b>Interruzione del lavoro degli operatori da parte del pubblico</b>	Richiesta informazioni estranei al PS  Richiesta assistenza utenti in regolare attesa	Segnalazione da parte del personale di assistenza	Formazione personale su comunicaz. Cartelloni Informativi sul Triage e attività PS Proiezione filmati su schermo digitale*
2	Accettazione DEA	<b>COP 2.1</b> Prestazioni assistenziali in accettazione	<b>Abbandono del Box di accettazione</b>	Accettaz. del codice critico al di fuori del box triage; Chiamate di supporto dalle sale visita per assistenza Necessità terapia non presente nel box Triage	Assenza del Box dell'infermiere e di triage	Sala attesa barelle vicino al triage Protocolli condivisi dagli infermieri somm. neTerapia (dolore*) Interfono tra triage sale medica e chirurgica

Codice	Sub processo	Standard JCI Attività	Modalità	Cause	Rilevabilità	Azioni correttive
2	Accettazioni e DEA	COP 2 Compilazione modulistica informativa privacy	Informazioni poco chiare all'utente	Difficile comprensione e della modulistica; percezione negativa da parte dei genitori (perdita di tempo)	Aumento della richiesta di chiarificazione	Nuovo modulo semplificato a cura della Direzione Sanitaria  Formazione personale per educazione genitori  Rilevazione automatica del già avvenuto consenso privacy

Codice	Sub processo	Standard JCI Attività	Modalità	Cause	Rilevabilità	Azioni correttive
3	Accoglienza del paziente	COP 3.1 PFR 2.1 COP 2.4 Triage	Richiesta dei genitori di immediata consulenza medica	Sottostima della competenza infermieristica in triage	Richieste ripetitive dell'utenza della valutazione medica	Formazione personale su comunicazioni Poster triage identifichi codici e riferimenti normativi*
3	Accoglienza del paziente	FEM 2.1 Valutazione dei pazienti al triage	Omissione di informazioni cliniche da parte dei genitori	Sottostima della competenza infermieristica in triage	Discrepanza informazioni fornite dagli infermieri e la valutazione medica	Identificaz. personale con cartellino codici / qualif. e nel rispetto della privacy. Differenziaz. divise per qualifica.
3	Accoglienza del paziente	FEM 2.1 Rilevazione dei parametri vitali del bambino	Mancata rivalutazione	Iperafflusso di pazienti	Dichiarazione personale infermieristica	Sistema informatico segnalazione automatica della necessità di rivalutazione dei parametri

Codice	Sub processo	Standard JCI Attività	Modalità	Cause	Rilevabilità	Azioni correttive
4	Assegnazione e codice colore	EM 2.1 Identificazione del codice di priorità	Sovrastima del codice priorità	Difficoltà di gestione dei livelli di ansia del genitore	Reclami dei genitori dei genitori	Tabellone Informativo sul Triage* Formazione personale su comunicazi.

Codice	Sub processo	Standard Jci Attività	Modalità	Cause	Rilevabilità	Azioni Correttive
5	Arrivo del paziente e valutazione infermieristica	PFR 1.5 ACC 1.2 ACC 1.3 Assistenza ad utenti psichiatrici o inviati dal tribunale; valutazione socio-culturale	Carenza di assistenza protetta per i casi psichiatrici inviati dal tribunale; Difficile presa in carico assistenziale del paziente	Mancanza di formazione specifica alla relazione con utenti psichiatrici; Mancano protocolli gestione casi di disagio sociale Assenza reperibilità mediatore nei giorni festivi;	Segnalazione da parte del personale	Formazione del personale sulla comunicazione Servizi sociali e mediatori culturali con reperibilità anche nei festivi e notturni
5	Arrivo del paziente e valutazione infermieristica	PFR 2 PFE 4 PFR 1.1.1. PFR 1.2 Assistenza ad utenti stranieri	Carenza di assistenza protetta per gli utenti stranieri che non comprendono la lingua	Mancanza di formazione specifica alla relazione con utenti stranieri	Segnalazione del personale	Reperibilità mediatori culturali anche nei festivi e notturni, anche telefonica

