

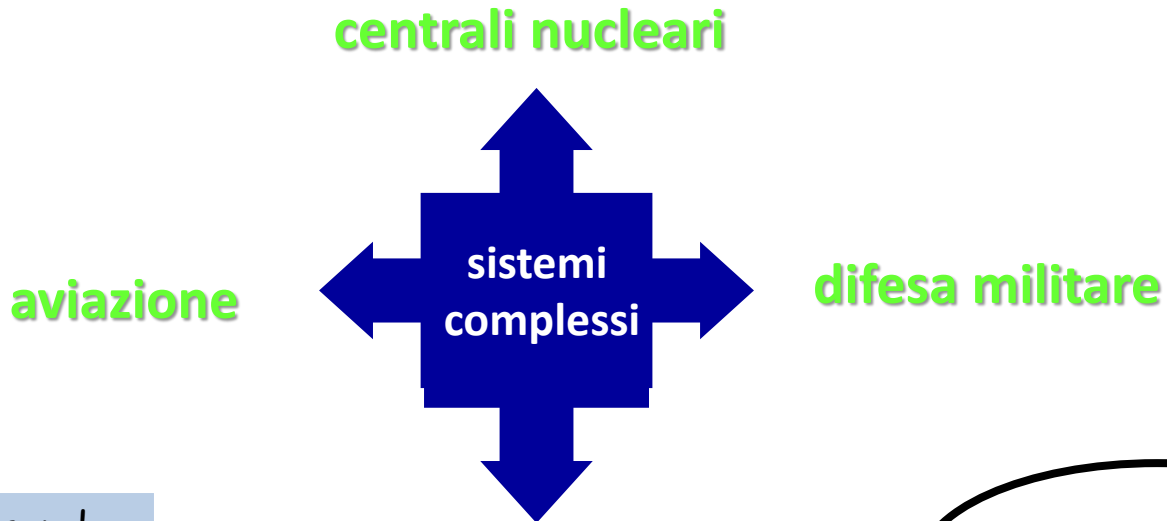
L'AGORA' PENITENZIARIA 2015
XVI Congresso Nazionale SIMSPe-ONLUS

Se il paziente è anche detenuto



Giovanna Rossi
Clinical Risk Manager
giovannarossi@asl8cagliari.it

complessità del sistema → rischio



La sanità è la più grande Industria al mondo, più grande di quella militare per:

- costi
- n° di persone coinvolte
- uso di risorse
- impatto sulla popolazione

Sistema sanitario

Sistema complesso per:

- Specificità dei pazienti
- Complessità degli interventi
- Molteplicità delle esperienze professionali
- Modelli di gestione diversi

errore

Perché, oggi, è necessario affrontare e gestire il rischio clinico?

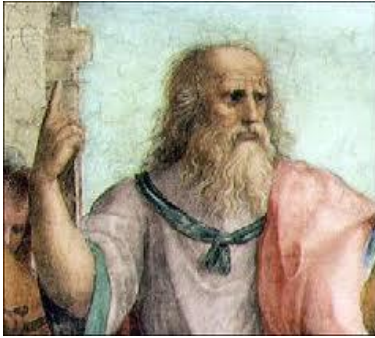
“non sostenibilità finanziaria”

- trattamenti aggiuntivi giorni di degenza “extra”
- risarcimento danni spese per contenziosi legali
risorse dirottate dagli obiettivi istituzionali

“non sostenibilità etica”

- (operatori sanitari, seconda vittima)
- comportamenti scorretti/difensivi biasimo,
- perdita di fiducia e di credibilità,
- perdita /abbandono del lavoro depressione,
- caduta dell'autostima

Sostenibilità etica



Codice deontologico dell'Infermiere - 2009

Art. 29

L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di **sicurezza dell'assistito e dei familiari** e lo sviluppo della **cultura** dell'imparare dall'errore.

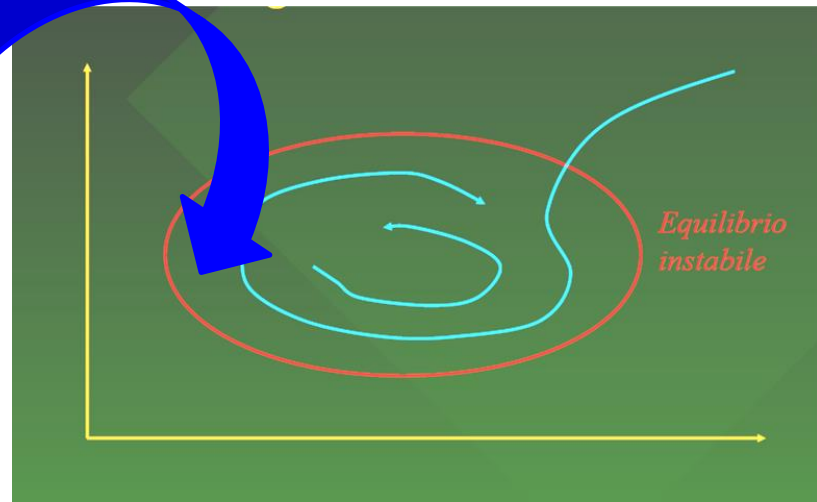
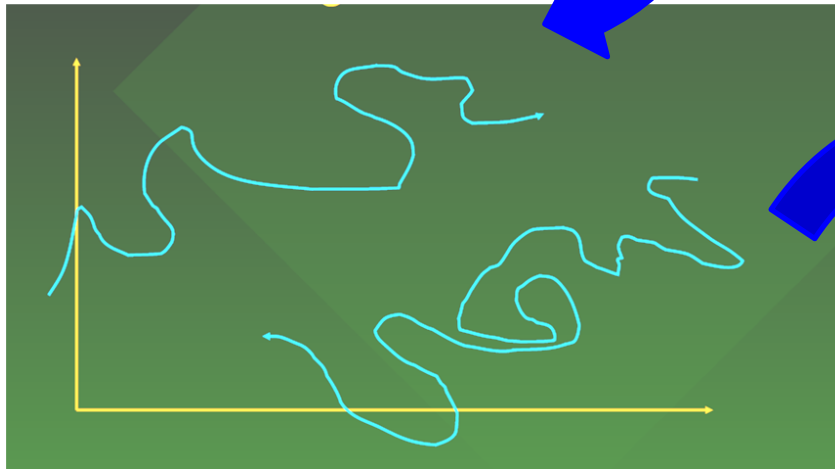
Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Codice deontologico del Medico - 2014

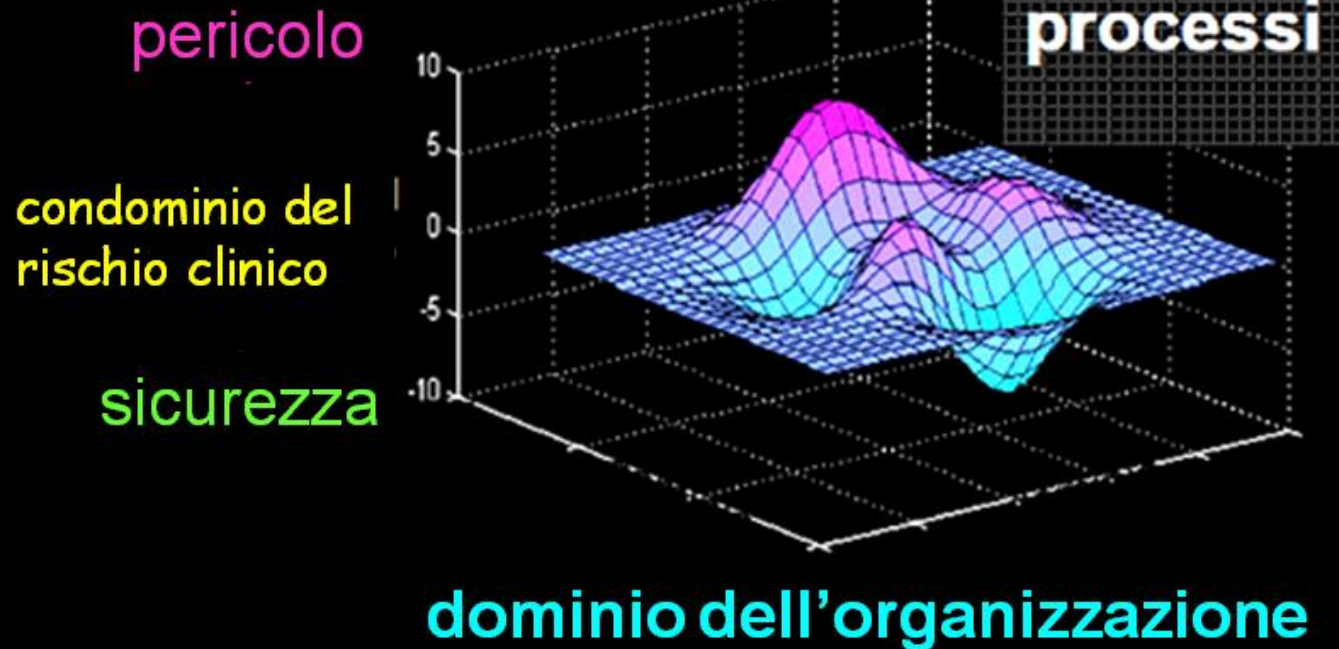
Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'**organizzazione delle attività** e dei **comportamenti professionali** e contribuendo alla prevenzione e alla **gestione del rischio** clinico attraverso:

- l'adesione alle **buone pratiche** cliniche
- l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del **consenso**, nonché alla **comunicazione di un evento indesiderato** e delle sue cause
- lo sviluppo continuo di attività **formative** e valutative sulle procedure di **sicurezza delle cure**
- la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di **eventi sentinella**, **errori**, **quasi errori** ed **eventi avversi** valutando le cause e garantendo la *natura riservata e confidenziale* delle informazioni raccolte

Società e Sanità evolvono
da una condizione di relativa
semplicità organizzativa,
attraverso una fase di
complessità caotica, ad una di
alta *complessità organizzativa*



Ma perché ci dovremmo
interessare dei sistemi complessi?



Se guardiamo al PRESENTE e al PASSATO:

perché sempre e comunque complessi
sono stati molti **sistemi che abbiamo
affrontato male**, con vistosi fallimenti,
per colpa degli **strumenti** sbagliati di
taglio *riduzionista e lineare* utilizzati :

- propagazione di epidemie fisiche
- scambi di civiltà nel corso della storia
- problemi del traffico delle nostre città
- dilagare di virus digitali, di credenze e mode
- emersione dell' intelligenza dalla vita ...



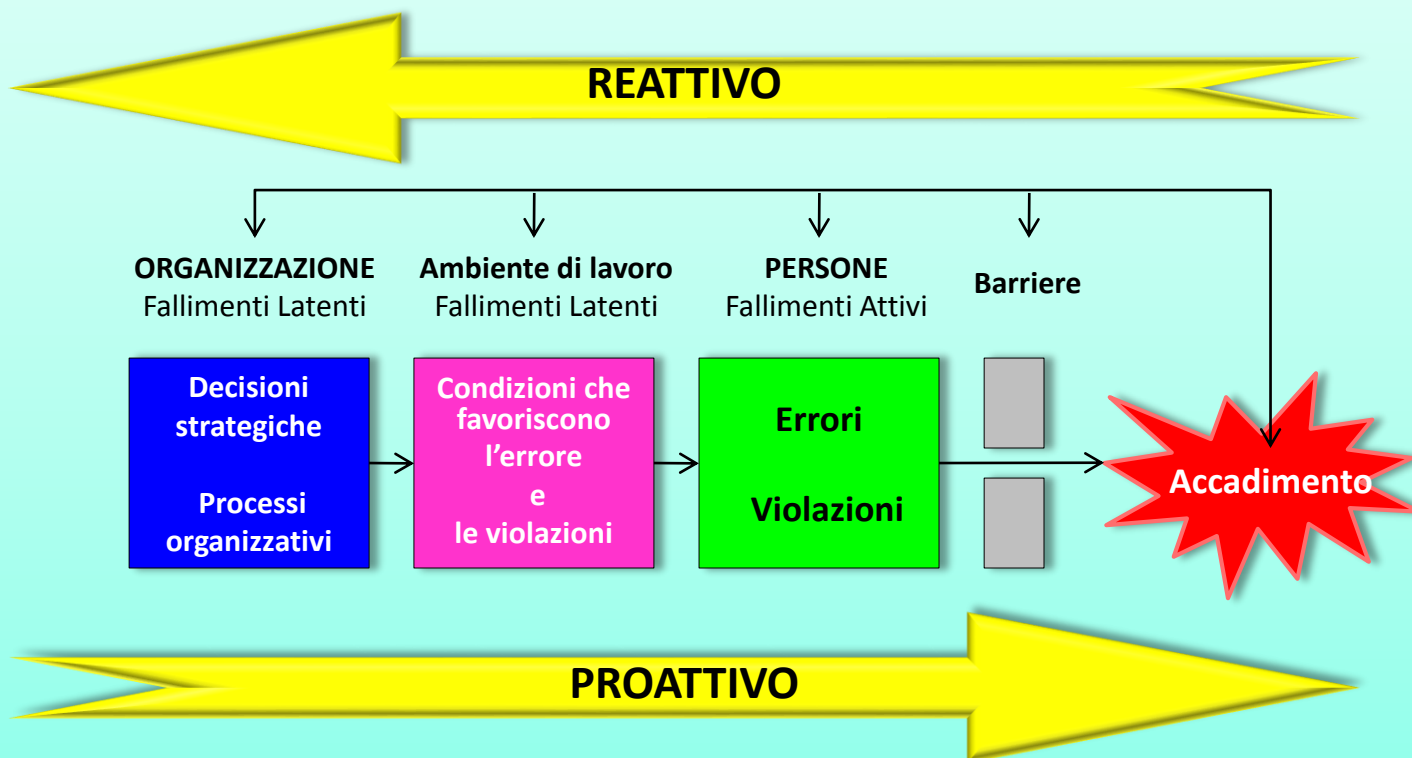
Se guardiamo verso il FUTURO:

perché sempre più **complessi sono e saranno** :



- medicina e organizzazione sanitaria
- mondo del lavoro e mercati
- società, economia e finanza del mondo globale
- ambienti naturali e reti artificiali
- informazioni , spot pubblicitari, narrazioni ...

