

## Capitolo 1

# Sicurezza del Paziente

Barbara M Soule

### Elementi chiave

- Cure sicure del paziente, inclusa la prevenzione delle infezioni, rappresentano una priorità in tutte le strutture sanitarie.
- Una cultura della sicurezza del paziente guida gli atteggiamenti, le norme e i comportamenti di individui e organizzazioni.
- In una cultura di sicurezza delle cure, tutto il personale e i dirigenti assumono la responsabilità del benessere dei pazienti.
- La sicurezza dei pazienti richiede lavoro di squadra e collaborazione, comunicazione, misurazioni e tecniche così come fattori umani.

## Introduzione

La sicurezza dei pazienti rimane una sfida globale per l'assistenza sanitaria. I primi pionieri della prevenzione e del controllo delle infezioni (PCI) con il loro lavoro hanno promosso cure sicure per il paziente. Ignaz Semmelweis ridusse la mortalità materna attraverso l'igiene delle mani, e Florence Nightingale minimizzò le infezioni nei reparti durante la guerra di Crimea con una rigorosa pulizia ambientale. Joseph Lister insistette sull'antisepsi in chirurgia e ridusse le infezioni del sito chirurgico. Al giorno d'oggi gli esperti della prevenzione e del controllo delle infezioni guardano alle infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (IOS) come a un problema cruciale per la sicurezza dei pazienti.<sup>[1,2]</sup>

Riconoscendo le IOS come un problema serio, l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 2004 ha votato l'istituzione dell'Alleanza Mondiale per la Sicurezza del Paziente per coordinare, diffondere, ed accelerare progressi nella sicurezza del paziente in tutto il mondo. La prima sfida, lanciata nel 2005, è stata "Cure pulite sono cure più sicure", che affronta il problema IOS e promuove una migliore igiene delle mani in tutto il mondo.<sup>[3]</sup>

## Perché esiste il problema della sicurezza nell'assistenza sanitaria?

Esiste un paradosso nella sicurezza del paziente. Gli assistenti sanitari si sforzano continuamente di proteggere il paziente e di "non nuocere", ma la complessità della malattia umana e la fallibilità del comportamento umano spesso portano ad errori o eventi avversi.<sup>[4]</sup> Anche con la più coscienziosa applicazione dei principi e delle pratiche della prevenzione e del controllo delle infezioni, le IOS possono verificarsi per:

1. *Azione* (facendo qualcosa di sbagliato che porta all'infezione), es., non effettuando una corretta profilassi antibiotica perioperatoria
2. *Omissione* (facendo qualcosa di sbagliato che porta all'infezione), es. non effettuando una corretta profilassi antibiotica perioperatoria.

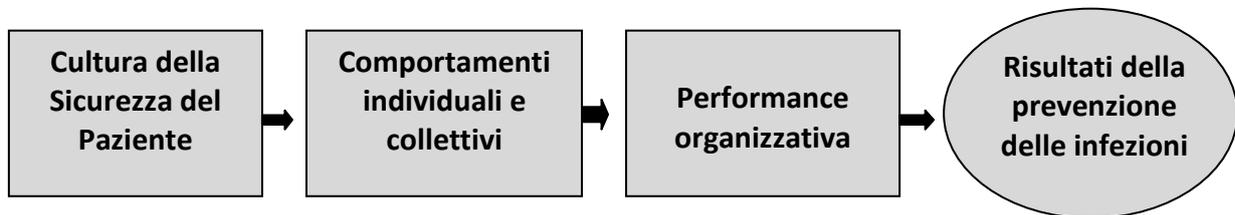
Si possono prevenire gli errori fornendo risorse, come corsi di formazione per il personale, e strutture idonee per il lavaggio delle mani. Infezioni che un tempo si pensavano inevitabili, come le polmoniti associate al ventilatore, le sepsi da cateteri venosi centrali e le infezioni delle vie urinarie associate al catetere (CA\_IVU/CA-UTI), si possono prevenire quando vengono applicate in maniera coerente le pratiche basate sull'evidenza.<sup>[5]</sup>