<b>codice</b>	<b>processo</b>	<b>Attività</b>				<b>correttiva</b>
5	Arrivo del paziente e valutazione infermieristica	ACC 1.2 Informazioni ai Genitori	Scarse informazioni	Tempi troppo contratti	Segnalazioni del personale  Segnalazioni degli utenti	Formazione del personale sulla comunicazione
6	Valutazione clinica (medica)	AOP 1.2 Valutazione clinica all'ingresso e ricovero	Cartella clinica	Cartella clinica dispersiva con punti	Segnalazioni del personale	Ridefinizione piano di cura  Cartella
<b>Codice</b>	<b>Sub processo</b>	<b>Standard Jci Attività</b>	<b>Modalità</b>	<b>Cause</b>	<b>Rilevabilità</b>	<b>Azione correttiva</b>
						Formazione personale; Scheda unica di terapia
7	Gestione della terapia farmacologica	MMU 5.2 MMU 6.1 Somministrazione dei farmaci	Errori di dosaggio	Scrittura poco chiara  Documentazione cartacea  Incompleta o poco chiara prescrizione	Segnalazione del personale  Segnalazioni non conformità	:protocollo di corretta compilaz.  Informatizzata scheda unica th (dose unitaria del farmaco) Scheda prestaz. Assist. per pz P S*

Codice	Sub processo	Standard Jci	Attività	Modalità	Cause	Rilevabilità	Azione correttiva
8	Educazione terapeutica	PFE 2 PFE 1	Educazione al caregiver	<b>Mancata applicazione degli strumenti educativi</b>	Scheda educativa poco condivisa - mancata condivisione medico infermieristica	Segnalazione del personale	Identificazione di due momenti, all'ingresso alla dimissione per la condivisione medico/Infermieristica del il processo educativo  Formazione del personale.
9	Dimissione e trasferimento paziente	PFE 2 PFE 1	Verbale di ricovero da Pronto soccorso a Medicina d'Urgenza. Carenza di dati sulla assistenza infermieristica e prestazioni effettuate	<b>Errori di comunicazione</b>	Verbale talvolta incompleto	Segnalazione del personale	Scheda infermieristica di Pronto Soccorso in fase di sperimentazione*

\* In fase sperimentazione

## METODOLOGIA

**FASE 2** Analisi delle vulnerabilità organizzative con tecnica Health care Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA)

**FASE 3** Identificazione dei requisiti comunicativi atti a supportare i processi e garantire la safety dei bambini in ospedale (HFMEA)

### **ANALISI DEI DATI secondo HFMEA:**

Le maggiori criticità comunicative sono state categorizzate con gli standard JCI.

Per ogni categoria di criticità identificata è stato calcolato l'indice di priorità di rischio (IPR) attraverso la stima della gravità, probabilità, rilevanza.

$$\text{IPR} = G \times P \times R$$



$$\text{IPR} = G \times P \times R$$

Scala	Gravità	Probabilità	Rilevabilità
1 - 2	Nessun danno	Improbabile (mai accaduto)	Individuazione certa
3 - 4	Danno minimo	Bassa probabilità (pochissime volte)	Individuazione molto probabile
5 - 6	Moderato danno a breve termine	Moderata probabilità (occasionalmente)	Individuazione moderatamente probabile
7 - 8	Significativi danni a lungo termine	Alta probabilità (ripetutamente)	Individuazione poco probabile
9 - 10	Danni permanenti	Altissima probabilità (quasi inevitabile)	Individuazione remota

## Matrice valutazione del rischio

Probabilità accadimento	No danno	Danni lievi	Danni medi	Danni gravi	Morte
Frequente (> 14%)					
Probabile (7-14%)					
Occasionale (0,3-7%)					
Remoto (< 0,3%)					

La scala di probabilità dell'evento è espressa come numero di errori ogni 100 ricoveri

**Rischio accettabile - Interventi di monitoraggio**

**Rischio basso - Interventi di programmazione**

**Rischio medio - Interventi urgenti**

**Rischio elevato - Interventi di emergenza**

## Descrizione danno

Livello danno	Descrizione
Nessun danno	L'errore non ha comportato alcun danno o ha solo reso necessario un maggior monitoraggio al paziente
Lieve	L'errore ha causato un danno temporaneo e ha reso necessari trattamenti o interventi supplementari, oppure un prolungamento della degenza al di sopra del valore medio del DRG
Medio	L'errore ha causato un danno temporaneo(invalidità t.) e ha reso necessario un inizio o prolungamento della degenza
Grave	L'errore ha causato invalidità permanente oppure ha comportato un evento prossimo alla morte (ACC)
Morte	Morte Decesso

