

“ Risk management in Sanità ”



Dr.ssa Antonella Guerra
Dirigente S.I.T.R.A.
Fondazione Toscana Gabriele Monasterio



Risk management



Gestione del rischio clinico (GRC)



Le Organizzazioni Sanitarie

luoghi ad alta complessità ed a rischio di eventi avversi



"I'M AFRAID THERE WERE COMPLICATIONS."

La gestione del rischio clinico in Toscana

**Avvio
2003**

D.R.G. n. 1179
del 10/11/2003

Ogni azienda è tenuta ad avere:

Un Clinical Risk Manager

Un gruppo aziendale GRC

Il comitato per la sicurezza del
paziente

Un programma condiviso di
formazione GRC

Area vasta coordinamento gestione
rischio clinico polizze e acquisti



Delibere G.R. N. 1387 del 27/12/2004 e N. 657 del 20/06/2005



Servizio Sanitario della Toscana

Servizio Sanitario della Toscana. Cresce la salute.

PROMOZIONE PREVENZIONE CURA COSA FARE PER S.S.R. BACHECA PARLIAMO DI

Ti trovi qui: Home Page / Servizio Sanitario Regionale / Centro Gestione Rischio Clinico - GRC

Struttura e contatti



Attività nelle aziende

- Azienda Osp.univ.careggi
- Asl 10
- Asl 11
- Asl 16

- Forum
- Buone pratiche approvate a livello regionale
- Area Riservata

Sede

Regione Toscana
Direzione generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà
V. Taddeo Alderotti, 26 N - 50139 Firenze

Contatti

Tel. 055 43.83.325-3826
Fax 055 43.83.232
E-mail rischio.clinico@regione.toscana.it

La Toscana per la Salute - Centro Gestione Rischio Clinico - GRC



promozione della salute - prevenzione - cura - cosa fare per - Servizio Sanitario Regionale - bacheca - parliamo di - contatti - cerca nel sito

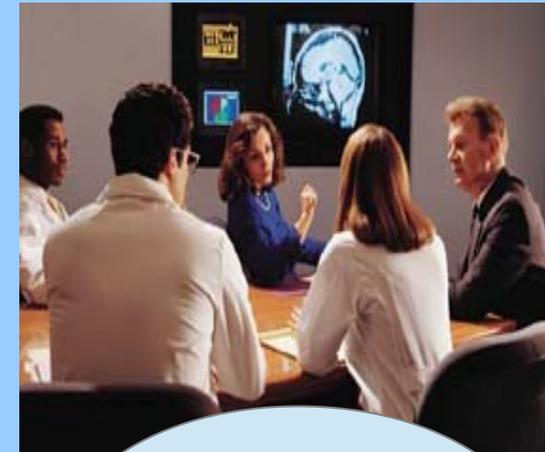


via Taddeo Alderotti 26/N, 50139 Firenze, infosanita@regione.toscana.it
www.salute.toscana.it © 2005-2007 Tutti i diritti riservati Regione Toscana

Il network aziendale per la Gestione Rischio Clinico in FTGM



Clinical Risk Manager



Facilitatori

Lavoro di Team
Approccio Multidisciplinare
Utilizzo strumenti informativi e informatizzati
(STU e Cartella Infermieristica)
Consapevolezza degli operatori



Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente



Antibiotic profilaxys



Nutritional risk



CVC Infection prevention



Prevention of patient falls



Surgical check list



Patient Identification



Clinical Audit



Pain management



Oncologic Medication



Communicati ng adverse events



Washing Hands



Reporting Learning System



Never Events



Prevenzione ulcere da pressione



Ventilator associated pneumonia



Integrated Therapeutic Chart



Mortality & Morbidity Review



Oral anticoagulant therapy



Early Warning System



Handover



Deep Venous Thrombosis



Post-partum Emorragy



Shoulder distocy



Suveillance of antibiotic resistance



Blood Transfusion

Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente

PEWS- Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici (escluso periodo perinatale)