Gli approcci tradizionali al Risk Management



I due approcci sono complementari e si combinano per rispondere alle esigenze di breve, medio e lungo periodo dell'organizzazione

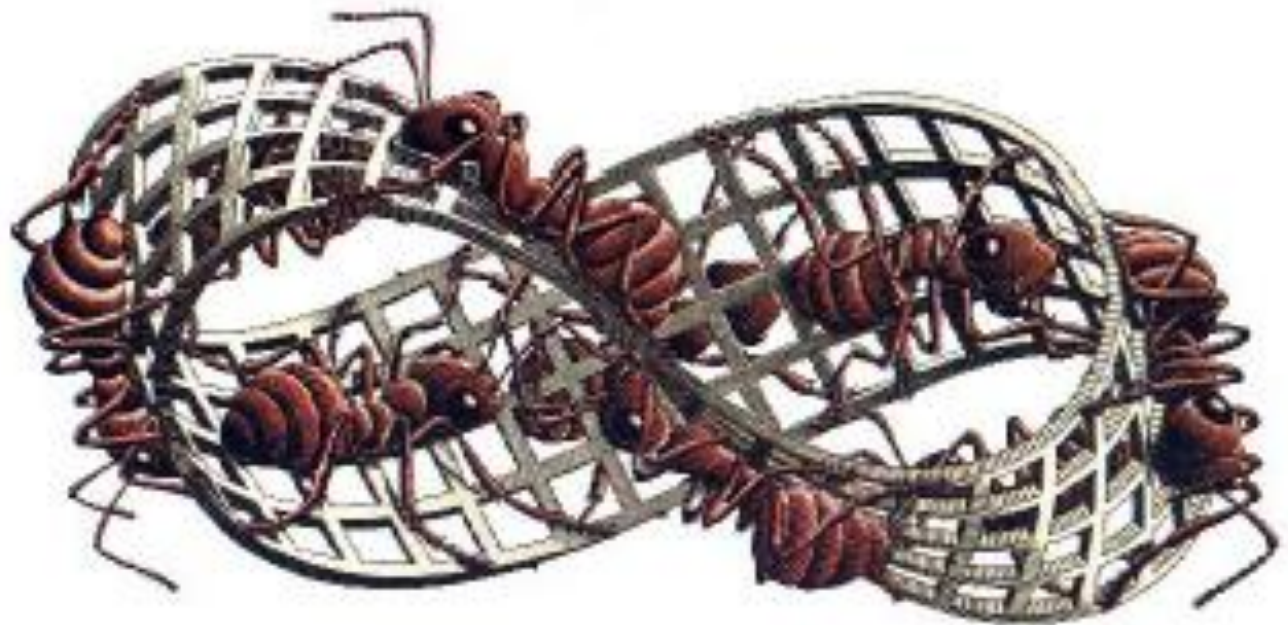
Gli approcci tradizionali al Risk Management

1. Approccio reattivo (le analisi cause - effetto)
2. Approccio proattivo (le analisi di processo: HFMEA)

Le metodologie gestionali sottese a questi due approcci concepiscono prevalentemente l'**organizzazione** in cui si è verificato, o nella quale potrebbe verificarsi, un evento avverso alla stregua di *un meccanismo da riparare* secondo una visione riduzionistica e meccanicistica.

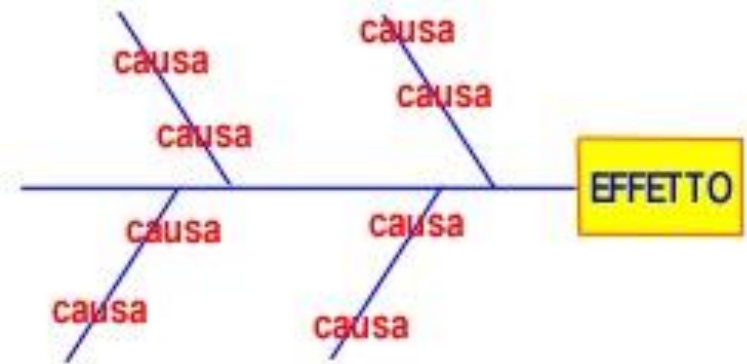
Gli approcci tradizionali al Risk Management

Leggono nell'incertezza della realtà
una fonte di pericolo, un elemento di
disturbo da eliminare



1. Rapporto cause – effetto

diagramma di Ishikawa



Pone in relazione causale alcune condizioni con l'evento avverso

PUNTI di FORZA:

modello altamente intuitivo, di facile applicazione, utile nella gestione di errori sistematici e/o di avversità ripetitive e simili tra loro

PUNTI di DEBOLEZZA:

- risale al 1953, periodo in cui le organizzazioni erano progettate sulla base di modelli ancora di forte ispirazione tayloristica
- correla la/le causa/e all'evento avverso con una **visione deterministica** e lineare, e vettorializzata avvalorato dal **rapporto causa-effettuale** analizzato e dal mancato studio delle *relazioni causa-causali* (interazione reciproca tra le cause)
- non tiene debitamente conto del *contesto*, quindi funziona in ambiti lontani da quelli che si definiscono sistemi complessi

Un aspetto ingannevole è che spesso i sistemi complessi presentano comportamenti apparentemente semplici.

In realtà non si tratta di cause ed effetti, ma di *sintomi concomitanti*, la cui origine deriva da dinamiche emergenti interne e profonde del sistema.

Quando si cerca di eliminare un determinato problema da un sistema è totalmente inutile combattere semplicemente il sintomo.

Esso si manifesta come prodotto di dinamiche profondamente radicate nel sistema, e sono queste cause, quelle su cui bisogna agire.

5° Rapporto Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella

tipo evento	n°	%
morte o grave danno per caduta di paziente	471	24,6
suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	295	15,4
ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	275	14,3
atti di violenza a danno di operatore	165	8,6
strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	159	8,29
morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	135	7,04
morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	82	4,28
morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	79	4,12
reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ab0	72	3,75
morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	55	2,87
errata procedura su paziente corretto	32	1,67
morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	27	1,41
procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	26	1,36
procedura in paziente sbagliato	16	0,83
morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra-ospedaliero, extraospedaliero)	15	0,78
violenza su paziente in ospedale	14	0,73
Totale eventi	1918	100

2. Approccio proattivo

Health Feature Mode and Effects Analysis (HFMEA)

PUNTI di FORZA:

metodologia ampiamente sperimentata di derivazione militare e industriale (aeronautico, nucleare, petrolchimico), contesti in cui sono attuate procedure ad elevato rischio intrinseco. Agevola gli operatori sanitari nel processo di revisione delle attività svolte in corso di procedure complicate.

PUNTI di DEBOLEZZA:

strumento per l'analisi di attività molto “**ingegnerizzate**” e quindi caratterizzate da un approccio rigorosamente quantitativo alla pesatura degli **indici di priorità di rischio**.

La proattività si esprime in ambiti altamente tecnici e su procedure **ben definite e circostanziate** nel tempo e nello spazio. L'HFMEA non è quindi uno strumento di analisi di sistema.

Focus sull'organizzazione

*Quando un clinico sbaglia provoca
una vittima ...*

*... se sbaglia un manager, è
responsabile di una strage!*

Potremmo affermare che:

$$\frac{\text{complessità organizzativa}}{\text{rischio clinico}} = \text{sicurezza}$$

- **Organizzazione** : (*organon*) strumento, mezzo attraverso cui si realizza un processo di trasformazione

- **Complessità** : *cum-plexum* (tessuto insieme), **proprietà non riducibile alla somma dei componenti costitutivi del sistema**

- **Sicurezza** : Qualità di un'organizzazione che esprime la capacità di proteggere dal verificarsi di un evento avverso e/o inatteso
- **Rischio** : probabilità che si verifichi un evento avverso/indesiderato

Perché, nonostante tante iniziative in corso, le prestazioni sanitarie non sono misurabilmente più sicure?

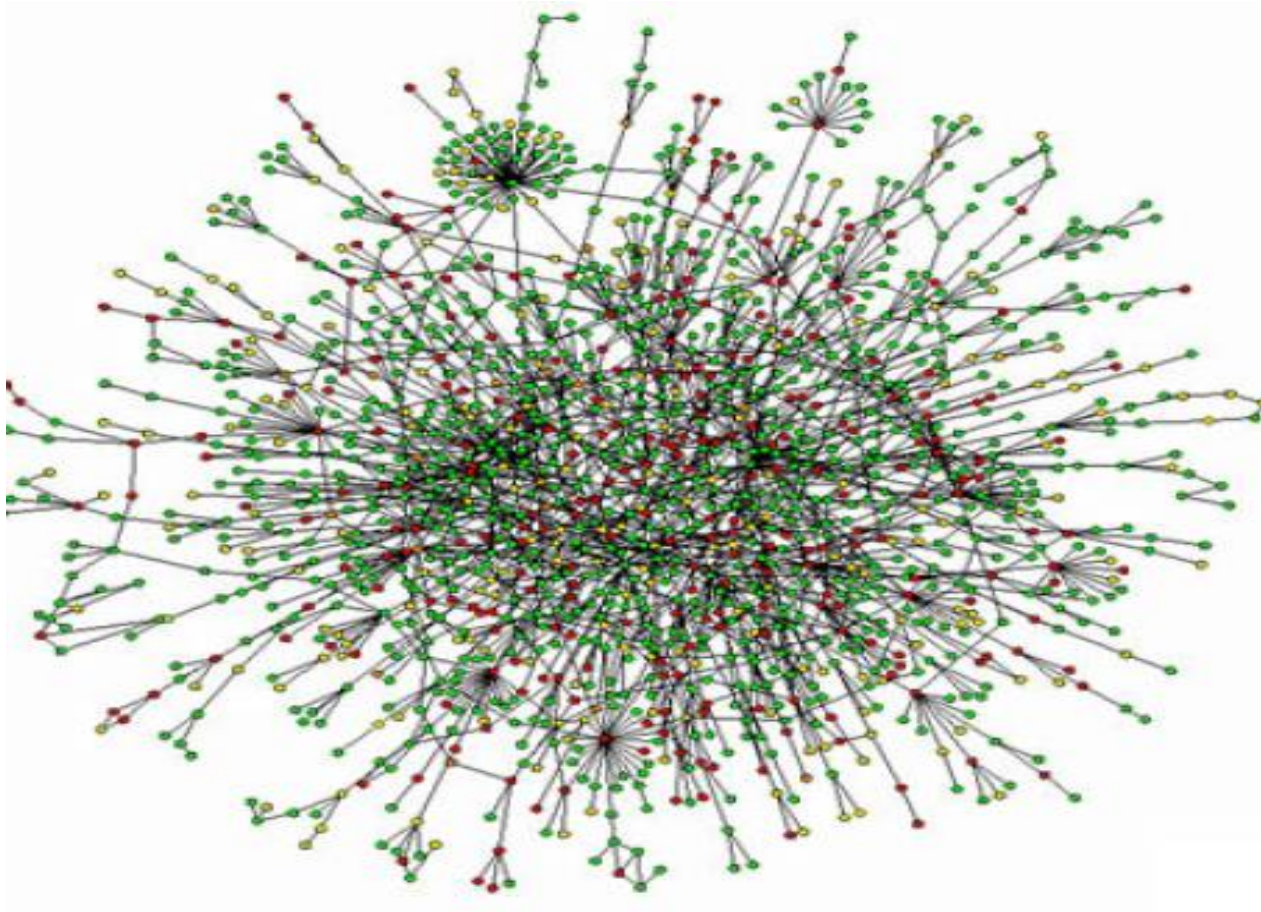
Ogni **organizzazione** è “perfettamente *progettata*” per ottenere ciò che ha *prodotto* e non ciò che *intendeva produrre*

Ogni **evento avverso** è un *esito complesso* multifattoriale e multidimensionale dell'organizzazione

Il **semplice** non esiste nella realtà ma è l'esito di un necessario *processo di astrazione* e riduzione della varietà e della variabilità (standardizzazione, normalizzazione)

I caratteri **complessi o caotici della realtà** costituiscono l'unica *premessa per il cambiamento* e per l'origine della diversità

Cominciamo a parlare di sistemi complessi e di complessità



rete a invarianza di scala delle relazioni proteiche di una cellula

Elementi della complessità



DART GAME
gioco **semplice**

- Regole: **1 sola**, il punteggio totale è la somma dei singoli lanci
- Schema: **unico**, ogni lancio può cumulare un punteggio compreso tra 1 e 10
- Risultato: **dicotomico**, vince il giocatore A o B che cumula il punteggio più alto



PUZZLE
gioco **complicato**

- Regole: **moltissime**, 4 per ogni tassello per il numero di tasselli
- Schema: **rigido**, ogni tassello ha una sola posizione predefinita
- Risultato: **predeterminato**, l'immagine è predefinita ed imm modificabile



LEGO
gioco **complesso**

- Regole: **pochissime**, valide per ogni incastro di ogni mattoncino)
- Schema: **flessibile**, ogni mattoncino può essere usato indifferentemente
- Risultato: **modulabile**, la costruzione può essere rimodulata in corso d'opera



PONGO
gioco **caotico**

- Regole a-priori: **assenti**, influenzate dalle caratteristiche iniziali del materiale
- Schema predeterminato: **assente**, unicità del manufatto
- Risultato: **ricorsività**, feedback continuo e multiplo tra opera ed artista

Attenzione ...

~~Semplice = Facile
Complesso = Difficile~~

NO

Due ambiti epistemologici distinti

Semantica {
Semplice
complesso

Pragmatica {
Facile
difficile

Sistema

Insieme di *più elementi strettamente interdipendenti* o comunque coordinati tra loro così da formare *un tutto organico*

Insieme di più elementi le cui *singole funzioni si sommano* con azioni ed effetti coordinati dando luogo ad *una funzione più generale e complessa*



- Complicato
- con pieghe)
- può essere s-piegato
dalla Scienza Classica



- Complesso
- con intrecci (come un groviglio)
- non può essere s-piegato
dalla Scienza Classica

Sistemi sanitari complessi

“strutture di *ruoli* differenziati che si *specializzano* nelle attività di prevenzione, diagnosi, prognosi terapia e riabilitazione e che *utilizzano risorse* economiche e *conoscenze* tecnico – scientifiche sulla base di un mandato conferito dalla *società*”



1. Struttura dei sistemi complessi

Per stabilire se un sistema è “solo” complicato oppure se è invece più o meno complesso, ci si basa su:

- **Numero** delle **COMPONENTI**
- **Complessità** delle componenti
- Struttura a **RETE** (interazioni locali non lineari)

Caratteristiche di un sistema complesso

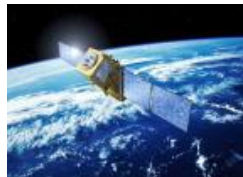
- grande **numero di componenti** o di elementi
- grande **varietà** di componenti e di elementi
- continua **interazione** tra i componenti
- continuo scambio di **informazioni** tra gli elementi
- continuo funzionamento di meccanismi di **retroazione**
- continuo **aggiustamento** delle azioni dei componenti e dei loro equilibri
- struttura a **rete**

Complessità



**SISTEMI
COMPLICATI**

Sistemi artificiali



**Sistemi naturali
fisico chimici**



**SISTEMI
COMPLESSI**

Sistemi biologici



**Sistemi
neurobiologici e
sociologici**



“Natura facit saltus”

Classificazione di Bulding (1958)

1. **Schemi** Sistemi fatti di strutture statiche. Es. la disposizione degli **atomi in un cristallo**, l'anatomia di un animale
2. **Meccanismi** Sistemi dinamici semplici. Es. **un orologio**, il sistema solare
3. **Sistemi cibernetici** Sistemi capaci di autoregolazione secondo un obiettivo o un criterio prescritto dall'esterno. Es. **termostato**
4. **Sistemi aperti** Sistemi capaci di automantenimento sulla base dell'utilizzo di risorse ambientali. Es. una **cellula**. *Sistemi ad immagine interna*
5. **Sistemi capaci di consapevolezza** dettagliata dell'ambiente, in cui l'informazione ricevuta è organizzata in una immagine o una struttura cognitiva dell'ambiente nel suo complesso. Es. **animali**
6. **Sistemi che trattano simboli** Sistemi che possiedono e sono pertanto capaci di utilizzare un linguaggio. Es. gli **uomini**
7. **Sistemi sociali** Sistemi pluricefali composti da soggetti al livello 7 con un ordine sociale e una cultura comuni. Es. le **organizzazioni**



Sistemi naturali

Sistemi tecnologici

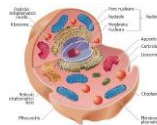
Sistemi sociali ??