Gravità da 1 a 10	Probabilità da 1 a 10	Rilevabilità da 1 a 10
----------------------	--------------------------	---------------------------

Attività	Gravità	Rilevabilità	Probabilità	IPR
Arrivo del paziente barellato in DEA. Difficoltà nel trasportp	3	8	4	96
Triage .Difficoltà di comunicazione	3	8	4	96
Visite specialistiche ORT. Tempi lunghi di attesa	5	3	5	75
Verifica e identificazione dei dati anagrafici, registrazione informatica.	6	5	5	150
Utilizzo del sistema Informatico. Blocco dei sistemi	5	1	6	30
Comunicazione con i genitori. Incompleta.	6	6	6	246
Gestione dei tempi in sala di accettazione. Interruzioni	3	3	8	76
Prestazioni assistenziali in Accettazione. Abbandono Box	4	4	6	96
Compilazione modulistica privacy. Informazioni poco chiare.	5	7	5	175
Verifica ed identificazione dei dati anagrafici. Errata identificazione	7	6	5	210
Valutazione dei pazienti al triage. Richiesta di consulenza medica	5	6	7	210
Rilevazione dei parametri vitali del bambino al triage	6	3	6	108
Mancata rivalutazione Somministrazione dei farmaci in triage. Allontanamento Box	6	4	5	120
Identificazione del codice di gravità. Sovrastima codice	4	2	8	64

Attività	Gravità	Rilevabilità	Probabilità	IPR
Assistenza ad utenti psichiatrici o inviati dal tribunale; valutazione socio-culturale	6	4	8	172
Assistenza ad utenti stranieri	6	4	8	172
Informazioni ai genitori. Scarse informazioni	7	6	5	210
Valutazione clinica (medica) all'ingresso e ricovero. Cartella dispersiva	4	6	5	120
Somministrazione dei farmaci (scheda terapia)	8	6	8	384
Compilazione scheda di trasf/dimissione. Scheda non condivisa	8	6	7	336
Verbale di ricovero da Pronto soccorso a Medicina d'Urgenza. Carenza di dati sulla assistenza infermieristica e prestazioni effettuate	8	8	8	512
Educazione al care giver	8	6	7	336

**Totale IPR Somma 3994**

**Media 182**

# CRITICITA' PRIORITARIE secondo HFMEA (IPR >200)

Sono stati individuati



- Comunicazione con i genitori incompleta in PS (IPR 246);
- Verbale di ricovero da PS carenza dati su assistenza infermieristica e prestazioni effettuate (IPR 512),
- Educazione al caregiver (IPR 336);
- Compilazione scheda trasferimento da Medicina d'Urgenza (IPR 336),

## **FASE 4 : IDENTIFICAZIONE AZIONI CORRETTIVE DI MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE in base IPR**

- 1) Modifica delle modalità di accoglienza, comunicazione e informazione rivolte agli utenti in Pronto Soccorso;**
- 2) Elaborazione di scheda di assistenza medico infermieristica per pz che ricevono prestazioni e cure in PS.**
- 3) Miglioramento strategie comunicative del personale del Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza.**
- 4) Modifica della scheda di trasferimento medico-infermieristica in Medicina d'Urgenza.**



# AZIONI CORRETTIVE PRIORITARIE IDENTIFICATE

## 1. MIGLIORAMENTO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI ALL'UTENZA DI P.S.

### RIVOLTO A BAMBINI

percorso iconografico (pitture/posters murari a tema- Walt Disney) nei corridoi , salette mediche e chirurgiche , camerette (a cura L. Peresi)

### RIVOLTO A GENITORI

- posters informativi su triage, accoglienza, organizzazione di PS
- OBI
- video filmati informativi su schermo digitale,
- miglioramento della modulistica rivolta all'utenza