## Una cultura della sicurezza del paziente

La cultura della sicurezza del paziente può migliorare notevolmente la prevenzione e il controllo delle infezioni. La cultura è stata definita come gli assunti, i valori e le norme profondamente radicate di un'organizzazione che guidano le interazioni tra i membri attraverso atteggiamenti, costumi e comportamenti.<sup>[6-7]</sup>

Una cultura della sicurezza (vedi fig. 1.1) esiste quando c'è un impegno organizzativo focalizzato a mantenere i pazienti al sicuro, con l'impegno da parte del personale e dei leader. Tutti si sentono responsabili della sicurezza dei pazienti e delle loro famiglie, e il personale sanitario si sente sicuro nel segnalare quando la cura è a rischio e di poter

segnalare gli eventi avversi. Per lavorare in maniera efficace i professionisti della prevenzione e del controllo delle infezioni devono capire la cultura della propria organizzazione. È una forza potente che deve essere indirizzata al tentativo di implementare o modificare le pratiche per la riduzione del rischio di infezione.



**Figura 1.1** Cultura della sicurezza e prevenzione delle infezioni

Una cultura della sicurezza del paziente comprende: leadership, lavoro di squadra e collaborazione, pratiche basate sull'evidenza, comunicazione efficace, apprendimento, controlli, adeguata preparazione, sistemi di pensiero, fattori umani e tolleranza zero.<sup>1</sup> Ognuno di questi può essere applicato alle pratiche della prevenzione e controllo delle infezioni e dare un importante contributo alla riduzione del rischio infettivo.

### **Leadership**

I Direttori sono responsabili della decisione di inserire la sicurezza tra le priorità organizzative.

Devono impegnarsi con gli altri dirigenti e con lo staff nella discussione, progettazione, implementazione e sostenibilità dei problemi di sicurezza. I leader devono indicare la sicurezza come una delle priorità, supportando i comportamenti approvati e motivando il personale al raggiungimento delle cure più sicure. Devono redigere i protocolli per ogni pratica, come un'eccellente igiene delle mani o le precauzioni per l'isolamento. La leadership è essenziale per il successo di una cultura della sicurezza e richiede il coinvolgimento di amministratori, medici, infermieri e altri ancora.<sup>[13-14]</sup>

### **Strategie per i professionisti addetti alla prevenzione e controllo delle infezioni (PCI)**

- Coinvolgere tutti i dirigenti dell'organizzazione a favorire l'opera di prevenzione e controllo delle infezioni; sensibilizzarli sull'importanza della prevenzione delle infezioni.
- Promuovere l'impegno da parte di dirigenti, capi dipartimento e personale chiave nel perseguire i principi e la pratica della prevenzione e controllo delle infezioni;
- Presentare ai leader dati positivi in termini di riduzione di mortalità e di costi come risultato di un'efficace prevenzione delle infezioni.<sup>[7]</sup>
- Fornire ai leader informazioni valide per aiutarli a prendere decisioni sulla prevenzione delle infezioni.

### **Lavoro di squadra e collaborazione**

Il lavoro di squadra e la collaborazione combinano talentale capacità e le competenze di ogni membro e servono come metodo di equilibrio e controllo. Incoraggiare la valutazione delle idee dei singoli membri per evitare decisioni verticistiche che non sempre rappresentano la scelta migliore per il paziente. Nella cura di un singolo paziente vengono coinvolti specialisti di numerose discipline. Questo può portare a discontinuità e

carenze nelle cure. Una fattiva collaborazione e un aiuto di squadra riducono al minimo questi errori.

### **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Favorire la collaborazione e il lavoro di squadra coinvolgendo il personale nello sviluppo di politiche e strategie per la prevenzione e il controllo delle infezioni.
- Incoraggiare un approccio multidisciplinare alla prevenzione e controllo delle infezioni.
- Partecipare insieme agli operatori sanitari alla gestione dei problemi della prevenzione delle infezioni.
- Mantenere una comunicazione aperta sulla prevenzione delle infezioni che includa personale e dirigenti attraverso l'organizzazione.