Un termostato



- Più della somma dei componenti
- Proprietà emergenti
- **Relazioni univoche** tra gli elementi
- Sistema **statico**, **non evolve**
- Sistema tecnologico artificiale
- Autore e progetto sono noti
- Funziona quando diamo energia

Una cellula



- **Più della somma dei componenti**
- Proprietà emergenti
- **Relazioni dinamiche** tra gli elementi
- Sistema naturale, **evolve per discontinuità**
- Gli elementi **cooperano per un continuo equilibrio (ambiente interno/esterno)**
- Non è progettato, autore e progetto sconosciuti
- Non si accende né si spegne

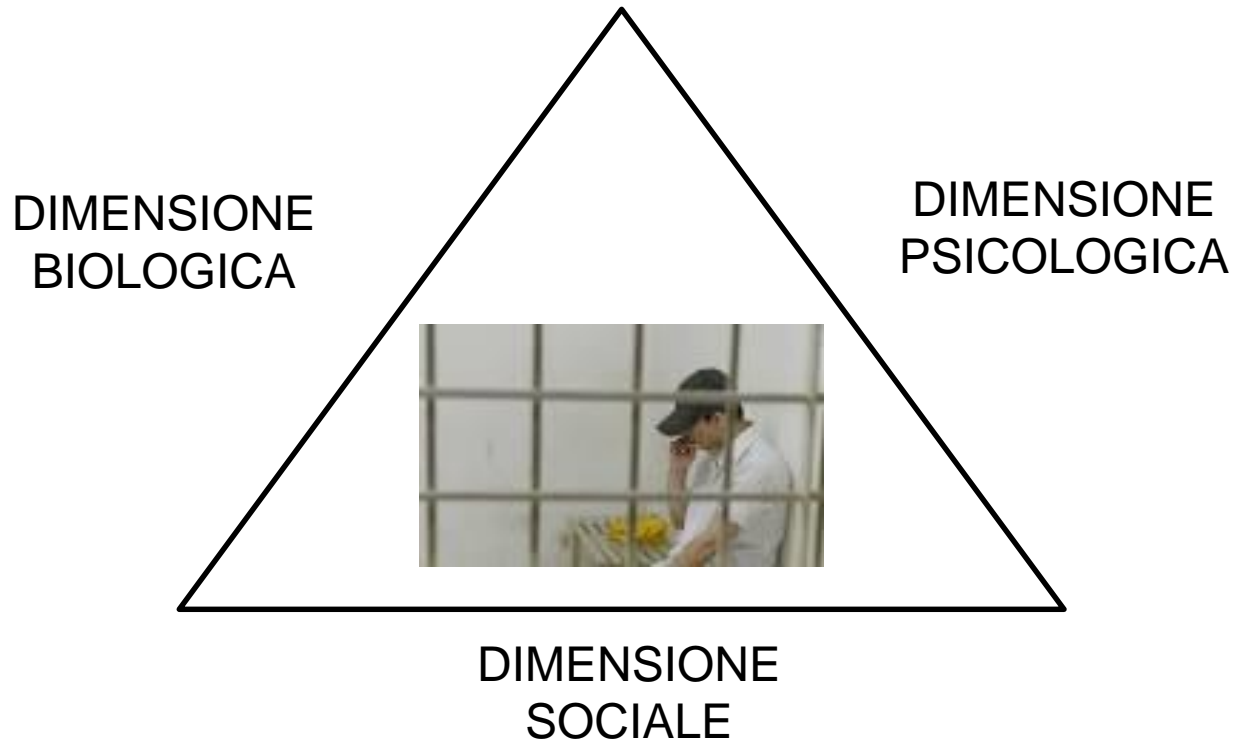
Sistema Sanitario



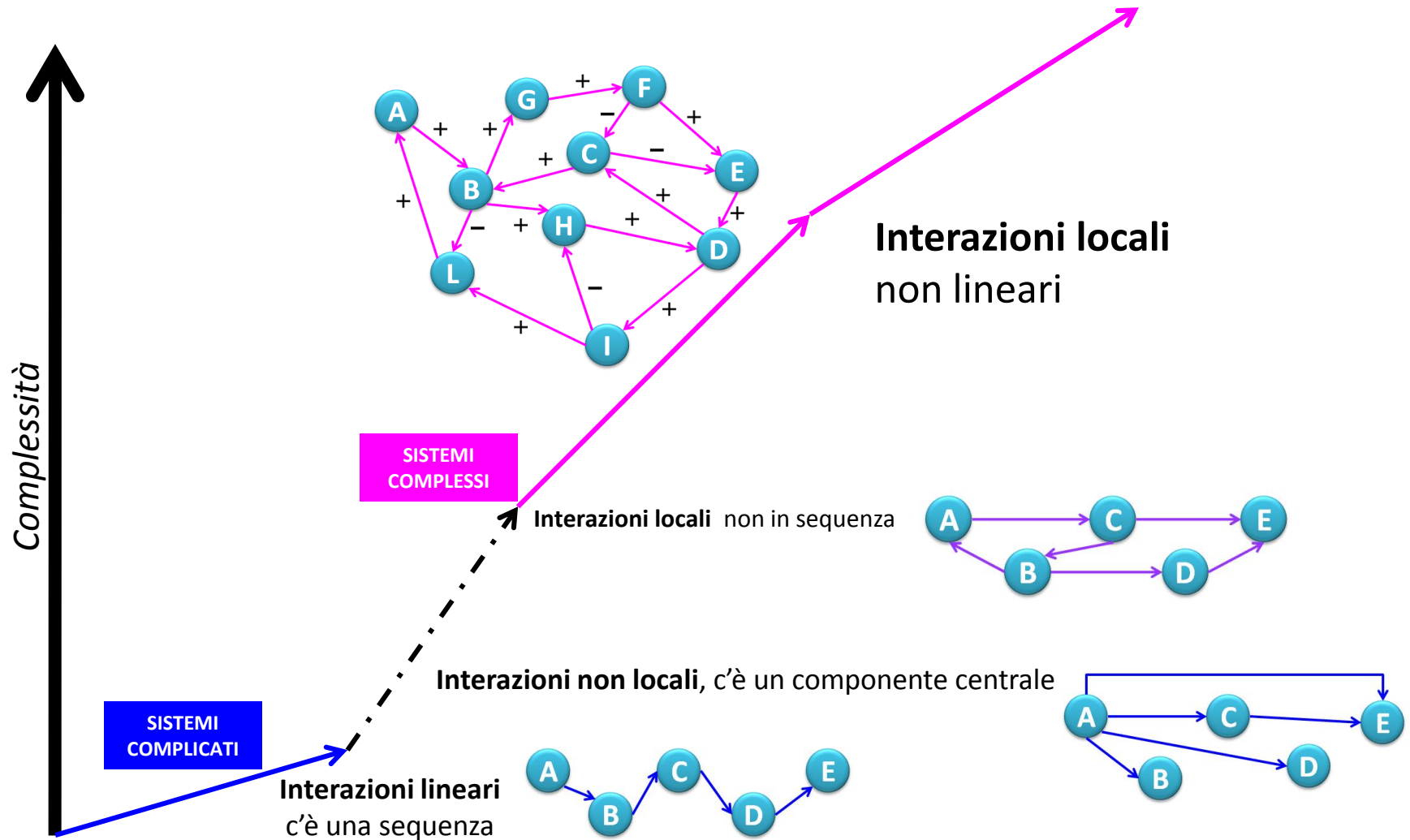
- **Più della somma dei componenti**
- Proprietà emergenti
- **Relazioni dinamiche**, molto “lasche”
- Sistema dinamico, **evolve continuamente**
- Gli elementi **cooperano per un continuo equilibrio (ambiente interno/esterno)**
- E’ progettato, ma si auto-organizza
- Non si accende né si spegne

Un sistema è tale se ha la capacità di acquisire e mantenere nel tempo proprietà sistemiche grazie all'*integrazione* continua e funzionale di più componenti che si trovano in una condizione di *coerenza dinamica*

La complessità del paziente

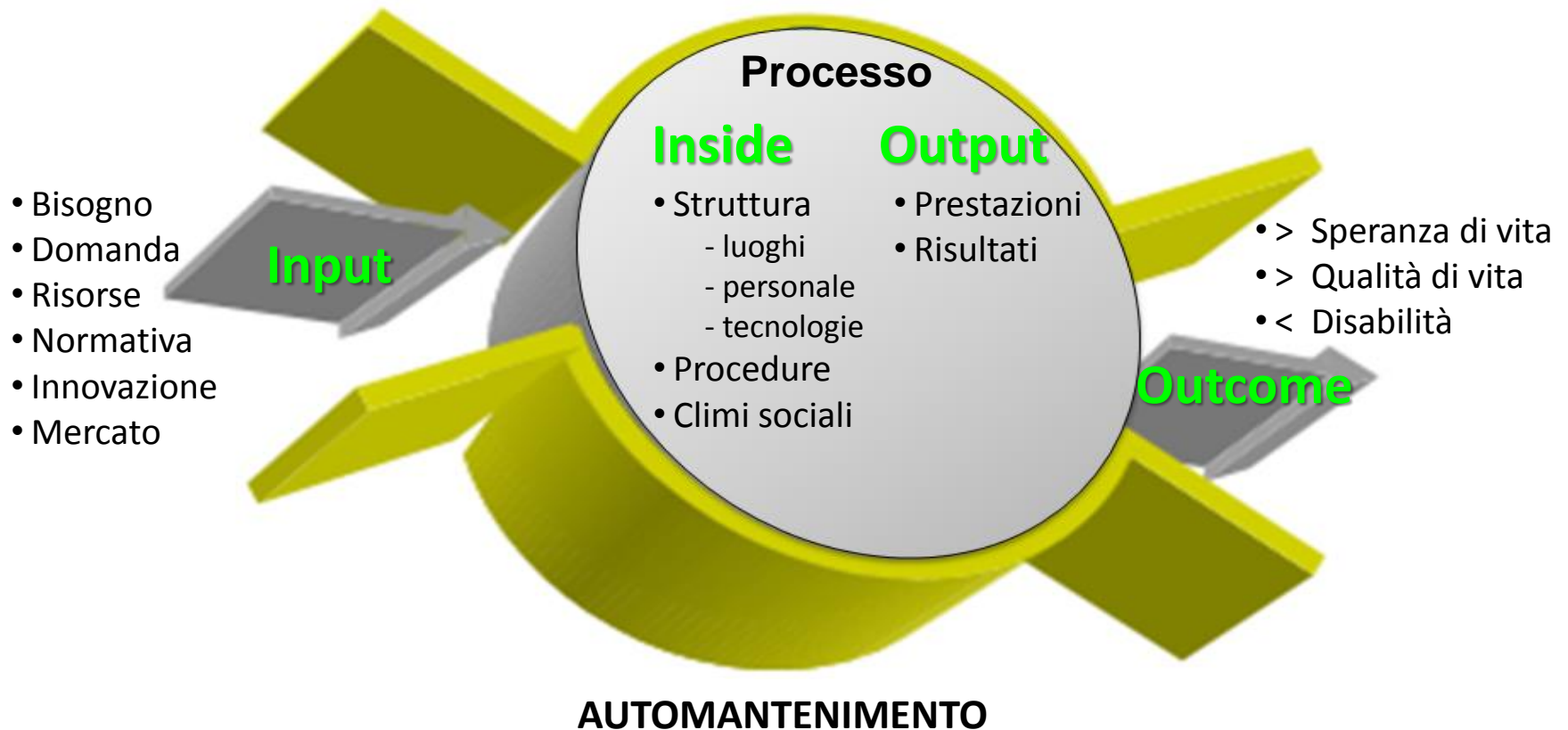


Le componenti formano la rete



Sono sistemi aperti

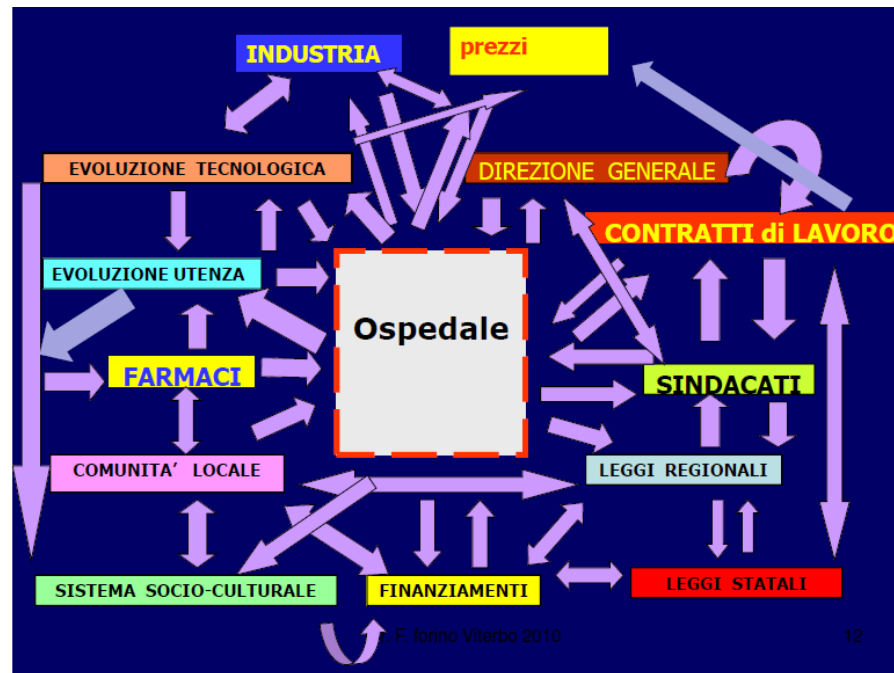
Un sistema si dice aperto, se **interagisce con l'ambiente** (attraverso lo scambio di materia, energia o informazioni)



Sistemi aperti

L'interscambio e la relazione di un sistema aperto con il suo ambiente sono costitutivi del sistema stesso.

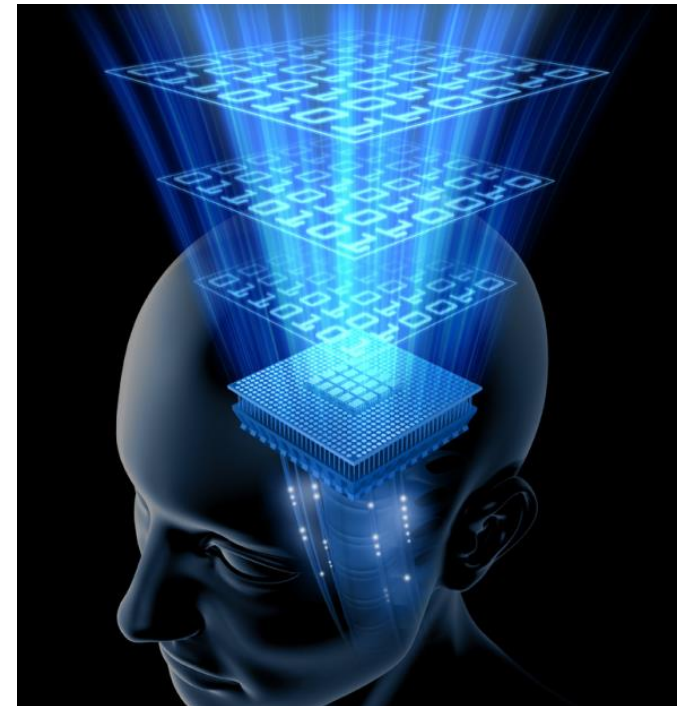
Un sistema aperto non può essere compreso se non **includendovi** l'ambiente circostante, di cui fa parte anche se resta per esso esterno.