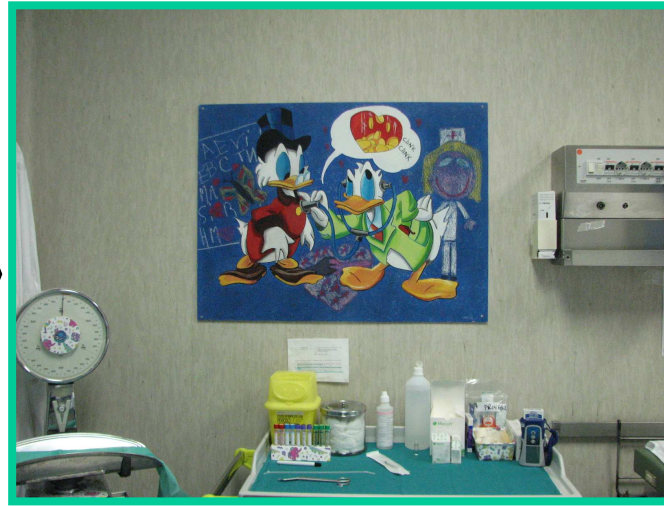


### INDICATORE e risultati attesi:

- miglioramento qualità percepita da utente tramite questionario customer satisfaction
- riduzione IPR



## SALETTA MEDICA

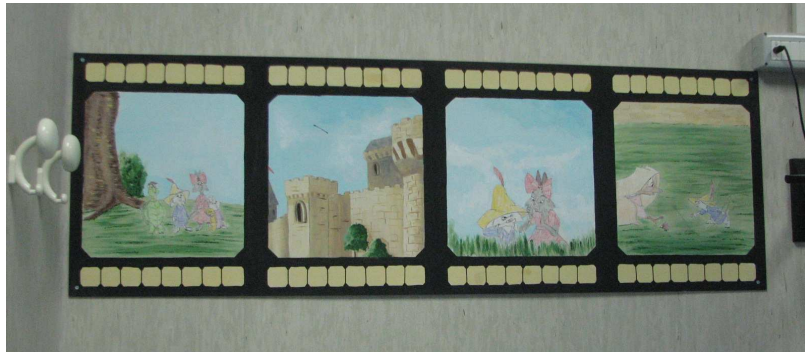


## CORRIDOIO





## CAMERETTE



## ATTESA BARELLATI

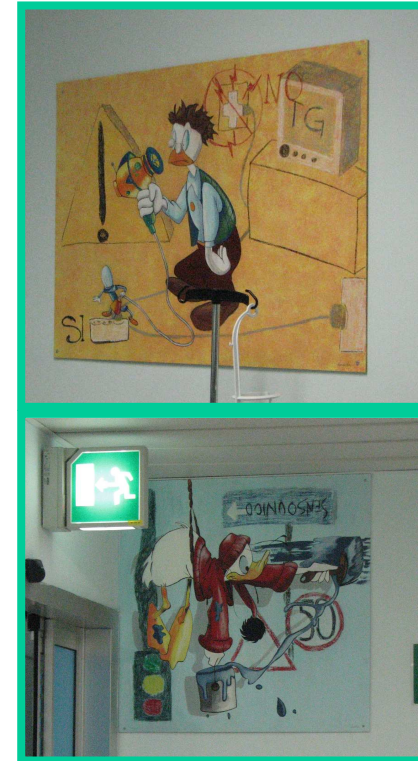


## TRIAGE

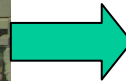




## CORRIDOIO



## SALA CHIRURGICA





# SALE VISITE

**ISTITUTO "GIANNINA GASLINI"**  
DIRETTORATO DI EMERGENZA E SOCCORSO  
Sezione Emergenza di Pronto Soccorso

**NOTE INFORMATIVE PER GLI UTENTI IN PRONTO SOCCORSO**

**COCCIO ROSSO** - COCCIO VERDE - COCCIO GIALLO - COCCIO NERO - COCCIO BIANCO - COCCIO GRIGIO - COCCIO Azzurro - COCCIO Rosso - COCCIO Verde - COCCIO Giallo - COCCIO Nero - COCCIO Bianco - COCCIO Grigio - COCCIO Azzurro

**LA SALUTE È IL BENE PIÙ PREZIOSO CHE POSSIAMO AVERE**

**SALE ATTESA**

**SALE VISITE**

**COCCIO ROSSO**

**COCCIO VERDE**

**COCCIO GIALLO**

**COCCIO NERO**

**COCCIO BIANCO**

**COCCIO GRIGIO**

**COCCIO AZZURRO**

**COCCIO ROSSO**

**COCCIO VERDE**

**COCCIO GIALLO**

**COCCIO NERO**

**COCCIO BIANCO**

**COCCIO GRIGIO**

**COCCIO AZZURRO**

# INFORMATIVA UTENTI

**ISTITUTO GIANNINA GASLINI**

**SCALE INTERNE**



**30/6/2011 8:17**

Preziosi il Ufficio Informazione, Comunicazione, ed Educazione, è disponibile la cartina orientativa dell'istituto in italiano, francese, inglese.