Scheda Terapeutica Unica per il SERT

Prevenzione e il monitoraggio delle cadute dei pazienti pediatrici

Prevenzione errori dovuti a interruzioni

Missione di soccorso in Emergenza Territoriale (All. A)

Missione di soccorso in Emergenza Territoriale (All. B)

Gestione farmaci in emergenza territoriale (All. C)

Prevenzione, identificazione e gestione del Delirium

Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti

Farmamemo

Gestione della relazione e della comunicazione interna, con il cittadino e con familiari per gli eventi avversi

Ckeck list di sala operatoria

HANDOVER - Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico

Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)

Prevenzione errori incompatibilità AB0

Gestione rischio clinico

Ridurre al minimo
la possibilità che si
verifichino incidenti

Metodologia
attiva
di prevenzione



Raccolta,
elaborazione, studio
e diffusione di dati
relativi al rischio
corso dai pazienti
che ricevono cure

Gestione del rischio clinico

CAMBIARE IL PARADIGMA

Considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che ci hanno portato a sbagliare



Sicurezza

Errore

Pianificazione

Esecuzione

Non tutti gli errori si traducono in un **danno**

Ma quando questo accade si verifica un
“EVENTO INDESIDERATO PREVENIBILE”

Danno



**complicanza
chirurgica**

**complicanza
infettiva**

**incidente
(caduta,
udp,ustione)**



La piramide degli Incidenti



morte 1

Danni gravi 10

EVENTO

incidenti lievi :100

**Quasi incidenti
(near miss/close
call) o azioni**

**insicure :
1000**

CAUSE

NPSA report 2005

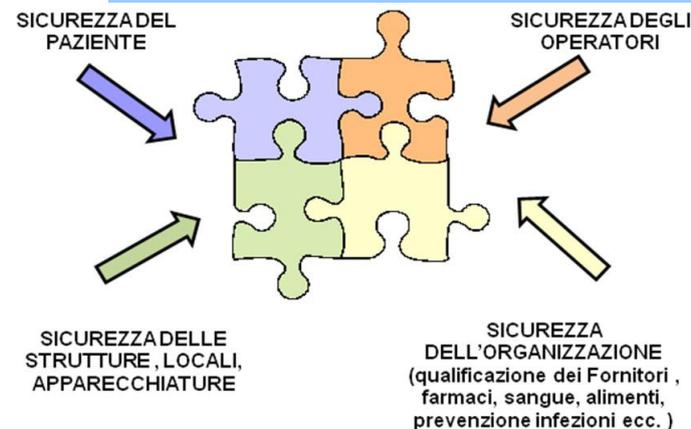


L'errore umano in medicina

L'evento avverso

“Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”

Glossario Ministero della Salute, 2006



L'evento sentinella

“Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.”