La parte è nel tutto e il tutto è nella parte

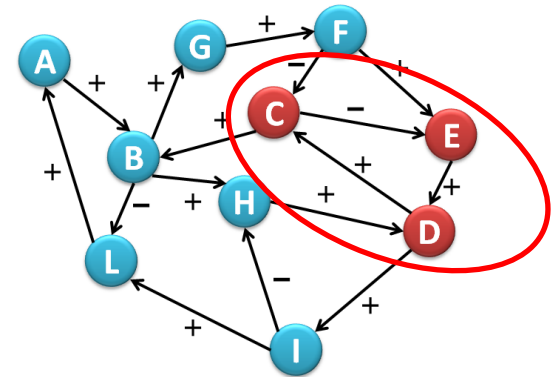
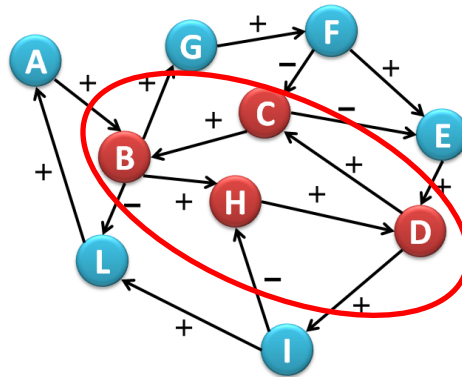
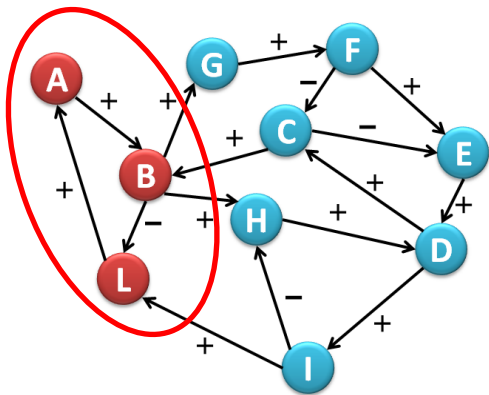
Principio ologrammatico

- La qualità dell'organizzazione si valuta nella capacità di prevedere, misurare e controllare il rischio
- Il rischio che si materializza sotto forma di errore è l'immagine ologrammatica di tale capacità e quindi dell'organizzazione.
- L'impegno ad analizzare l'errore (negatività) per migliorare il controllo del rischio (positività) è la proiezione del clima organizzativo.

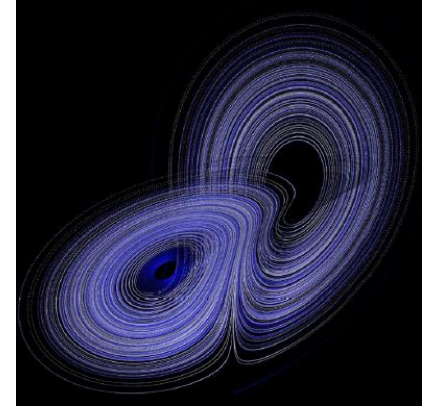


Complessità della rete

- Le componenti di un sistema complesso interagiscono tra loro formando una RETE di interazioni non lineari
- All'interno della rete si intrecciano processi di feedback negativo e di feedback positivo producendo fenomeni straordinari chiamati *fenomeni emergenti*



2. Dinamica dei sistemi complessi



- Ad ogni elemento “rilevante” del sistema complesso è associato un valore numerico (*stato*)
- Si chiama *variabile di stato* ogni elemento del sistema al quale si può associare un valore numerico (è perciò *quantificabile*, misurabile)
- Ad ogni istante, lo *stato del sistema* è definito dall’insieme dei valori di tutte le variabili di stato

Dinamica dei sistemi

La caratteristica più sbalorditiva dei sistemi complessi è il cosiddetto “effetto farfalla”



“... se una farfalla batte le ali in Brasile, (dopo un po’) un tornado potrebbe scatenarsi in Texas ...”

Per “effetto farfalla” si intende l'estrema *sensibilità di un sistema alle (piccole) perturbazioni*

Piccole perturbazioni del sistema possono determinare enormi variazioni nell'evoluzione del sistema



Effetto farfalla

Le conseguenze dell'effetto farfalla sono importantissime:

- Perturbare, anche poco, lo stato di un sistema complesso può stravolgere il suo comportamento e la sua evoluzione
- *Poiché ogni minima interazione perturba (poco o tanto) il sistema, l'evoluzione dei sistemi complessi è completamente imprevedibile*

Zoom indietro (Ctrl+3)
Firenze, 4 ottobre 2013 - Hotel A
Programma definitivo

Malpractice, maltrattamenti e responsabilità professionale

Casistica e testimonianze

I casi di Franco Mastrogiovanni (morto al letto di contenzione dopo 80 ore all'interno di un ospedale pubblico) e di Stefano Cucchi (morto in un reparto di medicina penitenziaria di un ospedale romano) hanno scosso l'opinione pubblica e il mondo professionale. Le sentenze di primo grado hanno condannato i medici e assolto gli infermieri e, nel caso di Stefano Cucchi, anche gli agenti di polizia penitenziaria. Il convegno si propone di analizzare sotto il profilo giuridico, medico-legale e professionale i due casi allo stato attuale delle conoscenze.

Il caso di Francesco Mastrogiovanni: morto in un Spdc dopo 80 ore di contenzione fisica. Medici condannati e infermieri assolti!

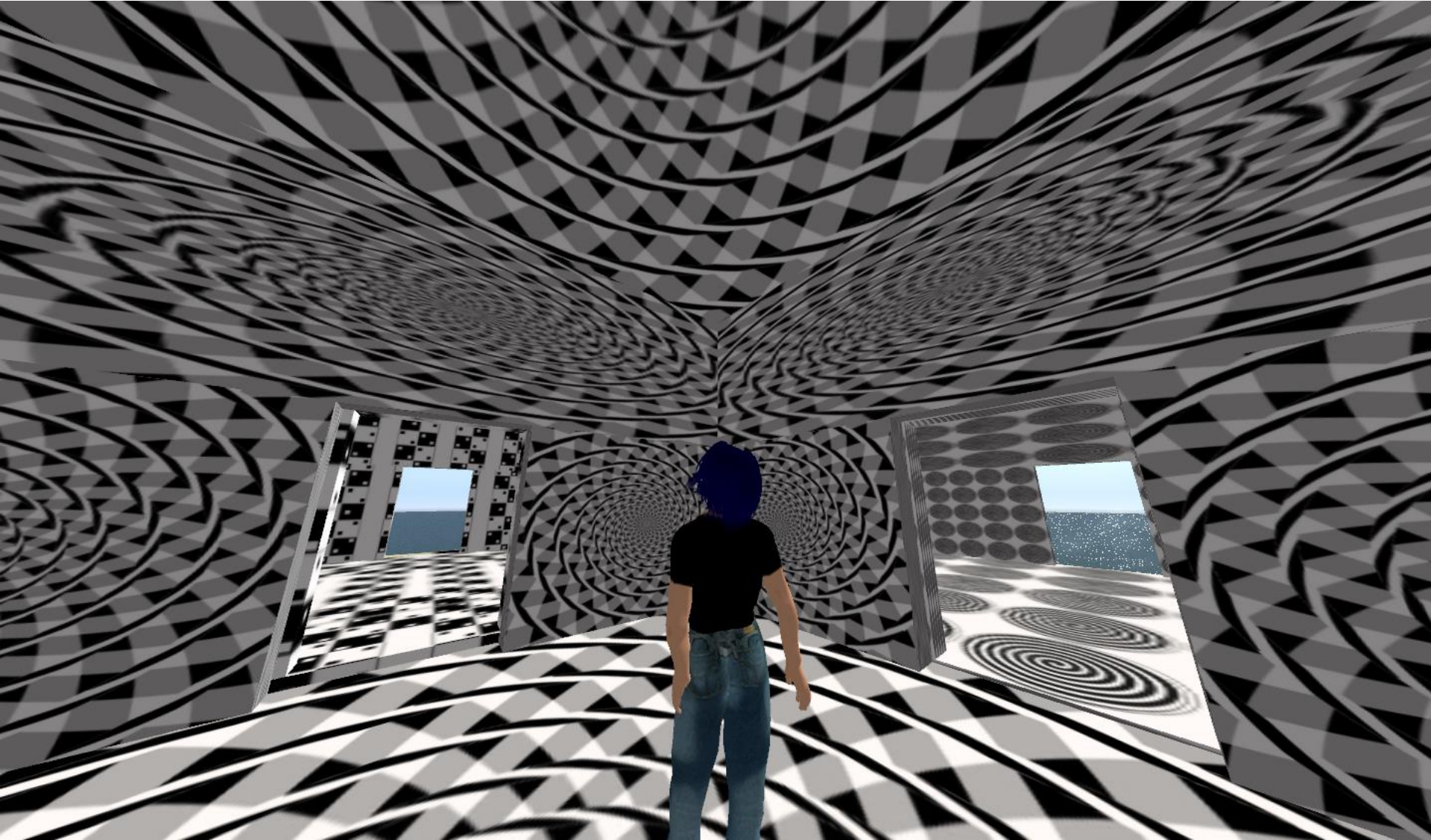
Dalla sentenza: "La contenzione va qualificata come atto di stretta pertinenza del medico".
I medici sono stati condannati con pene che vanno da un anno e mezzo a tre anni e mezzo per sequestro di persona. Ad alcuni di loro è stata comminata anche l'interdizione per cinque anni dai pubblici uffici.

Il caso di Stefano Cucchi
Medici condannati, infermieri e agenti polizia penitenziaria assolti

In attesa delle motivazioni della sentenza attese per i primi di settembre riportiamo lo stralcio della perizia a cui i giudici sembrano essersi allineati: "I medici dell'ospedale, con condotte colpose o con imperizia o con negligenza, non hanno saputo individuare la patologia da cui era affetto il paziente Stefano Cucchi, di cui ne sottovalutarono le condizioni - si leggeva nel documento - l'evento morte era prevedibile". Non si conoscono ancora le motivazioni dell'assoluzione di infermieri e agenti di polizia penitenziaria.

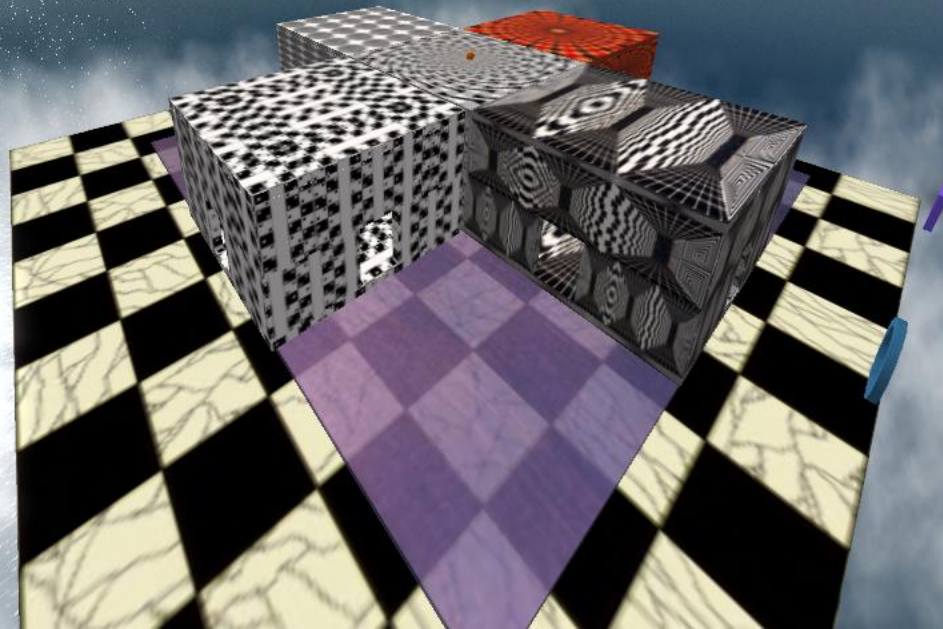
Programma

Governare l'errore
è possibile o piuttosto necessario?



L'approccio sistemico

Una metodologia che permette
di organizzare e di collocare
differenti conoscenze e di
ottenere maggiore efficacia
nell'azione direzionale



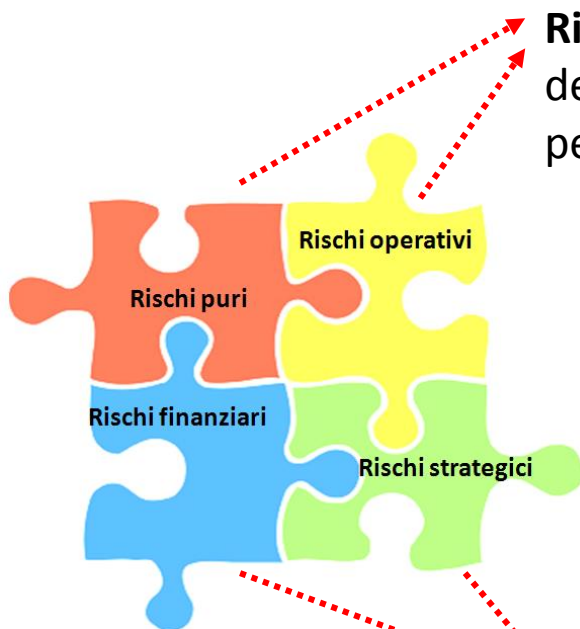
Cos'è il Risk management ?

Letteralmente, significa “gestione del rischio”.

Funzione aziendale con il compito di identificare, valutare, gestire e sottoporre a controllo economico i rischi puri dell'azienda, cioè gli eventi che possono rappresentare una minaccia per il patrimonio fisico e umano dell'azienda stessa e/o per le sue capacità di reddito.

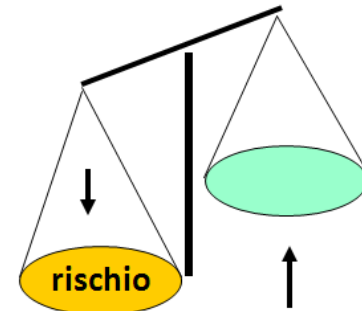


Elemento che attribuisce “resilienza” all'organizzazione, rendendola più affidabile nel raggiungimento degli obiettivi

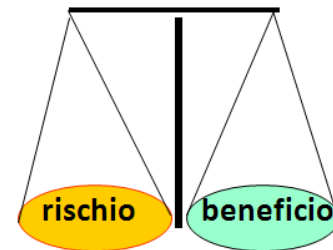


Rischi puri: rischi da cui derivano esclusivamente perdite

Rischi speculativi: rischi da cui possono derivare o un profitto o una perdita.