**Mantenerele sgombrare da giochi pacchi ecc.**

**TRIAGE**



**ISTITUTO "GIANNINA GASLINI"**  
DIRETTORATO DI EMERGENZA E SOCCORSO  
Sezione Emergenza di Pronto Soccorso

**NOTE INFORMATIVE PER GLI UTENTI IN PRONTO SOCCORSO**

**COCCIO ROSSO** - COCCIO VERDE - COCCIO GIALLO - COCCIO NERO - COCCIO BIANCO - COCCIO GRIGIO - COCCIO Azzurro - COCCIO Rosso - COCCIO Verde - COCCIO Giallo - COCCIO Nero - COCCIO Bianco - COCCIO Grigio - COCCIO Azzurro

**LA SALUTE È IL BENE PIÙ PREZIOSO CHE POSSIAMO AVERE**

**SALE ATTESA**

**SALE VISITE**

**COCCIO ROSSO**

**COCCIO VERDE**

**COCCIO GIALLO**

**COCCIO NERO**

**COCCIO BIANCO**

**COCCIO GRIGIO**

**COCCIO AZZURRO**

**COCCIO ROSSO**

**COCCIO VERDE**

**COCCIO GIALLO**

**COCCIO NERO**

**COCCIO BIANCO**

**COCCIO GRIGIO**

**COCCIO AZZURRO**

**A.V.O.**



# RISULTATI CONSEGUITI



## 1) MIGLIORAMENTO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI ALL'UTENZA DI P.S.

**Maggiore comprensione dei percorsi clinico assistenziali da parte dell'utenza associati a miglioramento della qualità percepita dall'utente in relazione all'accoglienza, ed alla documentazione iconografica e cartacea fornita.**

**Documentata riduzione IPR**

## 1) MIGLIORAMENTO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI ALL'UTENZA DI P.S.

**Risultati questionario customer satisfaction utente PS:**  
con rilevazione a campione del gradimento dell'utenza del PS somministrato prima e dopo la messa in atto del percorso di miglioramento (1 settimana giugno 2009 vs 1 settimana aprile 2011).

totali questionari validi 2009: 159/accessi PS 737 (21%) ,  
tot. questionari validi 2011 : 109/accessi PS 882 (12.3%)

<b>DELTA MIGLIORAMENTO 2011 vs 2009</b>	ottimo	buono
valutazione segnaletica organizzativa	+ 1.66%;	+1.34%;
valutazione segnaletica triage	+ 0.7%;	+ 0.8%;
Comprensione informazioni su triage	+ 10%;	+ 3%;
valutazione informativa cartacea, iconografica per probl. pediatriche PS	+ 2.21%;	+ 2.1%;
accoglienza in termini di adeguatezza ambientale	+ 7.83%	+ 13.3%

# 1) MIGLIORAMENTO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI ALL'UTENZA DI P.S.

## Riduzione documentata IPR:

Comunicazione con i genitori incompleta in PS :IPR 246 → 60;

attività	codice	azioni	principale errore possibile	conseguenza	cause	IPR	PROSIEGUE?	azioni di miglioramento	responsabilità	indicatori	gravità	probabilità	rilevanza	INDICE
Comunicazione incompleta con i genitori	8.2	Interventi informativi rivolti ai genitori	Scarsa comprensione delle informazioni da parte dei genitori	I genitori ripetono più volte le stesse domande agli operatori in Pronto Soccorso	Inadeguata competenza comunicativa , Carico di lavoro	246	si	Modifica delle modalità di accoglienza, comunicazione e informazione rivolte agli utenti di Pronto Soccorso-Formazione specifica agli operatoriPoste r esplicativi, percorso iconografico,S chermo al plisma che trasmette messaggi educativi,	Responsabilità legali ed etiche sulla sicurezza del paziente	soddisfazione utente, riaccessi impropri	6	5	2	60