Glossario Ministero della Salute, 2006

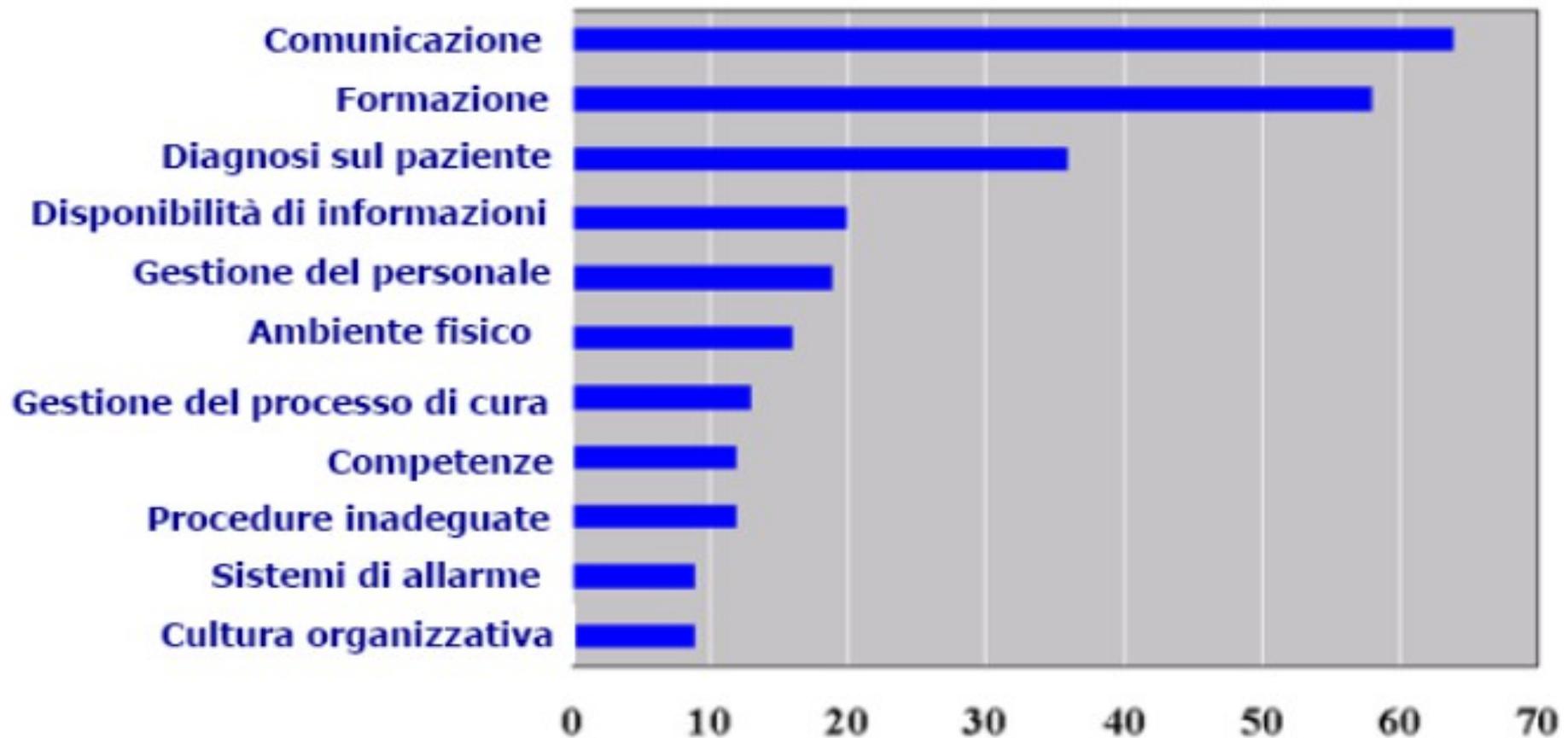
Lista Eventi Sentinella

Ministero della Salute

1. Procedura in paziente sbagliato
 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
 3. Errata procedura su paziente corretto
 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
 6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
 7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
 8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
 9. Morte o grave danno per caduta di paziente
 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
 11. Violenza su paziente
 12. Atti di violenza a danno di operatore
 13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
 14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
 15. Morte o grave danno impreveduti conseguente ad intervento chirurgico
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Gli eventi sentinella

Cause



1995/2004 - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

L'Errore Umano in medicina

“La fallibilità è una caratteristica dell’essere umano. Noi non possiamo cambiare l’essere umano, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli esseri umani operano”

James Reason



... Le giuste proporzioni ...