### **Comunicazione efficace**

La comunicazione è un aspetto vitale della sicurezza del paziente. Una franca comunicazione incoraggia la condivisione di informazioni cliniche, tecniche e ambientali. Nelle organizzazioni con una solida cultura della sicurezza del paziente, la comunicazione è fondata sulla fiducia reciproca durante la pianificazione e l'attuazione delle cure, e sulla condivisione di obiettivi che servano al raggiungimento dei migliori risultati per i pazienti. Le strategie di comunicazione includono l'uso di metodi scritti, verbali e informatici, per l'educazione del personale, al fine di condividere dati di sorveglianza, nuove strategie, procedure e studi.

La comunicazione sulla sicurezza del paziente dovrebbe includere un sistema di reporting che permetta al personale di rilevare problemi pratici o errori nelle cure, senza timori di ritorsioni.

### **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Effettuare giri di routine e discutere dei pazienti con infezione o a rischio di infezione con il personale sanitario direttamente interessato e ascoltarne le preoccupazioni.
- Condividere dati di sorveglianza e nuove informazioni.
- Sviluppare un sistema sicuro per il personale per segnalare i rischi di infezione.

### **Pratiche basate sull'evidenza**

Un elemento fondamentale della cultura della sicurezza del paziente è l'utilizzo di strategie basate sull'evidenza per l'erogazione delle cure. Ciò richiede la messa in pratica delle conoscenze scientifiche e la standardizzazione delle pratiche per ottenere i migliori risultati. Sfortunatamente non sempre le migliori pratiche per la prevenzione delle infezioni vengono applicate. Per esempio, il rischio che si sviluppi un'infezione delle vie urinarie catetere-correlata aumenta con la durata dell'utilizzo di un catetere urinario. Eppure molti sanitari sbagliano a non rimuovere il catetere urinario quando questo non sia più necessario. Alcuni medici dimenticano addirittura che il loro paziente ne ha uno.<sup>[8]</sup> Linee guida basate sull'evidenza scientifica per la cura dei pazienti sono disponibili presso la WHO, i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI), e l'*Evidence-based Practice in Infection Control* (EPIC).

L'adozione delle migliori pratiche incontra, a volte, con una certa resistenza. Questo può essere dovuto alla mancanza di consapevolezza, alla mancanza di desiderio o incentivi a cambiare le pratiche, la cultura nell'organizzazione, o metodi macchinosi necessari per attuare le nuove linee guida. Professionisti qualificati della prevenzione e controllo delle infezioni devono affrontare questi temi per assicurarsi che vengano usate le procedure utili alla prevenzione delle infezioni.

### **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Riconoscere gli incentivi e le barriere all'adozione ed all'implementazione delle pratiche scelte nell'organizzazione.
- Indicare utilizzi e limiti nella pianificazione di politiche e procedure, esistenti e nuove, per la prevenzione delle infezioni.

### **Apprendimento organizzativo**

L'apprendimento organizzativo deve supportare i propri membri in modo che possano imparare insieme, implementare le proprie abilità per ottenere i risultati desiderati, abbracciare nuove linee di pensiero, e trasformare il proprio ambiente per le cure migliori.<sup>[9]</sup> Un esempio dell'imparare a pensare in un modo nuovo è l'adozione di "bundles" della prevenzione delle infezioni per prevenire le IOS dovute a dispositivi esterni e procedure. I bundles sono un insieme di pratiche che riducono le infezioni e sono utilizzate dal personale sanitario usando sempre l'intero bundle per tutti i pazienti.

### **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Condividere le informazioni sulle infezioni con tutto il personale.
- Incoraggiare il personale a partecipare alla formulazione di politiche e procedure per ridurre il rischio infettivo.
- Utilizzare principi educativi per adulti per insegnare al personale.