## AZIONI CORRETTIVE PRIORITARIE IDENTIFICATE

### 2) Creazione scheda di assistenza medico infermieristica per pz che ricevono prestazioni e cure in PS.

Tale scheda consente:

- registrazione dei parametri vitali,
- delle terapie somministrate
- delle prestazioni erogate,
- segue il paziente all'atto della dimissione da PS (verso ricovero o verso OBI);

Sperimentazione per 6 mesi ed introdotta regolarmente in attività assistenziale

**INDICATORE e risultati attesi:  
riduzione IPR.**







U.O. Pronto Soccorso DEA **SCHEDA INFERMIERISTICA**

Data	Cognome, nome	Data di nascita	Peso kg.
Ora	Triage		
Temperatura			
FC			
FR			
SAT. O <sub>2</sub> In O <sub>2</sub> rosso In aria blu			
PA			
DOLORE scala: FLACC <input type="checkbox"/> FACCINE <input type="checkbox"/> NUMERICA <input type="checkbox"/>			
ALVO/VOMITI			
GLUCOTEST			
STICK URINE	h		h

<b>DIAGNOSTICA STRUMENTALE</b>	<b>ESAMI DI LABORATORIO INVIATI ORE</b>	<b>CONSULENZE</b>
RX _____ <input type="checkbox"/>	Emocromo <input type="checkbox"/>	Consulenza Neurologica <input type="checkbox"/>
TC _____ <input type="checkbox"/>	Chimica clinica <input type="checkbox"/>	Consulenza Cardiologica <input type="checkbox"/>
ECO ADDOME <input type="checkbox"/>	Coagulazione <input type="checkbox"/>	Consulenza Oculistica <input type="checkbox"/>
ECG <input type="checkbox"/>	Sierologia <input type="checkbox"/>	Consulenza Gastroenterologica <input type="checkbox"/>
EEG <input type="checkbox"/>	Emogasanalisi <input type="checkbox"/>	Consulenza Reumatologica <input type="checkbox"/>
ALTRO _____ <input type="checkbox"/>	Accesso venoso <input type="checkbox"/>	Consulenza Pneumologica <input type="checkbox"/>
	T.F. <input type="checkbox"/>	Consulenza _____ <input type="checkbox"/>
	Emocoltura <input type="checkbox"/>	Consulenza Clistere _____ <input type="checkbox"/>
	Urinocoltura <input type="checkbox"/>	
	Coprocultura <input type="checkbox"/>	
	O <sub>2</sub> Terapia <input type="checkbox"/>	

TERAPIA INFUSIONALE		M	h	I

TERAPIA EV		M	h	I		M	h	I
TERAPIA IM		M	h	I		M	h	I
TERAPIA OS		M	h	I		M	h	I
TERAPIA OCCORR.		M	h	I		M	h	I

TERAPIA INALATORIA AEROSOLICA MDI + SPACER		M	h	I	h	I	h	I	h	I	h	I
		M	h	I	h	I	h	I	h	I	h	I

<b>OSSERVAZIONI E COMUNICAZIONI</b>	
h	

# RISULTATI CONSEGUITI

2) Creazione scheda di assistenza medico infermieristica per pz che ricevono prestazioni e cure in PS.

**DOCUMENTATA RIDUZIONE IPR 512 → 90,**

attività	codice	azioni	principale errore possibile	conseguenza	cause	IPR	PROSEGUE ?	azioni di miglioramento	responsabilità	indicatori	gravità	probabilità	rilevabilità	INDICE
Verbale PS	5.1	Informazione operatori e continuità assistenziale con altre UO IGG in casi ricovero o OBI	incompletezza a carenza informazioni relativamente a terapie e prestazioni effettuate in regime di PS	Rischio sdi errore, mancata continuità assistenziale	Mancanza strumenti codificati Disattenzione, Carico di lavoro	512	si	Creazione di una scheda di assistenza infermieristica per registrazione e parametri vitali, terapie e prestazioni effettuate in regime di PS	Etiche e giuridiche sulla sicurezza e il benessere degli utenti	non conformità, near miss.,	6	5	3	90

## AZIONI CORRETTIVE PRIORITARIE IDENTIFICATE

3. Miglioramento delle strategie comunicative dell'intero team medico infermieristico e di supporto del PS e Medicina d'Urgenza attraverso

CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIO RELATIVO A COMUNICAZIONE.