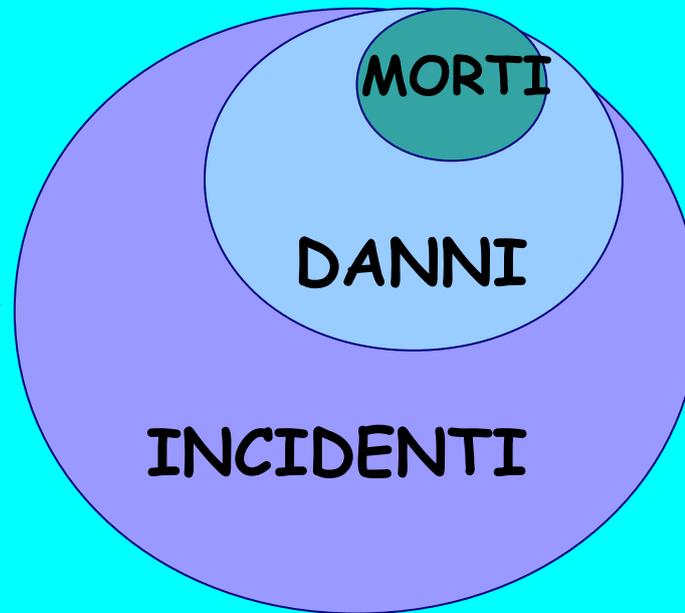
Gli errori sono
lezioni gratuite

sbagliando si impara...

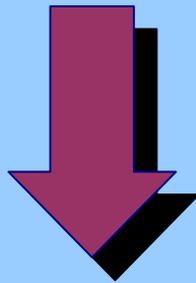
ma e' preferibile imparare da

errori di altri.....

(Iudice 1998)

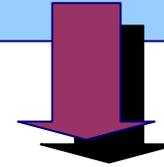


Errori attivi



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

Errori latenti



Correlati ad attività distanti spazio/tempo: sono le attività manageriali, normative e organizzative
Conseguenze silenziose nel sistema anche per lungo tempo evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere e difese del sistema stesso.

L'errore umano in medicina: Tipi di Errore



Errore



Stessa forma

Etichette dello stesso colore

Sostanze diverse

L'errore umano in medicina: Tipi di Errore

Errori attivi

errore di trascrizione/interpretazione:
12% di errori (leape et al. 1995) - 32% di errori (hartwig et al. 1991)

MEDICAL CENTER HOSPITAL
500 - 608 W. 4TH STREET ODESSA, TEXAS PH. 333-7117

FOR Verguez Ramon AGE _____
ADDRESS [illegible] DATE 6/23/95

Calligrafia poco leggibile

NO REFILLS **Farmaci con nome simile**
REFILLS _____
LABEL **Posologia errata**

Zendil 20mg # 120 -
20mg P.O. Q6hr
Heparin subcut 300mg # 100
300mg P.O. TID E merle-
Humulin N
30 units SQ QAM.
Ram/Kell

PRODUCT SELECTION PERMITTED DISPENSE AS WRITTEN

- Nel maggio 1999 un' infermiera per sbaglio ha somministrato un bolus di insulina invece di eparina ad un paziente che non era diabetico, causandone la morte cerebrale.
- La root cause analysis (RCA) determinava "che c'era un mescolamento erroneo di flaconi multiuso sopra i carrelli dell' UTIC"
- Il risultato del RCA era lo sviluppo di un protocollo con check list per stoccaggio corretto dei farmaci, e controllo adeguato per la somministrazione.
- Lo sviluppo della checklist era molto complesso e ha coinvolto tutta l'equipe infermieristica dell' UTIC.
- Dopo l'introduzione del protocollo non sono successi altri eventi avversi ma si sono verificati due "near miss" perciò il protocollo è stato revisionato, cambiato e il monitoraggio continuato.

Academy of Health Care Management Journal, Annual, 2005 Anita Hazelwood,



Errori Latenti

Progettazione errata

Manutenzione insufficiente

Assenza di addestramento

**Non chiarezza
su compiti e Responsabilità**

**Reason,
1990**

CATCH ALL THE ERRORS!