### **Monitorare le cure: processi e risultati**

Per monitorare la compliance alle raccomandazioni per le cure del paziente e identificare disfunzioni nelle cure e per comprendere gli eventi avversi occorsi ai pazienti, il personale per la prevenzione e controllo delle infezioni deve raccogliere e riportare dati affidabili.<sup>[10-11]</sup> In una cultura della sicurezza del paziente, i professionisti della prevenzione e controllo delle infezioni usano la sorveglianza per monitorare il rischio infettivo, le strategie di prevenzione e le infezioni. lo staff clinico deve sentirsi tranquillo nel riportare le infezioni al Gruppo Operativo del CIO. Molte organizzazioni e agenzie (CDC, WHO, Ministeri della sanità) in tutto il mondo hanno promosso o richiesto la pubblicizzazione delle infezioni.

### **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Sensibilizzare il personale sull'importanza dell'analisi e dei risultati delle infezioni al personale e ai dirigenti.
- Educare il personale sui propri compiti nella raccolta dati per identificare i punti deboli da correggere.

- Essere chiari sul fine e l'uso dei dati raccolti. Ciò comporta l'utilizzo di precise definizioni di caso di infezione e di colonizzazione, costante e accurata raccolta dati, determinazione del tasso di infezioni.
- Stratificare i dati ogniqualvolta sia possibile per una più precisa analisi, per esempio, infezioni del sito chirurgico e infezioni nel neonato.
- Determinare quando proseguire o sospendere la sorveglianza in modo tale da ottenere dati utilizzabili e precisi.

## **“Systems Thinking”**

Nelle organizzazioni sanitarie virtualmente tutti i processi sono sistemi che contengono elementi interconnessi, quali persone, processi, ambiente e informazioni.<sup>[12]</sup> Nelle organizzazioni sanitarie, i sistemi di assistenza sono spesso ridondanti e mal progettati; possono interferire, più che supportare, cure sicure.

Un esempio di un sistema rilevante per la prevenzione e controllo delle infezioni è la profilassi perioperatoria. Questa sembra semplice, ma è comunque davvero complessa. Coinvolge la farmacia, le famiglie dei pazienti e gli anestesisti, insieme con fornitura, stoccaggio e trasporto del farmaco, responsabilità per il dosaggio, e la documentazione. Una tardiva o erronea somministrazione della profilassi rappresenta un rischio infettivo.

## **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Considerare, quando si progettano anche le più semplici procedure la prevenzione e il controllo delle infezioni, l'intero sistema, per esempio, come le singole parti interagiscano e come il sistema debba funzionare,.
- Accertarsi che il sistema assicuri le forniture, che il personale possa svolgere in maniera idonea i compiti assegnati, che le infrastrutture supportino i comportamenti desiderati e che il coordinamento tra dipartimenti supporti il processo di prevenzione dell'infezione.
- Lavorare con gli altri per progettare un sistema per raggiungere e mantenere il successo.

## **Teoria dei fattori umani**

La teoria dei fattori umani si pone come obiettivo il miglioramento delle performance esaminando i rapporti tra il comportamento umano e gli elementi di un processo lavorativo (strumenti e ambiente di lavoro). Questo al fine di rendere il lavoro più semplice ed efficace, rimuovendo gli ostacoli ed utilizzando le risorse. La progettazione di un processo di cura, come un'operazione o la pulizia di una ferita, può beneficiare di fattori umani costruiti per ridurre il rischio d'infezione. Per esempio le checklist sono utilizzate per assicurarsi che, per procedimenti quali interventi chirurgici o l'inserzione di un catetere centrale, siano utilizzate procedure approvate.<sup>[13]</sup> Distributori di soluzioni alcoliche e aghi di sicurezza per le iniezioni riducono il rischio per pazienti e personale.

La teoria dei fattori umani integra molti principi chiave in una filosofia globale.

La tabella 1.1 descrive alcuni di questi principi applicati alla prevenzione e controllo delle infezioni.