**INDICATORE e risultati attesi:**

**-miglioramento qualità percepita da utente relativamente a modalità comunicazione** tramite questionario customer satisfaction con rilevazione a campione del gradimento dell'utenza del PS con questionario dedicato somministrato prima e dopo la messa in atto del percorso di miglioramento (1 settimana giugno 2009 vs 1 settimana aprile 2011),

**- riduzione IPR**

## RISULTATI CONSEGUITI



**3) Miglioramento delle strategie comunicative dell'intero team medico infermieristico e di supporto del PS e Medicina d'Urgenza attraverso realizzazione di corso di formazione obbligatorio**

**“La Comunicazione nell'area dell'emergenza urgenza”,**

- articolato in 5 giornate ad ottobre 2009
- dedicato alla formazione in merito a strategie di comunicazione efficace in ambito emergenza- urgenza
- destinatari: personale medico/chirurgico, infermieristico e di supporto di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

**Percentuale di adesione è stata dell'83% (74 partecipanti),**

- 100% (13/13) del personale Medico di PS e Medicina d'Urgenza,
- 100% del personale Infermieristico ed Oss. del PS e Medicina d'Urgenza (59/59)
- 17% dei Chirurghi del PS (3/17).

**L'indice di gradimento del corso da parte del personale è stato significativamente soddisfacente per rilevanza, qualità ed efficacia : 98% di gradimento 4 e 5 (ottimo, buono), su una scala da 1 a 5.**

**Superamento test finale: 100%.**

## RISULTATI CONSEGUITI

### 3) Miglioramento delle strategie comunicative dell'intero team medico infermieristico e di supporto del PS e Medicina d'Urgenza

#### Risultati questionario customer satisfaction utente PS:

totali questionari validi 2009: 159/accessi PS 737 (21%) ,  
tot. questionari validi 2011 : 109/accessi PS 882 (12.3%)

<b>DELTA MIGLIORAMENTO 2011 vs 2009</b>	ottimo
<b>Cortesìa ed ascolto personale infermieristico</b>	<b>+ 4 %</b>
<b>Cortesìa ed ascolto personale medico</b>	<b>+ 1%</b>
<b>Comprensione informazioni stato salute fornite da personale medico</b>	<b>+ 5%</b>
<b>Comprensione informazioni iter diagnostico fornite da personale medico</b>	<b>+ 0.1%</b>
<b>Comprensione informazioni terapia e follow up fornite da personale medico</b>	<b>+ 0.5%</b>

# RISULTATI CONSEGUITI

## 3) Miglioramento delle strategie comunicative dell'intero team medico infermieristico e di supporto del PS e Medicina d'Urgenza

Riduzione documentata IPR 336 → 96

attività	codice	azioni	principale errore possibile	conseguenza	cause	IPR	PROSEGUE?	azioni di miglioramento	responsabilità	indicatori	gravità	probabilità	rilevabilità	INDICE
Educazione al caregiver	8.1	Interventi educativi rivolti alle persone di supporto al paziente (informal caregiver)	Scarsa efficacia comunicativa	Il paziente ritorna in Pronto Soccorso dopo la dimissione/telefonata per incomprensione delle informazioni ricevute dal personale medico/infermieristico	Scarsa formazione specifica, carico di lavoro	336	si	Formazione specifica agli operatori, revisione degli strumenti di educazione/informazione per il caregiver	Responsabilità legali ed etiche sulla sicurezza del paziente	Riaccessi impropri; soddisfazione utente	6	4	4	96

## AZIONI CORRETTIVE PRIORITARIE IDENTIFICATE

### 4) Modifica della scheda di Trasferimento medico- infermieristica in Medicina d'Urgenza.

- Rilevazione delle criticità della scheda di trasferimento medico-infermieristica in uso in Istituto attraverso il coinvolgimento delle Caposala dei reparti di più frequente trasferimento dei pz , con proposta di modifiche condivise.
- Costruzione di una nuova scheda di trasferimento medico - infermieristica con fase sperimentazione interna della durata di 6 mesi. Proposta di adozione in tutto Istituto.
- **INDICATORE e risultati attesi:**
  - riduzione IPR