RM FUTURO?



RM TRADIZIONALE

La gestione del rischio (*risk management*)

“Le attività coordinate per **guidare e tenere sotto controllo un’organizzazione con riferimento al rischio**”

Norma ISO 31000 “Risk Management – Principles and guidelines”

Il concetto di **guidare** presuppone la presenza di una **meta**, rappresentata dalle strategie e quindi dagli obiettivi di lungo, medio e breve periodo

Il concetto di **tenere sotto controllo** presuppone la **misura**, quindi indicatori, per monitorare degli eventi o delle situazioni

La gestione del rischio clinico

Clinical Risk Management

Le politiche di gestione del rischio, **volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti**, costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management)

Ministero della Salute



DOMANDA



**livelli
di attività**

**Progresso
scientifico**



**PROFILO di
RISCHIO**

**Evento
indesiderato**

QUALITA'

**evento
potenzialmente
risarcibile**



AZIENDA SANITARIA

RISARCIMENTO

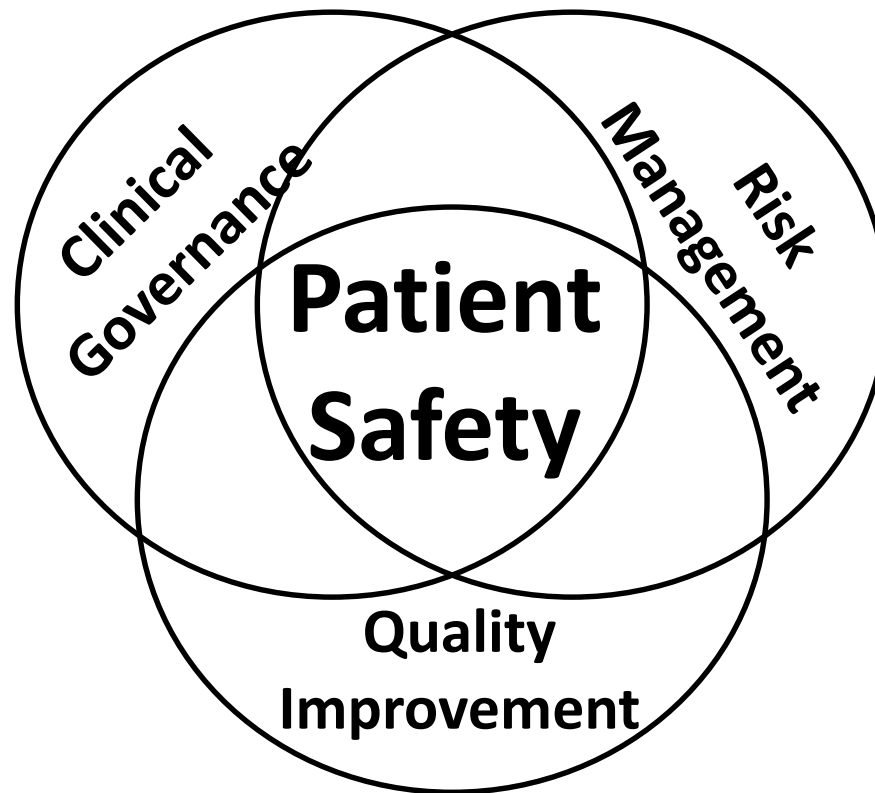
**POLITICA
ASSICURATIVA**

CONTENZIOSO

**richiesta di
risarcimento**



Il sistema di garanzia della sicurezza per i pazienti



Clinical Governance e Clinical Risk Management

“ il Governo clinico si esercita attraverso l’uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativi-gestionali tesi ad evitare i *rischi*, ad individuare tempestivamente e apertamente gli *eventi indesiderati*, a trarre *insegnamento* dagli errori...”



La clinical governance rappresenta impegno delle organizzazioni sanitarie nel creare e nel rendere conto (accountability) di un sistema centrato sui bisogni del paziente, dove la sicurezza e la qualità delle cure e dei servizi forniti raggiungano i massimi livelli rispetto alle risorse disponibili.

Ministero Salute

Bisogni e aspettative dei detenuti



Approccio sistemico

Modifica dei
comportamenti

Miglioramento delle conoscenze
e della formazione

Modifica condizioni
del sistema

Elementi umani, tecnologici e relazionali
che possono favorire il verificarsi dell'errore
individuandone le cause profonde e
rimuovendole

Cambio di paradigma

Errore come fonte di apprendimento

Promuovere una cultura dell'imparare dall'errore evitando invece di
nascondere.

Processo di gestione del rischio

Fasi



Identificazione del rischio



Identificazione del rischio

INCIDENT REPORTING ISTITUTI DI PENNA
Scheda di segnalazione degli eventi

Modifica	
Eventi segnalati	
Eventi segnalati	
Operazioni	
Datazione	
Larghezza	
Sede di provenienza	
Regione di provenienza	
Descrizione dell'evento	
Cause di prima presenza	
Altri dati	

SCHEDA A
Segnalazione dell'evento sentinella

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
LIVELLO III

OSSERVATORIO NAZIONALE
SUGLI EVENTI SENTINELLA

Engio 2009

ASL Cagliari
Modulo reclami

Prot. n° _____ del _____

Sig./Sig.ra _____
o Familiare (specificare a che titolo _____) del cittadino in stato di detenzione _____
Presso l'Istituto _____
o Associazione _____

Oggetto della segnalazione _____

Firma _____ del _____

Accusa _____

Firma _____

Ricevuto di _____

Incident Reporting

STRUMENTI

**Reclami/
Contenzioso**

**Revisione
documentazione
clinica**

**Sistemi informativi
(analisi delle SDO)**



Incident Reporting

Sistemi obbligatori

La segnalazione (e la mancata segnalazione) è obbligo normato da leggi o regolamenti

Il fine è garantire l'affidabilità dell'organizzazione sanitaria

- si focalizzano su eventi particolarmente rilevanti



Sistemi volontari

Adottati e applicati per libera scelta

Il fine è identificare i difetti di sistema che favoriscono l'insorgere degli eventi prima che questi si manifestino con conseguenze dannose

- si focalizzano sul miglioramento e tendono a considerare tutti gli eventi, anche quelli cui non conseguono danni o questi sono minimi
- le informazioni sono gestite in modo confidenziale e non comportano l'adozione di sanzioni e punizioni *(nei sistemi giuridici che lo consentono!)*
- la segnalazione è contributo dell'operatore al miglioramento del sistema e la mancata segnalazione rientra nella negligenza

Evento Sentinella

Evento inaspettato di particolare gravità che aumenta il rischio di esitare o che esita in decesso o in grave danno fisico o psicologico.

Sono inclusi gli eventi che avrebbero potuto causare gravi conseguenze, ma che per ragioni fortuite non le hanno causate

Richiedono di essere investigati con lo stesso livello di analisi degli eventi che esitano in grave danno (Root cause analysis)

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 successivo intervento/ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
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** (intra o extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella CO118 e/o all'interno del PS
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni **altro evento avverso** che causa **morte o grave danno** al paziente



Incident Reporting

Opportunità

- individua specifiche problematiche
- consente di individuare anche eventi poco frequenti
- può correlare gli eventi a problematiche che attraversano tutta l'organizzazione
- consente di analizzare in maniera profonda gli eventi
- permette di reagire rapidamente alle situazioni o di prevenirle

Vincoli

è necessario che sia garantita la **confidenzialità** delle segnalazioni e la **non punibilità di coloro che segnalano**, e si **devono vedere risultati di miglioramento** tecnico-organizzativo per alimentare le segnalazioni.



CONTESTO



PRISK		INCIDENT REPORTING ISTITUTI DI PENA		
Versione 1.0 (2013)		Scheda di segnalazione degli eventi		
Struttura	Evento rilevato			
	Evento avvenuto			
Operatore	Nome e Cognome (facoltativo)			
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Coordinatore <input checked="" type="checkbox"/> Infermieri	<input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Psicologo	
		<input type="checkbox"/> Personale di supporto <input type="checkbox"/> Altro		
Detenuto	Nome e Cognome (facoltativo)			
	N° scheda nosologica		Anno di nascita Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Luogo evento	<input type="checkbox"/> Infermeria <input type="checkbox"/> Degenza <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica			
	<input checked="" type="checkbox"/> Sezione detenzione <input type="checkbox"/> Area Trattamento <input type="checkbox"/> Spazi comuni <input type="checkbox"/> Altro.....			
Data evento	Data	fascia oraria (turno) <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notturno <input type="checkbox"/> Festivo		
	Ora			
Tipo di prestaz.	<input type="checkbox"/> Urgente <input checked="" type="checkbox"/> Programmato <input type="checkbox"/> TSO/ASO			
Regime di prestazione	<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Prestazione reparto degenza			
	<input type="checkbox"/> Prestazione in cella <input type="checkbox"/> Altro.....			
Descrizione dell'evento (in modo sintetico, ma esaustivo) Che cosa è successo? Dove? Come e perché è successo? Chi si è accorto che stava accadendo/è accaduto? Come è stato trattato nell'immediato l'evento?				
<i>Somministrazione di farmaco non prescritto</i>				
Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.				
<i>Verifica della corretta trascrizione della terapia</i>				
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)				
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	Staff inadeguato/insufficiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/>	Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>	Gruppo nuovo/inesperto/elevato turnover	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input checked="" type="checkbox"/>	Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>	Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>	Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedure	<input type="checkbox"/>
	Presa scordatoia/reola non seguita	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>	Mancato/inadeguato apparecch. /dispositivo	<input type="checkbox"/>
	Fatica/stress	<input checked="" type="checkbox"/>	Mancata/inadeg. manutenzione appar/dispositivo	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>	Mancato/inadeguato materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
	Inadeguata supervisione/tutoraggio	<input type="checkbox"/>	Inadeguata gestione interfaccia	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà nel lavoro di equipe	<input type="checkbox"/>	Inadeguata organizzazione cambio turno	<input type="checkbox"/>
	Mancata verifica preventiva apparecch./dispositivi	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inadeguata informazione/comunicazione al paziente	<input checked="" type="checkbox"/>	Interferenze ambientali	<input checked="" type="checkbox"/>
Altri fattori (specificare):				
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini/prestazioni sanitarie? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico/ reintervento chir		<input type="checkbox"/> Indagine di laboratorio		
<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario		<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica		
<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> Indagine radiologica		
		<input type="checkbox"/> Medicazione		
		<input type="checkbox"/> Visita medica		
		<input type="checkbox"/> Altro.....		
I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database				

ESITO DELL'EVENTO (indicare solo una risposta)			
Quasi Evento	SITUAZIONE PERICOLOSA – Condizione rischiosa		Livello 1 <input type="checkbox"/>
	EVENTO INTERCETTATO – Evento occorso, ma intercettato (prima del coinvolgimento del paziente)		Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO – Evento occorso che non richiede visita medica/ osservazioni/ monitoraggi extra		Livello 3 <input checked="" type="checkbox"/>
	ESITO MINORE – Evento occorso che ha richiesto visita medica/ rivalutazione/ osservazioni/ monitoraggi extra (es. rilevazione parametri vitali)		Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali (esecuzione/ ripetizione di esame del sangue/ urine/ ecografia/ Rx, ...) e/o trattamenti semplici (bendaggi, analgesici, ...)		Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali complessi (TAC/ RM/ Angio,...) o trattamenti complessi (ammine vasoattive, cortisonici, antagonisti, suture, ecc.) e/o modifica/cancellazione del trattamento programmato		Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – evento occorso che ha richiesto ammissione in ospedale o prolungamento (significativo) della degenza e/o condizioni che permangono alla dimissione e/o trasferimento in terapia semi-intensiva/intensiva non pianificato e/o intervento chirurgico non programmato		Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO – Disabilità permanente/contributo al decesso		Livello 8 <input type="checkbox"/>
VALUTAZIONE DEL RISCHIO FUTURO			
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Raro (> 5 anni)	<input type="checkbox"/> Basso (ogni 1-5 anni)	<input checked="" type="checkbox"/> Medio (annuale)
	<input type="checkbox"/> Alto (mensile)	<input type="checkbox"/> Altissimo (settimanale)	
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Nessuno (livelli 1-2-3)	<input checked="" type="checkbox"/> Minore (livello 4)	<input type="checkbox"/> Moderato (livello 5)
	<input type="checkbox"/> Medio (livello 6)	<input type="checkbox"/> Severo (livelli 7-8)	
CAUSE DELL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)			
Errori Umani		Ambiente e tecnologia	
<input type="checkbox"/> Knowledge (fallimenti conoscenza)	<input type="checkbox"/> Skill (distrazione/lapsus)	<input type="checkbox"/> Progettazione/pianificazione	
<input type="checkbox"/> Qualificazione	<input type="checkbox"/> Coordinamento	<input checked="" type="checkbox"/> Verifica preventiva	
<input type="checkbox"/> Vigilanza	<input type="checkbox"/> Azioni	<input type="checkbox"/> Costruzione/installazione di struttura/ apparecchiature /materiale	
Errori organizzativi		Altri fattori	
<input checked="" type="checkbox"/> Protocolli/procedure	<input checked="" type="checkbox"/> Passaggio conoscenze/informazioni	<input checked="" type="checkbox"/> Fattori paziente	
<input type="checkbox"/> Priorità gestione	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Fattori inclassificabili	
Le AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO sono identificabili al momento della segnalazione			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In corso di definizione Se SI compilare quadro sottostante (è possibile indicare più di una risposta)			
<input checked="" type="checkbox"/> Stesura/revisione protocollo/ procedura/ documentazione		<input type="checkbox"/> Acquisizione/sostituzione/riparazione presidi/attrezzatura /tecnologie	
<input type="checkbox"/> Riorganizzazione personale/processo		<input type="checkbox"/> Cambiamenti strutturali/logistici	
<input type="checkbox"/> Formazione/addestramento personale		<input type="checkbox"/> Altro	
Specificare			
Specificare gli strumenti utilizzati o che si programma di utilizzare (raccolta ulteriori informazioni, audit, SEA, discussione con equipe, root cause analysis,...)			
SI <input type="checkbox"/>	Evento Sentinella Class. Min. Salute	Le azioni di Riduzione del Rischio hanno una rilevanza:	
SI <input type="checkbox"/>	Evento Critici Classificati Amm. Penit.	<input type="checkbox"/> Di singolo Istituto	<input type="checkbox"/> Di rilievo Regionale

- La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, in caso di eventi previsti in altri sistemi di segnalazione (es. farmacovigilanza, dispositivivigilanza, emovigilanza, Infortuni sul lavoro,...) è necessario compilare le schede specifiche dei diversi sistemi.
- La prima parte della scheda può essere compilata anche in forma anonima, e in ogni caso, dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, qualsiasi dato riguardante l'operatore e il paziente verrà reso anonimo.