Il Modello "Formaggio Svizzero"

Alcuni buchi sono dovuti a
ERRORI ATTIVI

DIFESE DEL SISTEMA

RISCHI

**Fattori legati
al sistema**

**Fattori legati
al personale**

**Fattori legati
alla tecnologia**

Altri sono dovuti a

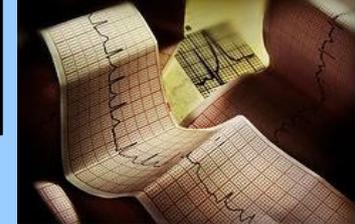
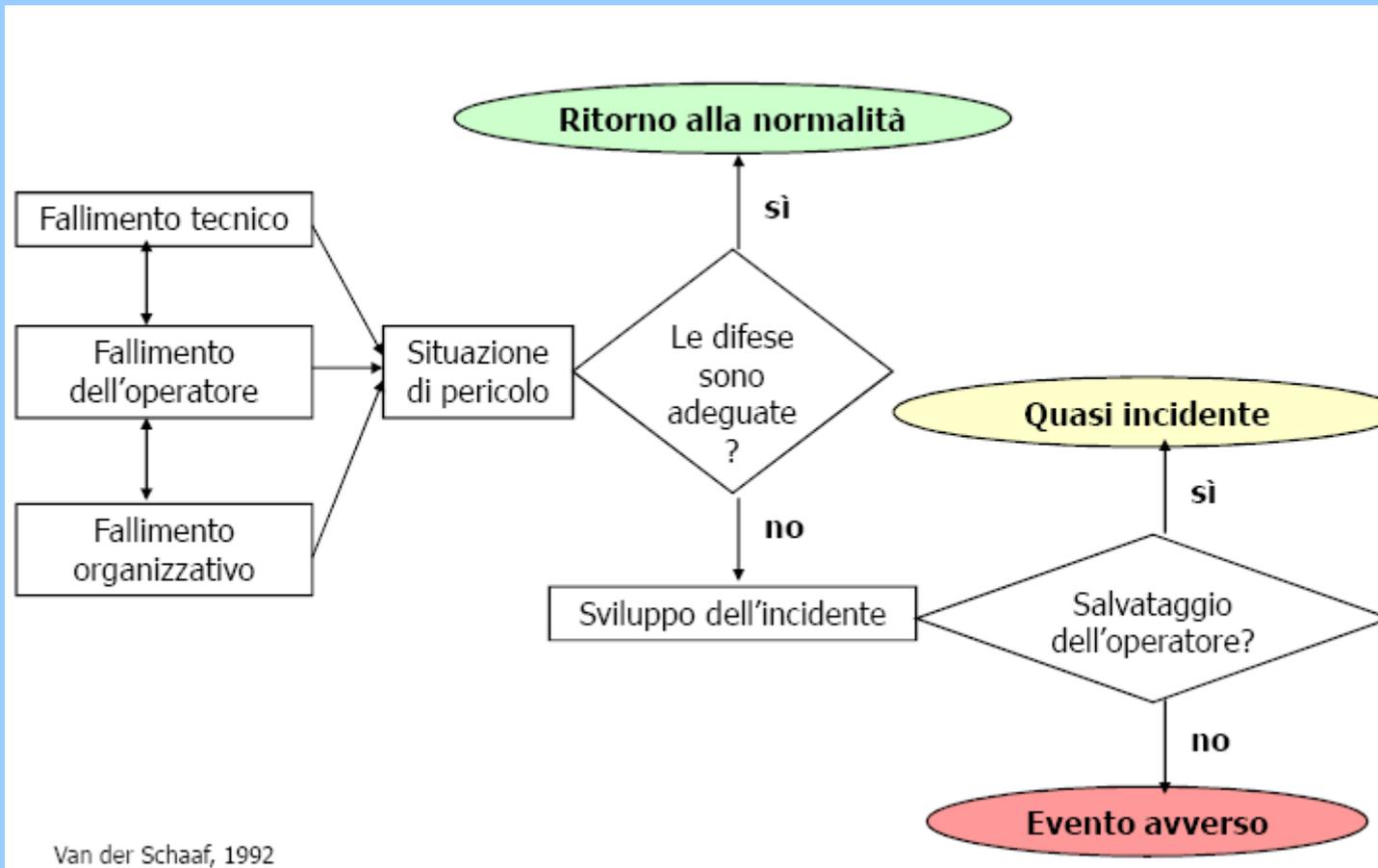
**FATTORI
LATENTI**