Tabella 1.1. Principi dei fattori umani riportati con l'applicazione delle procedure previste per la prevenzione e il controllo delle infezioni

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Semplificare la procedura:           | Minimizzare le fasi e rendere il procedimento logico e facile da eseguire   |
| Standardizzare la procedura:         | Standardizzare attrezzature e procedure, ad esempio uniformando la gestione dei cateteri intravascolari per la prevenzione delle batteriemie .  |
| Ridurre la dipendenza dalla memoria: | fornire direttive chiare per iscritto, suggerimenti, aiuti visivi e promemoria per temi come la preparazione perioperatoria, l'igiene delle mani, gli isolamenti precauzionali o la rimozione di strumenti invasivi |
| Usare soluzioni forzate:             | rendere difficile portare a termine un compito nel modo sbagliato utilizzando attrezzature come dispositivi privi di ago e aghi di sicurezza.   |
| Lavorare verso l'affidabilità:       | Eseguire un compito correttamente e regolarmente concentrandosi su come evitare fallimenti, per esempio usando tecniche asettiche per posizionare un catetere di Foley in vescica.                                  |

### Strategie per i professionisti addetti a PCI

- Integrare i principi costruiti per i fattori umani come la standardizzazione della procedure per la cura del paziente al fine di ridurre il rischio d'infezione per il personale e per i pazienti.
- Anticipare potenziali fallimenti delle strategie per la prevenzione e il controllo delle infezioni e predisporre metodi per prevenirli come indicazioni visive per i comportamenti da tenere (es. poster e checklist per la preparazione chirurgica) e l'uso di materiali di consumo come gli aghi di sicurezza.
- Assicurarsi che le persone che svolgono il lavoro siano competenti, che ci sia chiarezza riguardo i compiti da portare a termine, che gli strumenti e i macchinari da utilizzare funzionino adeguatamente e che l'ambiente sostenga il processo di salute.<sup>14</sup>

### Non colpa, ma conoscenza ("just culture")

Poiché l'assistenza sanitaria è fornita da persone alcuni errori sopravverranno inevitabilmente. Quando si verificano eventi potenzialmente dannosi come le IOS una commissione può rivedere i sistemi di sicurezza e cercare di trarre un insegnamento dall'errore anziché colpevolizzare i responsabili per l'accaduto. In una prospettiva di conoscenza (componente chiave per un ambiente sicuro per il paziente) gli errori sono analizzati fornendo feedback e incoraggiando confronti produttivi, insistendo su analisi critiche e imparziali per prevenire errori futuri.

“Just culture” adotta un approccio non colpevolizzante che focalizza l’attenzione sul sistema che ha portato all’errore piuttosto che sull’individuo. Colpevolizzare lo staff per gli errori si crea solo ansia e paura e si ottengono scarsi risultati per la risoluzione dei problemi correnti o per la loro prevenzione. Eliminare colpe infondate è essenziale per raggiungere l’eccellenza nella sicurezza del paziente. Ad ogni modo una “just culture” non autorizza l’ignoranza intenzionale delle regole. Affrontare questi argomenti è parte di una cultura tolleranza zero com’ è discusso di seguito.

### **Strategie per i professionisti addetti a PCI**

- Aiutare a mantenere una cultura non colpevolizzante focalizzando continuamente l’attenzione sulle procedure basate sulle prove, sull’epidemiologia e sui sistemi piuttosto che colpevolizzare il singolo.
- Usare senso critico per identificare ed analizzare le cause degli errori che portano all’infezione così da poterli prevenire in futuro.

### **Filosofia Tolleranza Zero**

Mantenere un approccio “tolleranza zero” è un punto cruciale per la sicurezza del paziente e per una migliore assistenza sanitaria. Per minimizzare il rischio d’infezione (o errore) i dirigenti non devono tollerare la non aderenza a comprovate misure di prevenzione. Quando esistono “best-practices” note tutto lo staff è tenuto a rispettarle. Se il personale ignora le regole di sicurezza o le migliori procedure come non igienizzare le mani nei momenti appropriati, manipolare rifiuti infetti in modo non adeguato, non rispettare i passi cruciali nella pulizia, disinfezione o sterilizzazione, questi comportamenti devono essere affrontati e non ignorati.<sup>16</sup> Lo scopo è, come sempre, di ridurre al minimo le infezioni correlate all’assistenza.