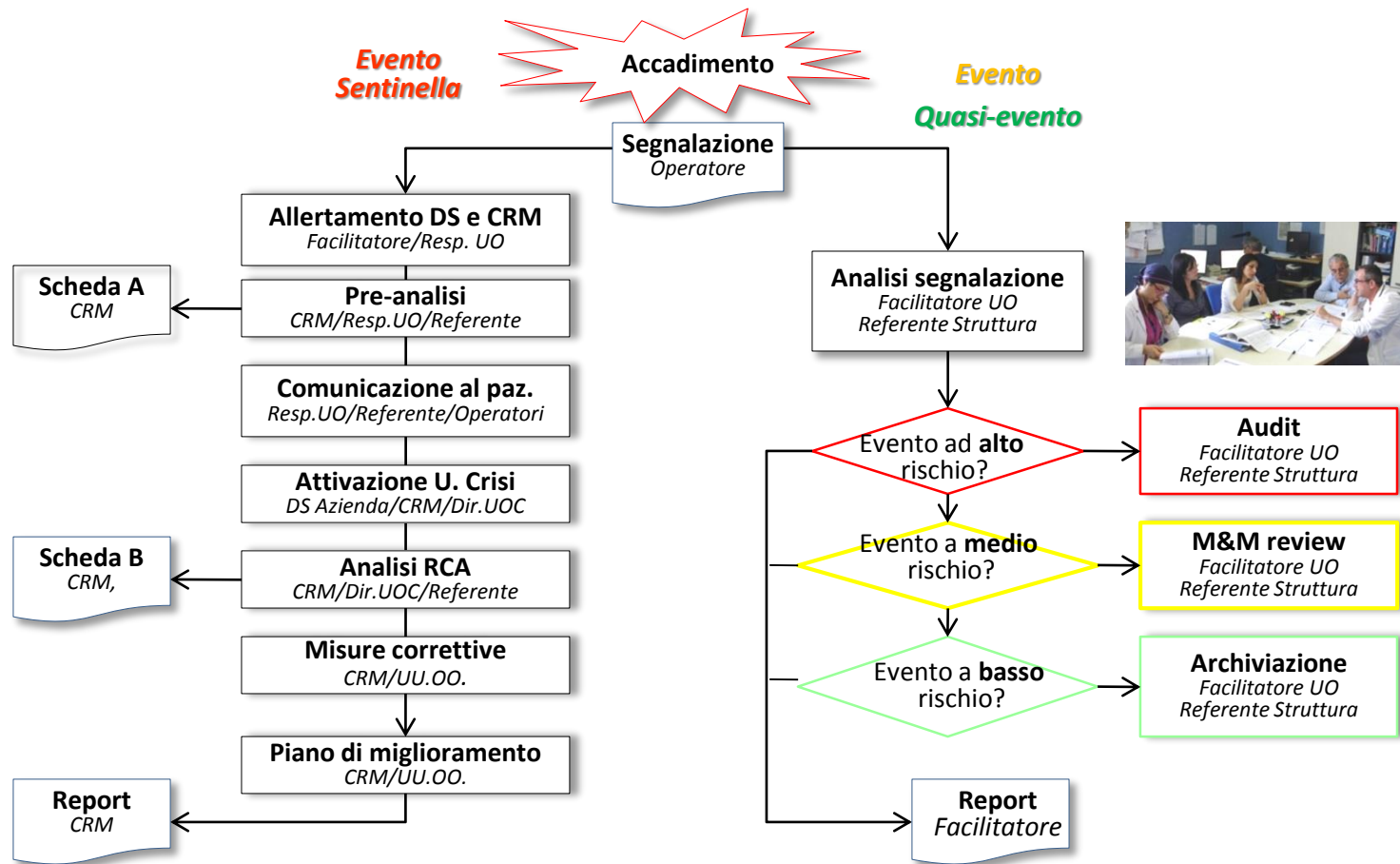
Incident Reporting

Studio “PRISK” negli istituti penitenziari dell’Emilia Romagna - 2013

Tipologia di accadimenti segnalati - globale



Incident Reporting



Giri per la sicurezza

Safety Walkrounds



Visite e interviste strutturate da parte della dirigenza presso le UU.OO./servizi al fine di **identificare** con il personale i **problemi legati alla sicurezza dei pazienti** (eventi avversi o situazioni di criticità).

Le informazioni sono raccolte tramite **questionari** dedicati, in forma anonima.

I dati sono raccolti in forma anonima ed elaborati statisticamente.

Deve essere fornito un **feedback** ai partecipanti su quanto da loro segnalato.

Opportunità:

- possibile introduzione di azioni di miglioramento del processo assistenziale
- identificazione delle priorità
- condivisione di soluzioni con *l'équipe* clinico-assistenziale

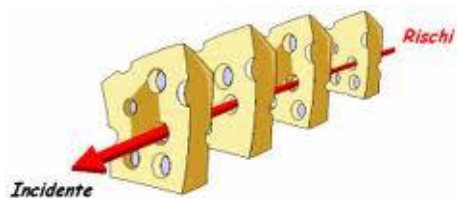
Giri per la sicurezza

Safety Walkrounds



1. Sono presenti **iniziative di miglioramento** della sicurezza ?
2. **Cosa si può fare** per migliorare la sicurezza dei detenuti?
3. **Quanto è fattibile** ogni iniziativa ?
4. Ricorda una **situazione in cui si è evitato un danno** all'utente?
5. **Come si è evitato** l'accadimento?
6. L'evento è stato **segnalato**?
7. Quali **ostacoli** hanno impedito la segnalazione?

Analisi del rischio



Analisi del rischio

Il percorso di analisi del rischio clinico può essere sviluppato secondo *due modelli*:

- di tipo “**REATTIVO**”, basato sulla valutazione retroattiva degli eventi e finalizzato all’identificazione delle cause che ne hanno consentito lo sviluppo
- di tipo “**PROATTIVO**”, mirato all’individuazione e all’eliminazione delle criticità del sistema prima che l’incidente si verifichi



Analisi del rischio

Audit su eventi significativi *Significant Event Audit - SEA*



è l'analisi sistematica e approfondita di singoli casi ad esito rilevante (non necessariamente indesiderabili per il paziente) finalizzata ad accertare cosa può essere appreso sulla qualità delle cure e ad indicare cambiamenti che possono condurre a futuri miglioramenti

Pringle et al – Royal College of General Practitioner, UK 1995

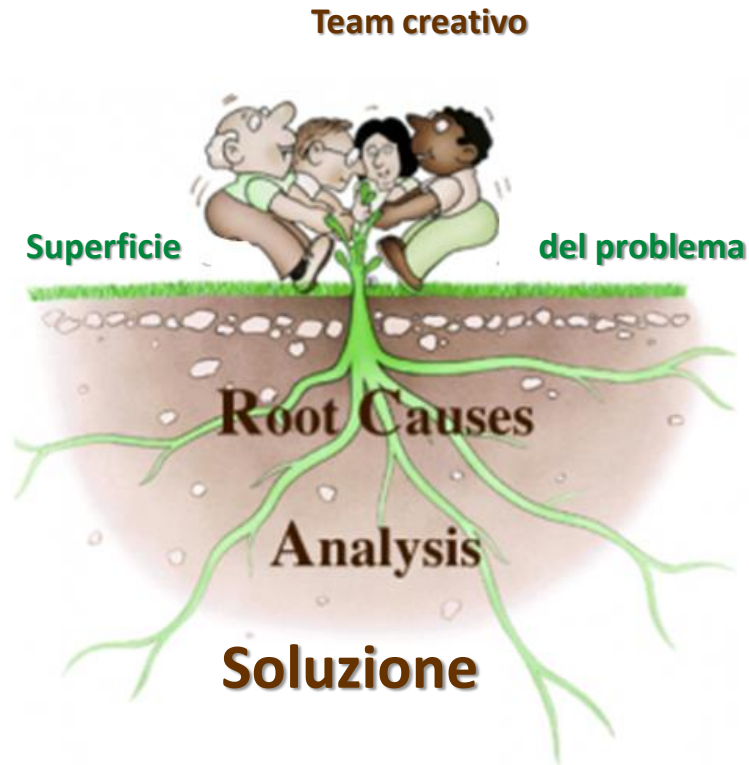
- **Cosa è accaduto?**
- **Perché è accaduto?**
- **Cosa si è imparato?**
- **Cosa è stato cambiato?**

Un metodo in 7 passi :

1. Prioritarizzazione di un evento
2. Raccolta informazioni
3. Riunione del team
4. Analisi dell'evento
5. Condivisione e implementazione dei cambiamenti
6. Tenuta di un protocollo del SEA
7. Report, condivisione e revisione

Analisi delle Cause Profonde

Root Cause Analysis - RCA



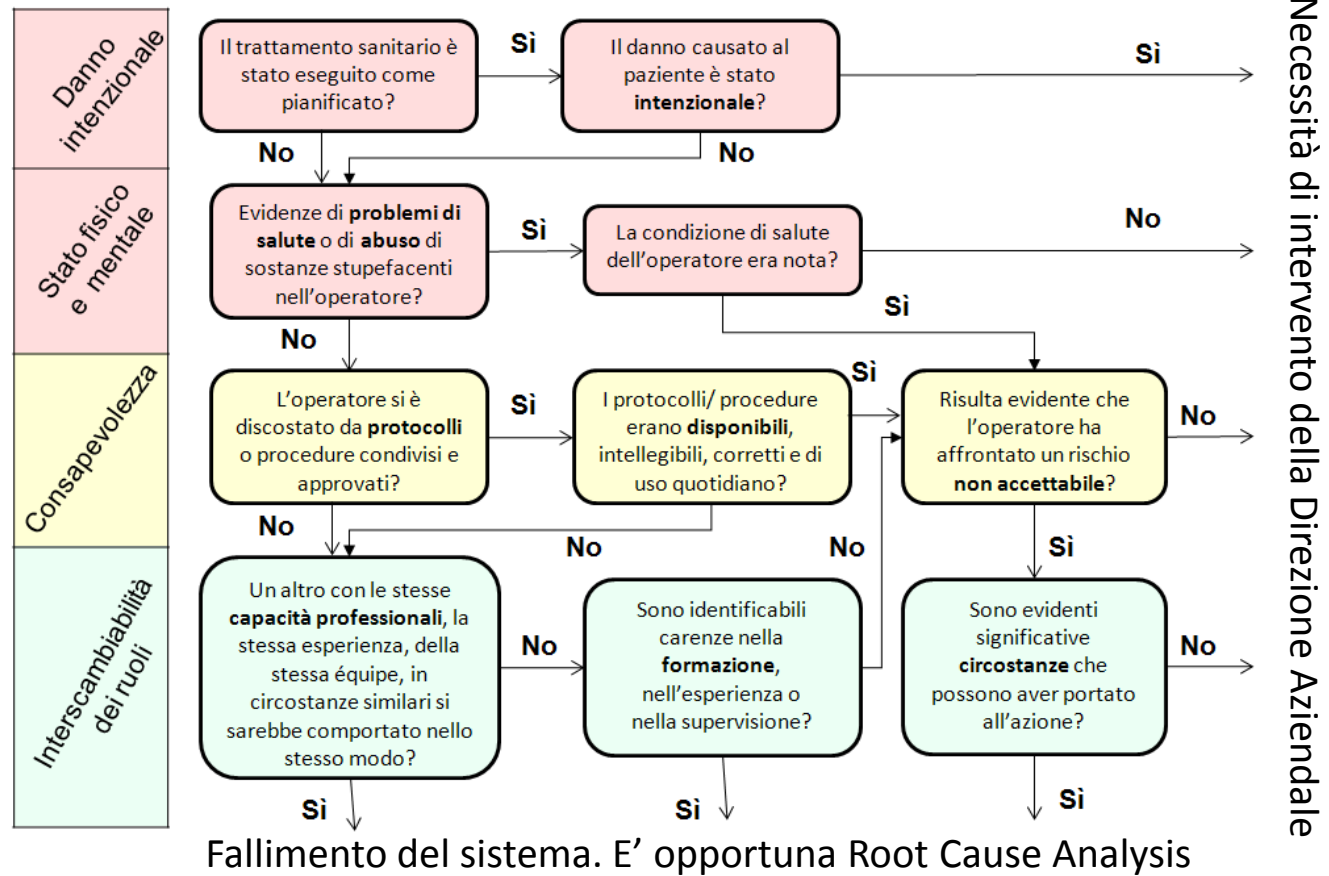
è un'indagine strutturata che ha lo scopo di identificare la causa “vera” (causa radice) di un problema, e le azioni necessarie per eliminarla.

*Bjorn Anderson and Tom Fagerhaug,
Doing Less Harm*

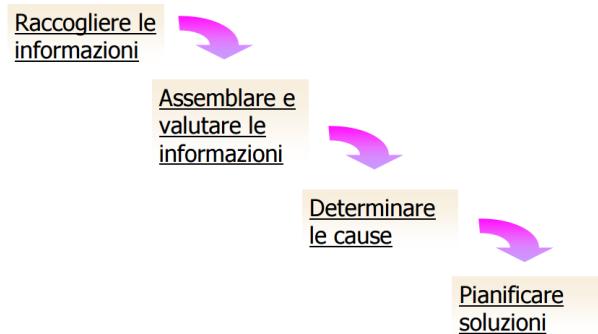
Causa radice :

- è il difetto in un processo la cui eliminazione previene l'accadimento di uno specifico evento avverso;
- è la causa più profonda che può essere identificata ed è in potere dell'organizzazione controllare.