**Fattori legati
al paziente**

INCIDENTE



MODELLO DI SVILUPPO DEGLI INCIDENTI



Un'organizzazione pensata sui limiti umani

Le persone possono sbagliare nonostante le migliori intenzioni, competenze, buona volontà



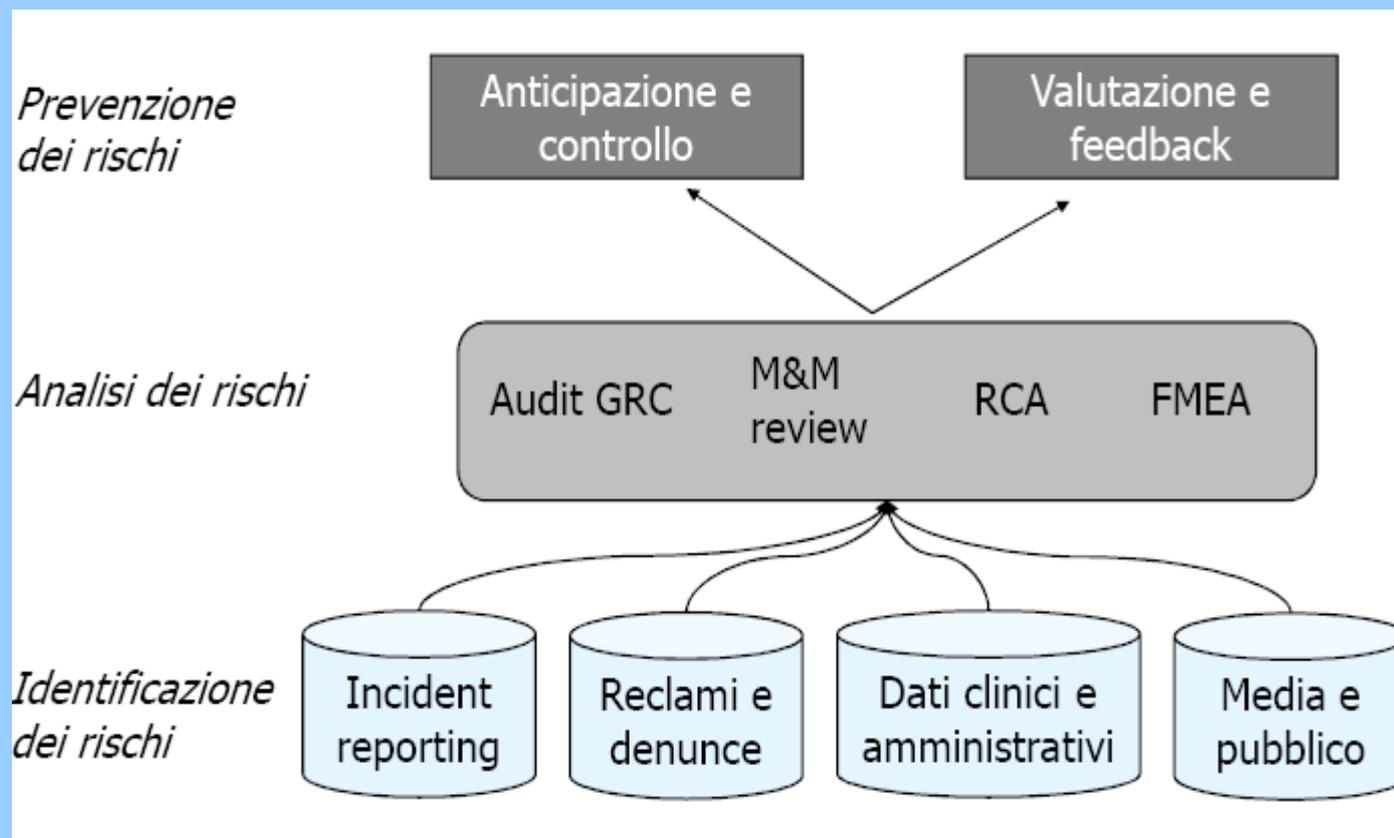
La cultura della sicurezza

- Porre il focus sul contesto organizzativo e culturale
- Supportare la motivazione, le abilità, le conoscenze per identificare e gestire il rischio
- Promuovere una cultura di apprendimento e comunicazione