### **Strategie per IPC professionals**

- Monitorare le procedure evidence-based per la prevenzione delle infezioni, ad esempio isolamento/procedure di precauzione, igiene delle mani, tecniche sterili, pulizia, disinfezione e sterilizzazione.
- Lavorare per migliorare processi di cura disfunzionali o sistemi difettivi come la mancanza di sapone e acqua o soluzioni alcoliche per l’igiene delle mani, attrezzature di protezione del personale o appropriati sistemi di ventilazione.
- Tenersi sempre aggiornati sulle linee guida basate sull’evidenza e integrarle nei programmi di prevenzione delle infezioni.
- Lavorare più per il raggiungimento di zero infezioni che per gli standard di riferimento.
- Non accettare lo “status quo” come un obiettivo a lungo termine; combattere continuamente per ridurre i tassi d’infezione.

Altri rischi sono descritti nella Tabella 1.2 con le misure di prevenzione suggerite. Coloro che si occupano della prevenzione e del controllo delle infezioni dovrebbero prendere in considerazione queste misure e valutare come queste migliorino i processi di cura per poi applicarle nelle loro realtà quotidiane.

Tabella 1.2 Esempi di problemi per la sicurezza del paziente riguardo la prevenzione e controllo delle infezioni

| Problemi per la sicurezza del paziente   | Esempi di procedure inerenti PCI  | Potenziali soluzioni   |
|--|---|--|
| <p>Molteplici trasferimenti o spostamenti dei pazienti tra il reparto di degenza e i servizi</p> | <p>Un paziente ricoverato e preparato per un intervento chirurgico è trasferito o “passato” dal reparto di ammissione al personale infermieristico, allo staff della sala operatoria, allo staff post-anestesia e di nuovo agli infermieri. E’ possibile che si verifichi una preparazione cutanea inadeguata, la mancata somministrazione dell’antibiotico per la profilassi perioperatoria con la giusta tempistica o una scarsa cura della ferita chirurgica.</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educazione per ognuna di queste fasi del processo chirurgico</li> <li>• Chiare strategie di comunicazione</li> <li>• Monitoraggio della competenza</li> <li>• Promemoria, checklist, suggerimenti visivi</li> <li>• Documentazione e analisi del processo di cura pre e post-operatorio con riscontri allo staff</li> </ul> |
| <p>Molteplici tipologie di attrezzature utilizzate per la sicurezza del paziente</p>             | <p>Pazienti in terapia intensiva, emodialisi e altre unità ad alta intensità spesso hanno molteplici vie d’infusione, ventilatori, macchinari per la dialisi e altri strumenti che devono essere tutti adeguatamente gestiti per evitare il rischio d’infezione. Cateteri invasivi urinari o intravascolari e ventilatori devono essere rimossi quando non più necessari. Anche aria e acqua possono rappresentare un rischio se gli impianti di erogazione sono mal funzionanti.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educazione e formazione dello staff sull’utilizzo delle attrezzature</li> <li>• Valutazione della competenza prima di fare un lavoro</li> <li>• Progettazione dei fattori umani</li> <li>• Manutenzione delle apparecchiature</li> <li>• Valutazione dell’ambiente</li> </ul>   |
| <p>Malattie ad alto rischio</p>  | <p>Pazienti con patologie immunosoppressive, ustioni, traumi e condizioni ad alto rischio legate all’età (neonati) sono predisposti alle infezioni. Devono dunque essere attentamente valutati e monitorati per prevenire le infezioni.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione dello staff: osservazione e criteri di segnalazione</li> <li>• Criteri specifici per popolazione</li> <li>• Procedure e metodi chiari</li> <li>• Attenta documentazione, monitoraggio e riscontri allo staff riguardo le infezioni</li> </ul>  |