Unità Operativa \_\_\_\_\_

Unità Operativa _____
Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____

### SCHEDA DI TRASFERIMENTO

N. foglio \_\_\_\_\_

Trasferito da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

#### QUADRO ASSISTENZIALE GENERALE AL TRASFERIMENTO

<b>ACCESSO VENOSO PERIFERICO:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo _____ Sede _____ Inserito il giorno _____
<b>ACCESSO VENOSO CENTRALE:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo _____ Sede _____ Inserito il giorno _____ Ultima medicazione il giorno _____ La punta del catetere si trova _____
<b>CATETERE VESCICALE:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo _____ Inserito il giorno _____
<b>SONDINO ORO/NASO GASTRICO:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Inserito il giorno _____ Tipo _____ Deve essere rimosso e sostituito il giorno _____ Set di somministrazione del pasto da sostituire alle ore _____
<b>PEG:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Ultimo pasto somministrato alle ore _____ del giorno _____ Set di somministrazione del pasto da sostituire alle ore _____
<b>ALTRO:</b> _____

#### INDICAZIONI ASSISTENZIALI AL TRASFERIMENTO

<b>ALIMENTAZIONE:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo _____ Ultimo pasto assunto alle ore _____ del giorno _____ I pasti accompagnano il bambino <input type="checkbox"/> I pasti devono essere ordinati <input type="checkbox"/>
<b>MOBILIZZAZIONE:</b> <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Necessita di mobilizzazione ogni _____ ore Ultima mobilizzazione eseguire alle ore _____
<b>TERAPIE IN CORSO:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (v. grafica) <b>INFUSIONE IN CORSO:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (v. grafica)
<b>ESAMI IN CORSO:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>URGENTE:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Si consegnano i referti degli esami urgenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>ALTRO:</b> _____

Il paziente ha avuto un **culturale positivo** per un patogeno di allerta  
 NO  SI Quale \_\_\_\_\_ Dove \_\_\_\_\_

COMUNICAZIONI PIANO D'ASSISTENZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma infermiere che ha gestito trasferimento \_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI CLINICHE A CURA DEL MEDICO (ove necessario) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma medico che ha gestito trasferimento \_\_\_\_\_



# RISULTATI CONSEGUITI



## 4) Modifica della scheda di trasferimento medico-infermieristica in Medicina d'Urgenza.

**Costruzione di una nuova scheda di trasferimento medico - infermieristica che condivisa con altre UO,**

**Formalizzazione ed adozione dall'intero Istituto con inclusione nell'ambito procedure organizzative Survey JCI -2010 con superamento survey.**

**Riduzione documentata IPR 336 → 72**

# RISULTATI CONSEGUITI

## 4) Modifica della scheda di trasferimento medico-infermieristica in Medicina d'Urgenza

**HFMEA Riduzione documentata IPR 336 → 72**

attività	codice	azioni	principale errore possibile	conseguenza	cause	IPR	PROSEGUE?	azioni di miglioramento	responsabilità	indicatori	gravità	prevalibilità	INDICE	
Scheda trasferimento da Medicina d'Urgenza	9.1	compilazione scheda	incompletezza	relativa alla casella non compilata	Mancanza strumenti codificati Carico di lavoro	336	si	Elaborazione di una scheda medico infermieristica per trasferimento da Medicina d'Urgenza. Condivisione con altre UO-IGG e diffusione utilizzo della medesima in Istituto. Adozione nell'ambito procedure organizzative JCI 2010	Responsabilità legali sulla continuità assistenziale inerente gestione terapie, presidi,	; non conformità, nearmiss	8	3	3	72

## CONCLUSIONI: RICADUTE SU QUALITA' e TRASFERIBILITA'

Le azioni correttive intraprese ed i risultati ottenuti documentati con :

- tecnica HFMEA: significativa riduzione dell'IPR e
- miglioramento della qualità percepita dall'utente

- **Miglioramento della qualità delle strategie comunicative connesse all'attività assistenziale in emergenza-urgenza.**
- **Stretta conformità a standards JCI.**
- **MULTIPROFESSIONALITA' coinvolgimento di tutto il personale medico, infermieristico ed oss. in modo capillare all'interno UO PS e Medicina d'Urgenza,**
- **Miglioramento dei processi di integrazione, comunicazione e continuità assistenziale all'interno ISTITUTO.**
- **Significativa riduzione del rischio.**

Un grosso ringraziamento a tutti coloro che hanno partecipato a questo progetto!

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE!**