Quando effettuare l'analisi RCA

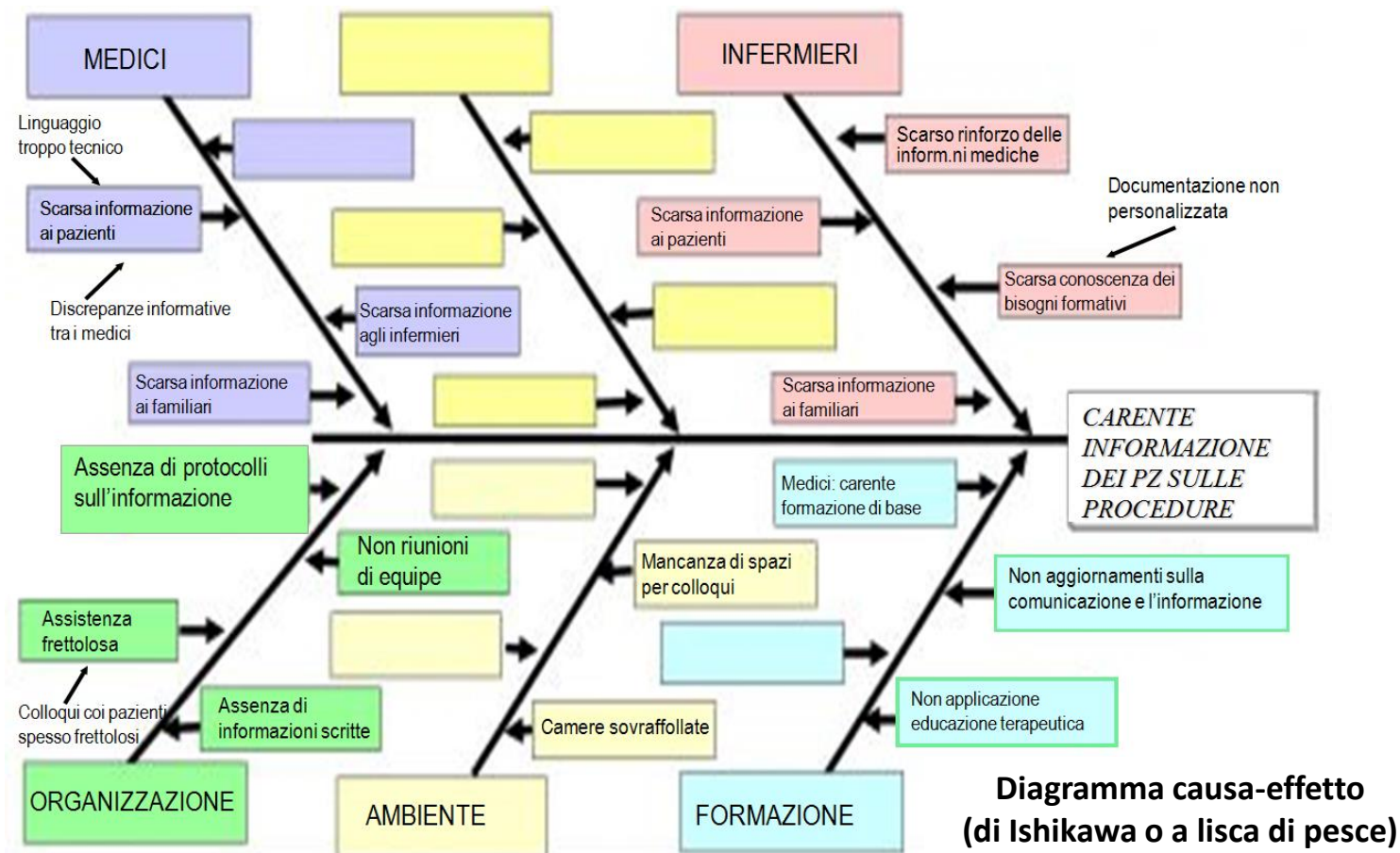


Quando effettuare l'analisi RCA



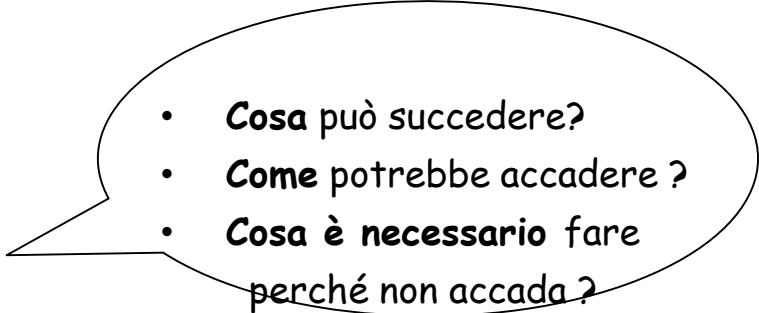
1. Rappresentare la sequenza di eventi che hanno causato l' "incidente" (*cosa* è accaduto)
2. Identificare i fattori contribuenti (come è successo)
3. Identificare le condizioni latenti che hanno consentito il realizzarsi dell'evento (*perché* è successo)
4. Individuazione di tutte le cause "radice" di un evento e loro classificazione
5. Individuazione delle cause aggredibili
6. Individuazione delle azioni di miglioramento (*cosa fare* per evitare che si ripeta)

RCA: le cause e i fattori contribuenti



Analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti

Failure Mode and Effect Critically Analysis - FMECA

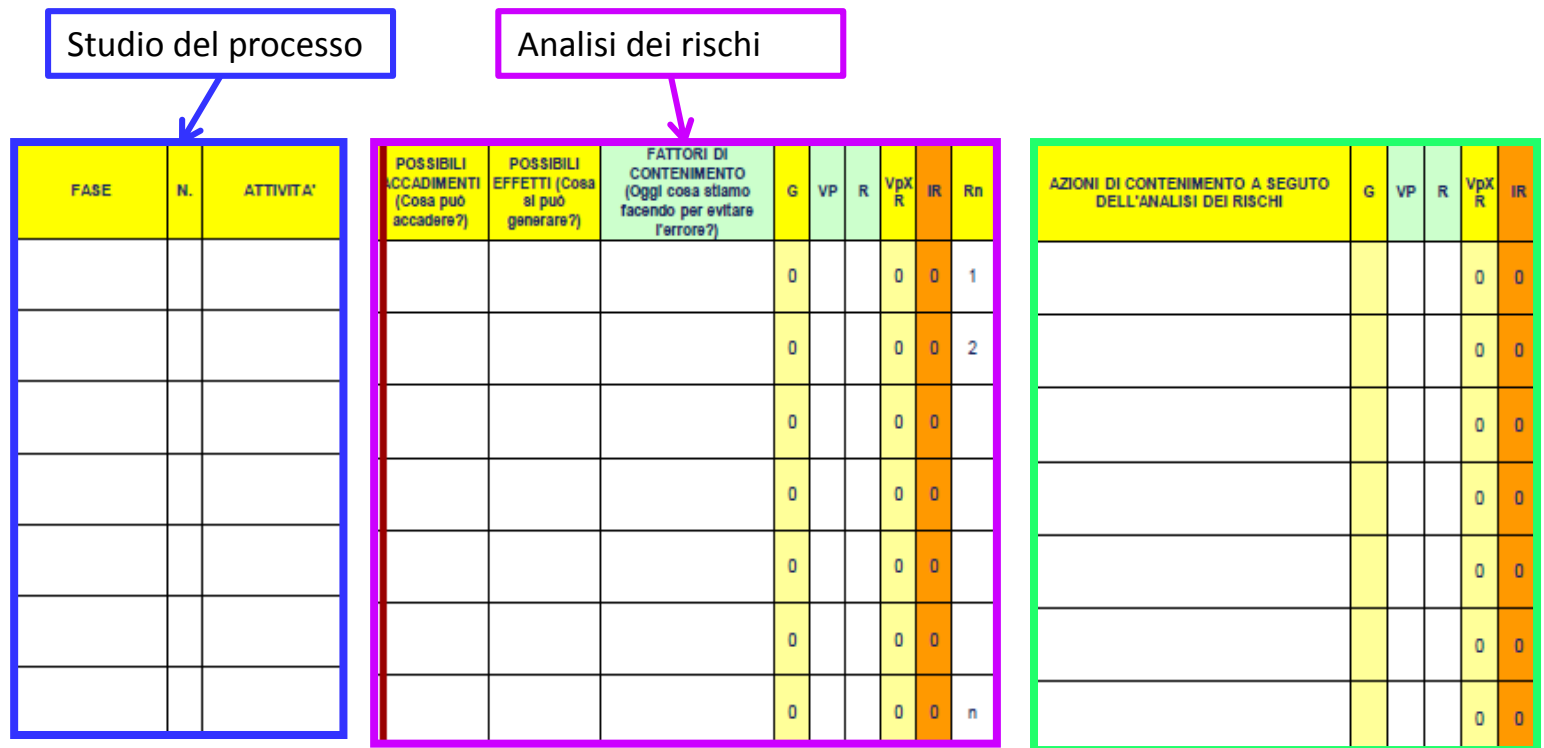
- 
- **Cosa** può succedere?
 - **Come** potrebbe accadere ?
 - **Cosa è necessario** fare perché non accada ?

È una tecnica previsionale utile per valutare l'affidabilità dei processi

Le fasi di applicazione sono:

1. **Identificazione del processo critico da analizzare**
2. **Studio del processo** (scomposizione in macroattività e poi in singoli compiti)
3. **Analisi dei rischi** *per ogni singola attività e assegnazione dell'indice di rischio*
4. **Definizione e attuazione dei piani di contenimento** (agire sulle cause)
5. **Monitoraggio dei risultati** attuazione dei piani e valutazione

Lo strumento FMEA: la visione d'insieme



Studio del processo

FMEA

N.	SUB PROCESSO	ATTIVITA'
1	PRELIEVO EMATICO	Identificazione paziente
		Associazione Paziente/provetti
		Esecuzione prelievo
		Conservazione trasferimento
2	VALUTAZIONE RISULTATI E COMUNICAZIONE PAZIENTE	Interpretazione dei risultati
		Comunicazione esiti al paziente
		Riprogrammazione

A 1

A 2

A 3

A 4

B 1

B 2

B 3

**Identificazione
del processo critico
da analizzare**

Esempio
“Gestione terapia in SAI”

Studio del processo
scomposizione in macroattività
e poi in singoli compiti

FMEA

N.	SUB PROCESSO	ATTIVITA'	POSSIBILI ACCADIMENTI	POSSIBILI EFFETTI
1	PRELIEVO EMATICO	Identificazione paziente	Non corretta identificazione paziente	Ritardo nella terapia
		Associazione Paziente/provetta	Non corretta associazione paziente/provetta	Errore nella prescrizione terapia
		Esecuzione prelievo	Mancato prelievo	Ritardo nella terapia
			Prelievo insufficiente	Ripetizione esame
		Conservazione/trasferimento	Errata conservazione	Ripetizione esame
			Errata o mancata consegna	Ritardo nella terapia Ripetizione esame
2	VALUTAZIONE RISULTATI E COMUNICAZIONE PAZIENTE	Interpretazione dei risultati	Errore lettura dati	Ritardo nella terapia
		Comunicazione esiti al paziente	Errata informazione e/o errata comprensione	Ritardo nella terapia Insorgenza complicanze
		Riprogrammazione	Data errata	Ritardo nella terapia

Analisi dei rischi
per ogni singola attività

a) Assegnazione dell'indice di rischio clinico

IRC = Gravità x Probabilità x Rilevabilità

	Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
GRAVITÀ	1	Nessun danno	nessun danno o solo un maggior monitoraggio del paziente
	2	Danno lieve	danno temporaneo e necessità di interventi supplem/prolungam.degenza
	3	Danno medio	danno (invalidità) temporaneo e necessità di inizio/prolungamento degenza.
	4	Danno grave	danno (invalidità) permanente o evento prossimo alla morte
	5	Morte	decesso del paziente
PROBABILITÀ	1	Remota	1 ‰ : non esistono eventi noti
	2	Bassa	2 ‰ : possibile ma non esistono dati noti
	3	Moderata	5 ‰ : documentata ma infrequente
	4	Alta	1 % : documentata e frequente
	5	Molta alta	% % : documentata quasi certa:
RILEVABILITÀ	5	Remota	0 % - accadimenti fuori controllo (<i>es. richiesta incompleta della consulenza</i>)
	4	Bassa	20 % - dipendente da l personale che svolge le attività (<i>STARE ATTENTO !!!</i>)
	3	Media	50 % - dipendente da l personale formato e da regole uniformi di controllo
	2	Alta	70 % - rilevata da controlli indipendenti (<i>braccialetti identificativi</i>)
	1	Altissima	90 % - rilevato da strumenti informatizzati (<i>braccialetti a doppio controllo</i>)

FMEA

ACCEDIMENTO	CONSEGUENZE	Gravità	Probabilità	Rilevabilità	Indice di Rischio
A	A1	5	1	5	25
B	B1	3	4	4	48
C	C1	2	5	5	50

	Remoto	Occasionale	Possibile	Frequente	Certo
Morte	3				
Danni gravi					
Danni medi				B	
Danni lievi					C
Nessun danno					

Il valore dell'indice di rischio può non corrispondere al rischio clinico prioritario.

b) Individuazione delle aree prioritarie

Posizionare gli accadimenti in una **MATRICE Gravità-Probabilità** che fornisce le priorità in una mappa d'insieme.

1	Rischio accettabile – intervento di monitoraggio
2	Rischio basso – interventi di programmazione
3	Rischio medio – intervento di urgenza
4	Rischio elevato – interventi di emergenza

FMEA

RISULTATO DELL'ANALISI DEI RISCHI							
Processo:							
Attività	N	Accadimenti	Conseguenze	G	Vp	R	IR
CAUSE LEVE							
R	Cosa fare (cause/leve)		Come fare (output)				
Vp							
G							

Piani di contenimento

“Semplicità delle azioni adottate per agire sugli accadimenti identificati come prioritari nella mappatura dei rischi”

FMEA

n	fase	attività	possibili accadimenti	possibili effetti	azioni di contenimento	G	P	R	IR
2	accoglienza	Raccolta dati infermieristici e vitali e definizione delle priorità	Incompleta identificazione del rischio	caduta	<i>RILEVABILITA'</i> Sviluppare una scala condivisa per l'identificazione del paziente a rischio di caduta ed la sua rivalutazione in corso di ricovero	3	4	4	48
2	accoglienza	Raccolta dati infermieristici e vitali e definizione delle priorità	Incompleta identificazione del rischio	caduta	<i>PROBABILITA'</i> Verificare settimanalmente la completezza delle valutazioni all'ingresso e l'adozione delle regole definite per identificare il paziente a rischio caduta (es. bollino giallo in grafica e rivalutazione settimanale) ed annotare quando non complete sul retro del piano di lavoro (scheda di pianificazione delle attività)	3	4	4	48
2	accoglienza	Raccolta dati infermieristici e vitali e definizione delle priorità	Incompleta identificazione del rischio	caduta	<i>GRAVITA'</i> Dotare i pazienti a maggior rischio di caduta di fasciadorpo a protezione della testa del femore	3	4	4	48