Imparare a vivere con gli errori

- Prendere atto che la fallibilità è la norma
- Non tutti gli errori conducono inevitabilmente a eventi avversi
- Gli errori sono la conseguenza tanto come le cause
- Colpevolizzare, biasimare non ha valore di rimedio
- Progettare un sistema di cura per esseri umani che possono realmente sbagliare

Componenti del sistema



Gestione del rischio clinico in Sanità

Dove agire?

- Intraprendere attività cliniche ed organizzative per promuovere una cultura della salute
- Contribuire a diminuire il disagio dei pazienti - (costi)
- Favorire la destinazione delle risorse su interventi tesi a sviluppare un'organizzazione sicura ed efficiente

Nel contesto operativo



Coordinatore

e

Facilitatore

Sensibilizzare il gruppo al problema

Scheda di segnalazione

Stimolare la raccolta dati

Incontro-Condivisione

Spontaneità

Cultura del no-blame



Scheda di Segnalazione



Scheda di segnalazione degli eventi senza danno al paziente* (da consegnare al facilitatore)



Evento

Descrizione (luogo e dinamica, eventuali conseguenze):

Data _____ Ora _____ Paziente coinvolto si no

IMPORTANTE: Tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate dal facilitatore di riferimento.

Operatore
Nome e Cognome _____

Reparto / Servizio _____

Data segnalazione _____

*Gli eventi da segnalare sono:

- azioni insicure
- quasi incidenti
- incidenti che non hanno comportato danno al paziente

(es. è facile prendere un farmaco al posto di un altro perché le confezioni sono simili e collocate nello stesso armadietto)
(es. eravamo sul punto di somministrare il farmaco sbagliato)
(es. abbiamo somministrato il farmaco sbagliato ma siamo riusciti a porvi rimedio)



L'AUDIT in medicina

“L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità, finalizzato a migliorare i servizi sanitari tramite la revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri espliciti e l'implementazione del cambiamento”

(NICE, UK 2002)

- 1) Scelta del tema
- 2) Preparazione audit
- 3) Revisione del caso/processo
- 4) Stesura alert report
- 5) Azioni di miglioramento



Analisi sistemica degli incidenti

FMEA

(Failure Mode Effects Analysis)

Incidente 1	Criticità		Raccomandazioni		
	<i>Fallimenti attivi</i>	<i>Fallimenti latenti</i>	<i>Organizzazione</i>	<i>Tecnologia</i>	<i>Formazione</i>
1)					
2)					
3)					
n)					



Allegato: “Alert Report”

Campi	Contenuti
1. Titolo Report	
2. Focus	
3. Descrizione evento/i analizzato/i	
4. Tipo d'evento/i	
5. Fonte della segnalazione	
6. Standard di letteratura, protocolli o linee guida di riferimento impiegati	
7. Tecniche di analisi impiegate	
8. Analisi dell'evento/i	
9. Ipotesi di miglioramento	
10. Parole chiave	

Conclusioni

**Coltivare la
motivazione
con il
coinvolgimento,
la condivisione
e la
valorizzazione
delle persone**

**Scrivere per essere compresi
Parlare per essere uditi
Leggere per crescere**



Possiamo imparare dai nostri errori a meno che non ci persuadiamo che sappiamo, e che, poiché sappiamo, non dobbiamo imparare più niente.

Questo è naturalmente il più dannoso di tutti gli errori.

Karl Popper, 1972

Grazie per l'Attenzione

A wide-angle photograph of a beach. The foreground is a vast expanse of light-colored sand. In the middle ground, the ocean waves are breaking onto the shore, with white foam visible. The sky is a deep blue, and numerous birds, likely seagulls, are scattered across the scene, some on the sand and many in flight against the sky. The overall atmosphere is bright and clear.