| Problemi per la sicurezza del paziente                       | Esempi di procedure inerenti PCI   | Potenziali soluzioni   |
|--|--|--|
| Mancanza di tempo  | Ambienti ad alta intensità hanno comunemente grossi carichi di lavoro e poco tempo per completare le attività essenziali per la prevenzione delle infezioni. Per esempio gli infermieri dicono spesso di essere troppo occupati per lavarsi le mani o praticare l'igiene delle mani quando è opportuno farlo.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporto nella gestione del tempo; valutazione del carico di lavoro; personale e incarichi</li> <li>• Progettazione dell'ambiente di lavoro come (per l'igiene delle mani) disponibilità e posizione di acqua, progettazione e posizione di lavandini, soluzioni alcoliche per ridurre il tempo da impiegare per l'igiene delle mani</li> </ul>                 |
| Procedure ad alto rischio/medicazioni                        | I pazienti corrono un rischio maggiore di cure non sicure e di infezione nel corso di alcune procedure e con alcune medicazioni. Per esempio, la mancata somministrazione degli antibiotici per la profilassi perioperatoria all'orario e alla dose corretti o la mancata sospensione degli stessi quando raccomandato, può portare al fallimento della prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare protocolli e procedure chiare per la somministrazione degli antibiotici per la profilassi perioperatoria</li> <li>• Istruire lo staff sulle procedure</li> <li>• Assegnare responsabilità</li> <li>• Monitorare l'adesione alle procedure e riportare i risultati</li> <li>• Avviare il miglioramento delle prestazioni quando necessario</li> </ul> |
| Distrazioni ed esecuzione di più attività contemporaneamente | Distrazioni durante la prestazione delle cure o il tentativo di fare più cose contemporaneamente possono portare a errori. Lo staff potrebbe omettere l'igiene delle mani perché deconcentrato per i tempi troppo stretti. Potrebbe contaminare l'area non utilizzando tecniche asettiche o sterili a causa delle distrazioni.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire un ambiente di lavoro con poche distrazioni. Avviare una cultura di tranquillità e mancanza di interruzioni</li> <li>• Incitare a fare una cosa per volta</li> <li>• Rendere partecipe lo staff nelle decisioni sul flusso di lavoro e sull'ambiente</li> <li>• Fornire indicazioni per ricordare allo staff le fasi di un'attività</li> </ul>        |

| Problemi per la sicurezza del paziente   | Esempi di procedure inerenti PCI   | Potenziati soluzioni   |
|--|--|--|
| Personale medico inesperto o impreparato | La mancanza di esperienza o di competenza del personale dell'assistenza sanitaria può portare a pratiche scorrette. Per esempio il personale che deve posizionare cateteri intravascolari e non si sente competente per utilizzare i siti raccomandati, come la vena succlavia, può scegliere la vena femorale per l'inserzione col suo associato maggior rischio d'infezione. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizzare perché lo staff si sente inesperto</li> <li>• Fornire orientamento e formazione per tutto lo staff che inserisce cateteri intravascolari, compresa un'esercitazione ragionevole e supervisionata finché non si raggiunge la competenza</li> <li>• Monitorare periodicamente l' idoneità e fornire riscontri</li> </ul> |

## Qual è il futuro per la sicurezza del paziente e PCI ?

I programmi odierni per la prevenzione e il controllo delle infezioni esistono solo dal 1960, ma già nell'antichità erano stati definiti i principi per la cura del paziente. Oggi le pratiche-base della prevenzione e del controllo delle infezioni, che comprendono l'igiene delle mani, le tecniche di asepsi e pulizia, disinfezione e sterilizzazione, rimangono punti chiave per la sicurezza del paziente. Nuove tecnologie emergeranno, i farmaci e le tecniche diventeranno più sofisticati e il corpo della scienza per la prevenzione e il controllo delle infezioni continuerà a crescere e ad aiutare i professionisti nel loro lavoro. Il regolare utilizzo dei principi di prevenzione delle infezioni e l'assimilazione di nuove terapie basate sull'evidenza aiuterà a raggiungere una migliore qualità di cura per i pazienti e a ridurre i rischi d'infezione nella cultura della sicurezza del paziente.

## Bibliografia

1. Burke JP. Infection control: a problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003; 348(7):651-657.
2. Gerberding JL. Hospital-onset infections: a patient safety issue. *Ann Int Med* 2002; 137:665-670.
3. Pittet D, Donaldson L. Challenging the world: patient safety and health care-associated infection. *Int. J Quality Health Care* 2006; 18 (1): p.4-8.
4. Donaldson, L. The Role of Improving Safety and Quality in Addressing the Millennium Development Goals. 2010. <http://www.hciproject.org/node/1598> [Accessed July 7, 2011]
5. Sawyer M, Weeks K, Goeschel CA, et al. Using evidence, rigorous measurement, and collaboration to eliminate central catheter-associated bloodstream infections. *Crit Care Med* 2010; 38(8 Suppl):S292-8.
6. Behan R. An organizational framework for transformational change in patient safety: Agenda for hospital leaders. In: Youngberg B, Latlie MJ. *The Patient Safety Handbook*. Jones and Bartlett, Massachusetts. 2004; 53.

7. Perencevich E, Stone P, Wright SB, et al. Raising Standards While Watching the Bottom Line: Making a Business Case for Infection Control. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28 (10): 1121-1133.
8. Saint S, Kaufman SR, Thompson M, Rogers MA, Chenoweth CE. A reminder reduces urinary catheterization in hospitalized patients. *Jt Comm J Qual Patient Safety* 2005;31(8):455-62.
9. Senge PM. 1990. *The Fifth Discipline*. London: Century Business.
10. Nadzam D, Soule B, Performance Indicators. In: *APIC Text of Infection Control and Epidemiology*. 3<sup>rd</sup> edition. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Washington DC. 2009; Chapter 9.
11. Perla RJ, Peden CJ, Goldmann D, Lloyd R. Health care-associated infection reporting: the need for ongoing reliability and validity assessment. *Amer J Infect Control* 2009; 37(8):615-8.
12. Schyve, P. Prologue. Systems thinking and patient safety. In: *Advances in patient safety: From research to implementation*. 2005. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Volume 2: Concepts and Methodology. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/Schyve.pdf> [Accessed July 7, 2011]
13. Winters BD, Gurses AP, Lehmann H, Sexton JB, Rampersad CJ, Pronovost PJ. Clinical review: checklists - translating evidence into practice. *Crit Care* 2009; 13(6):210.
14. Carayon P, Alvarado C, Hundt A. Reducing workload and increasing patient safety through work and workspace design. In: Page, A, ed. *Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment for Nurses*. Madison, WI: Center for Quality and Productivity Improvement and the Department of Industrial Engineering, University of Wisconsin – Madison, 2004.
15. Warye KL, Murphy DM. Targeting zero health care-associated infections. *Amer J Infect Control* 2008; 36(10):683-4.
16. Goldmann D. System failure versus personal accountability--the case for clean hands. *N Engl J Med* 2006; 355(2):121-3.

## Ulteriori letture

1. Thompson MA. Patient Safety. In: *APIC Text of Infection Control and Epidemiology*. 3<sup>rd</sup> edition. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Washington DC. 2009; Chapter 12; 12-7-8.
2. Grol R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in healthcare. *BMJ* 2008; 336(7635):74-6.
3. Murphy D. Understanding the Business Case for Infection Prevention and Control <http://www.vhqc.org/files/091020BusinessCaseForIPC.pdf> [Accessed July 7, 2011]
4. A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. *Qual Saf Health Care* 2006; 15 (Suppl 1): i59-i65. doi: [10.1136/qshc.2005.015974](https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015974) or <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464866/> [Accessed July 7, 2011]
5. Donaldson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. *Med* 2006; 184(10 Suppl):S69-72.