Trattamento del rischio

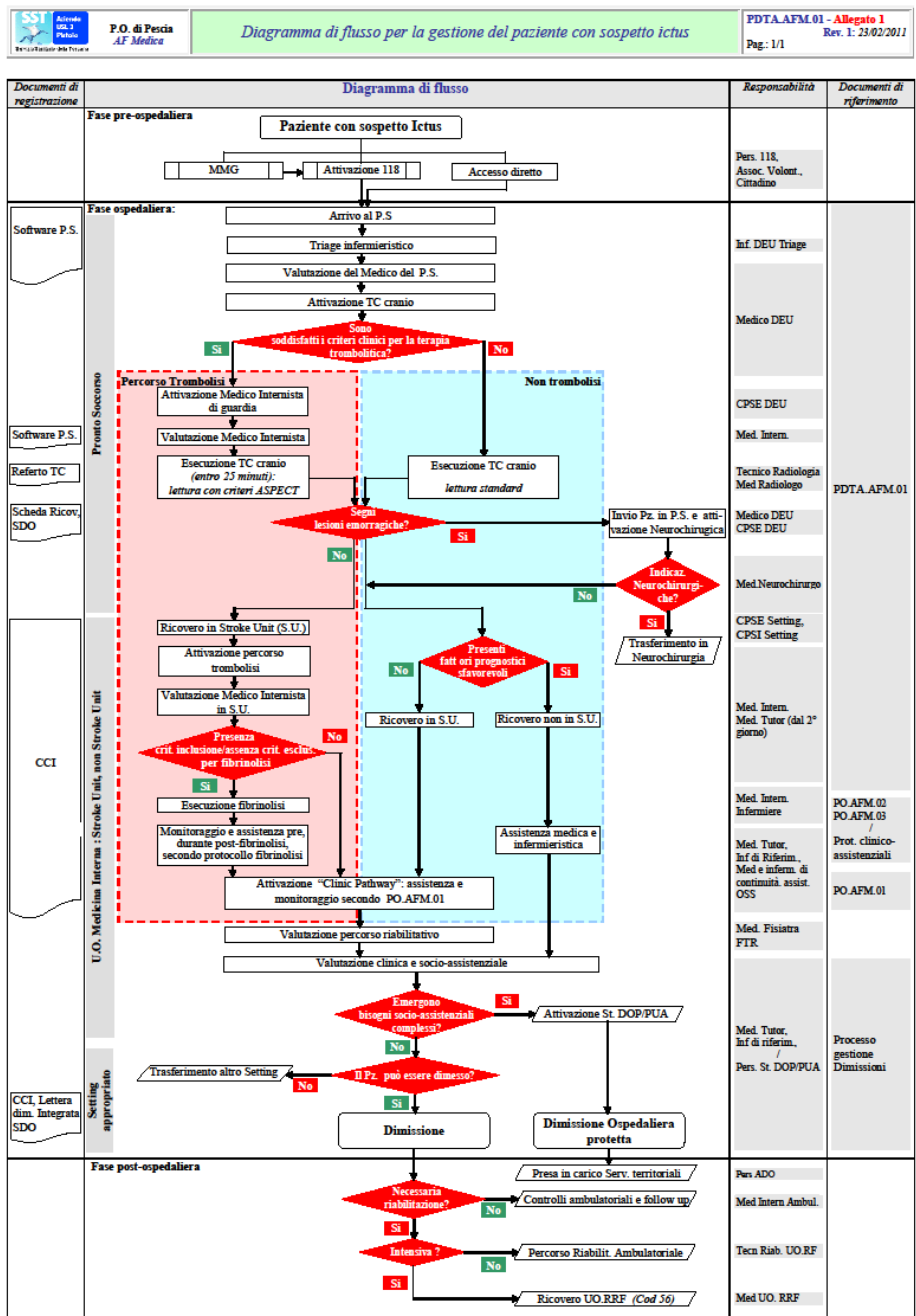


Raccomandazioni per la sicurezza del paziente

1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio –KCl- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008
4	Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale	Marzo 2008
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Marzo 2008
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto	Marzo 2008
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Febbraio 2013
16	Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Dicembre 2014

Trattamento del rischio

Lavorare sui processi



Lavorare sui processi

Interfaccia visita

- Raccolta del bisogno: tempestivo/ ritardo
- Raccolta informazioni dal paziente: buona/ scarse
- Accuratezza esame clinico: completo/ limitato
- Rispetto della privacy: possibile / mancante

Gestione Terapia

Approvvigionamento e stoccaggio

- Controlli su forniture: nomi/confezioni simili \Rightarrow Racc. 12
- Gestione scadenze e flaconi multidose \Rightarrow Racc. 7

Prescrizione e trascrizione

- Assunzione di responsabilità e adozione di formulario



Lavorare sui processi

Somministrazione

- Spazi, strumenti e tempi per **preparazione di terapie individualizzate**: adeguati /inadeguati
- Strumenti di **prescrizione e registrazione** delle terapie: adeguati/ inadeguati
- Continuità e semplicità della **comunicazione interprofessionale e intraprofessionale**: difficile/discontinua
- Tempi e modalità della somministrazione
- Sicurezza nella **conservazione dei farmaci**



Lavorare sui processi

Prevenzione delle infezioni

- Corretta igiene delle mani degli operatori sanitari
- Gestione pulita dei cateteri venosi e vescicali
- Uso appropriato della terapia antibiotica
- Tempi e modalità della somministrazione
- Sicurezza nella **conservazione dei farmaci**



Lavorare sui processi

Interfaccia terapia

- Spazi, strumenti e tempi per **preparazione di terapie individualizzate**: adeguati /inadeguati
- Strumenti di **prescrizione e registrazione** delle terapie: adeguati/ inadeguati
- Continuità e semplicità della **comunicazione interprofessionale e intraprofessionale**: difficile/discontinua
- Tempi e modalità della somministrazione
- Sicurezza nella **conservazione dei farmaci**



Controllo (prevenzione e protezione)

Principi generali

- Responsabilizzazione della direzione
- Rispettare i limiti umani nella progettazione del lavoro
- Promuovere il funzionamento del gruppo (anche la partecipazione del paziente)
- Atteggiamento proattivo (iniziativa)
- Creare un ambiente di apprendimento

Controllo (prevenzione e protezione)

Raccomandazioni

- Rendere evidenti le cose da fare
- Evitare di far affidamento sulla memoria
- Standardizzare e automatizzare le procedure
- Semplificare i passaggi

⇒ **Predisposizione e revisione
di procedure e percorsi**

Controllo (prevenzione e protezione)

Raccomandazioni

- Usare vincoli e sistemi “forzati”
- Prevedere azioni di recupero (in caso di errore)
- Usare sistemi di apprendimento con simulazioni
- Sviluppare sistemi di feed-back per imparare dall'errore

Gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari

Esperienze

- Implementazione della **cultura** della sicurezza
- Capacità di **apprendere dagli errori** (sist. incident reporting)
- Valutazione del sistema gestione del rischio clinico (check list)
- Definizione di una **mappa dei rischi** specifici
- **Analisi dei processi** prioritari (FMEA) e
attivazione azioni di miglioramento
- Diffusione di **buone prassi** e di procedure

Controllo (prevenzione e protezione)

Esperienze di buone prassi

- Uso appropriato dell'informazione e della comunicazione
 - cartella clinica
 - scheda unica di terapia
 - consenso informato
- Procedure standard per la gestione del dolore

Gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari

Scheda Unica di Terapia

Finalità

- Garantire la sicurezza del paziente
- Garantire la tracciabilità dell'intero processo terapeutico, potendo individuare i responsabili di ogni singola fase.
- Evitare le doppie prescrizioni
- Evitare il rischio di interazioni tra farmaci e trattamenti non compatibili
- Documentare l'attività svolta
- Favorire l'integrazione multidisciplinare
- Garantire la tracciabilità dell'intero processo terapeutico

BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Uso appropriato dell'informazione e della comunicazione

Scheda Unica di terapia

Finalità

- Garantire la sicurezza del paziente
- Garantire la tracciabilità dell'intero processo terapeutico, potendo individuare i responsabili di ogni singola fase.
- Evitare le doppie prescrizioni
- Evitare il rischio di interazioni tra farmaci e trattamenti non compatibili
- Documentare l'attività svolta
- Favorire l'integrazione multidisciplinare
- Garantire la tracciabilità dell'intero processo terapeutico

[illegible][illegible]

Scheda Unica di Terapia

Risultati ottenuti

- Riduzione del numero di errori dal 40% al 5%
- Tracciabilità del processo
- Visione globale del trattamento e del decorso terapeutico
- Soddisfazione/responsabilizzazione degli operatori

Evoluzione

HTH ConDove Cancere
STRUTTURA ORGANIZZATIVA PROVA
AMBULATORIO PROVA

Contatto 43/13: PIPPO FRANCA
Codice Fiscale: PIPPOC7953A241T
Data di n. 13/02/1967

Data prima apertura: 18/02/2013
Stato attuale: Aperta
Esito: PRESA IN CARICO
Numero cartella: 34567

Management:
OPERATORE OTTO
CASE MANAGEMENT

CAMPAGNI RACCOLTA: 22/09/2014

22/09/2014

Visualizza: ☒ Farmaci ☒ Prestazioni ☒ Prestazioni Esterne ☒ Prestazioni Ricevute ☒ Chiedi help

Esposizione	01/09	02/09	03/09	04/09	05/09	06/09	07/09	08/09	09/09	10/09	11/09	12/09	13/09	14/09	15/09	16/09
ESPOSIZIONE																
ALIMENTAZIONE*120PR. RIV. 67540+1234					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LAVORO*900PR. D-12345					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LAVORO*900PR. RIV. 67540					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(c) Regione Toscana - Versione 1.9.020 - 15/09/2014

Scheda Unica di Terapia

Evoluzione

GdpAmbito.html - Google Chrome
https://hth.toscana.it/gdp_oc/gdp_carc/GdpAmbito.html#app=arb066754-selectedIndex=1

HTH Gruppo Carcere
STRUTTURA ORGANIZZATIVA PROVA
ARBITRATORIO PROVA

CAPIFASO2 FASO2 - 22/06/2014

Contatto 43/13: PIPPO FRANCA
Codice Fiscale: PFFFFC97853A241T
Data di nascita: 13/02/1967

Data prima apertura: 18/02/2013
Stato attuale: **Aperto**
Esito: PRESA IN CARICO
Numero cartella: 34567

Management:
OPERATORE OTTO
CASE MANAGEMENT

Elenco Contatti

22/06/2014

Visualizza: ☒ Farmaci ☒ Prestazioni ☒ Prestazioni Esterne ☒ Prestazioni Ricevute ☒ Chiedi help

Erogazione	U.R.	Lon.	Mar.	Mar.	Gi.	Ven.	Sab.	Dom.	Lon.	Mar.	Mar.	Gi.	Ven.	Sab.	Dom.	Lon.
	01/06	02/06	03/06	04/06	05/06	06/06	07/06	08/06	09/06	10/06	11/06	12/06	13/06	14/06	15/06	16/06
Erogazione																
ALIMENTAZIONE*13CPR 40V 675M3+125M	gr					X 1	X 1	X 1	1	1	1					
LAVORO*90CPR 0-125M3	gr					X 1	X 1	X 1	1	1	1					
LAVORO*28CPR 80V 00V 30M3	gr					X 1	X 1	X 1	1	1	1	1	1	1	1	1
						X 1	X 1	X 1	1	1	1	1	1	1	1	1

31 Regione Toscana - Versione 1.9.2015 - 01/06/2014

BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Procedure standard per la gestione del dolore

il DOLORE

è “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un pericolo tissutale presente o potenziale, o descritto in termini di potenziale **danno**.”

International Association for the Study of Pain IASP, 1979



BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Procedure standard per la gestione del dolore

Uso dei protocolli nel trattamento del dolore

Di fatto, non curare il dolore è considerato
OMISSIONE DI SOCCORSO



BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Procedure standard per la gestione del dolore

il DOLORE

è accompagnato da modificazioni a carico di organi e apparati, il cui coinvolgimento può essere estremamente dannoso per il paziente.

è uno dei principali responsabili degli **effetti avversi** sia fisici che psicologici

Brown JC. Et al 2003

è considerato come **quinto segno vitale**

Joint Commission International

BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Procedure standard per la gestione del dolore

Uso dei protocolli nel trattamento del dolore

Per misurare il dolore si adottano **scale specifiche che** devono essere capaci di stimare lo stato reale del fenomeno osservato, capaci di cogliere le variazioni di intensità del fenomeno considerato, devono essere semplici, sensibili, affidabili, riproducibili e validate scientificamente.

Regione Toscana DGR 1005 del 01/12/08 Buona pratica “La misura e gestione del dolore”

Principali scale di auto-valutazione

- VAS (Scala Analogica Visiva)
- VNS (Scala Numerica Verbale)
- RS (Scala di Valutazione Verbale) e espressioni facciali

BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Procedure standard per la gestione del dolore

Uso dei protocolli nel trattamento del dolore

- L'infermiere, in caso di rilevazione di dolore superiore al valore soglia **somministra la terapia sulla base della prescrizione dei protocolli, o di altre terapie secondo eventuali indicazioni già contenute nella scheda terapeutica del paziente.**
- Se però il controllo del dolore non viene raggiunto **contatta il medico che** valuterà l'opportunità di: prescrivere un altro trattamento antalgico.
- Ogni trattamento antalgico impone una **rivalutazione e una registrazione del** punteggio del dolore dopo un intervallo di tempo congruo con il tipo di trattamento intrapreso.

Regione Toscana DGR 1005 del 01/12/08 Buona pratica "La misura e gestione del dolore"

BUONE PRASSI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Un esempio di protocollo

Il trattamento del dolore è:

- *Diritto per il cittadino*
- *Dovere per il personale*

ETICHETTA DATI PAZIENTE		-Il paziente è stato messo al corrente del protocollo in uso e della presenza della figura professionale INFERMIERISTICA quale esecutore della prestazione. FIRMA:								
• -ALLERGIA A FARMACI: SI / NO • -TAQ: SI / NO • -RECENTE ASSUNZIONE DI FARMACI: SI, ORA... / NO • -GRAVIDANZA: SI / NO • -ALLATTAMENTO: SI / NO • -P.D.C.: SI / NO		• -ALGIE MUSCOLO SCHELETRICHE.....0 • -CONTUSIONI-ABRASIONI-PLC.....0 • -DISTORSIONI-FRATTURE-LUSSAZIONI.....0 • -ODONTALGIA.....0 • -OTALGIA.....0 • -COLICA RENALE RICORRENTE IN ANAMNESI.....0								
VNS:h o h.Triage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cod.BIANCO		Cod.VERDE			Cod.VERDE URG.		Cod.GIALLO		
	-PARACETAMOLO 1gr. OS.....0		-PARACETAMOLO+CODEINA0			-KETORALAC30mg+F.100EV.....0				
	-NIMESULIDE 100mg.OS.....0		-DICLOREUM75mg.IM0			-TRAMADOL0100mg+F.100EV0				
	-F.S:.....0		-KETORALAC30mg.IM.....0			ZOFRAN4mg+F.100EV } -F.S:.....0				
VNS 1H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VNS Dimiss H:.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F.S.:Farmaco Sostitutivo da Protocollo						FIRMA CPSI TRIAGE:.....				

Non technical skill

Le abilità *non technical skill*, sono quelle che vanno oltre l'atto medico, ma che sono necessarie per una sua corretta esecuzione a livello di singolo operatore e di équipe e comprendono **abilità cognitive e relazionali**.

Tali abilità possono essere identificate attraverso marcatori comportamentali, ossia comportamenti considerati indicatore (segnalatore) di una abilità (o insieme di abilità).

Essi sono osservabili e quindi rilevabili e servono per delineare la competenza espressa dal professionista ed identificare i bisogni di formazione e costruire i relativi programmi di addestramento.

1) Gestire la situazione/il contesto e assumere decisioni:

analisi della situazione, assunzione di decisioni, allerta nel cogliere e prevedere variazioni, controllo.

Elementi: raccolta dei dati, interpretazione delle informazioni, proiezione ed anticipazione di evoluzioni future, assunzione delle decisioni, implementazione e verifica di impatto delle decisioni, controllo.

2) Gestire il compito (mandato):

organizzare le risorse, il personale e le attività per raggiungere gli obiettivi posti.

Elementi: pianificazione, preparazione, flessibilità/risposta al cambiamento ed a situazioni emergenti.

3) Autogestione: attivare e organizzare le proprie risorse

personali per una efficace gestione delle situazioni, consapevoli dei propri bisogni e limiti.

Elementi:

riconoscere i propri bisogni, identificare le proprie risorse ed abilità ed attivarle nella specifica situazione, adottare strategie di gestione della propria emotività a fronte di fattori di distress e situazioni di emergenza, apprendere dalle situazioni ed alimentare la propria competenza

4) Comunicare e gestire la relazione: comunicare efficacemente
con pazienti, familiari e altri soggetti e all'interno dell'équipe.

Elementi: scegliere contenuti, destinatari, contesto, tempi e modi della comunicazione, verificando livelli di comprensione della lingua, scambiare informazioni, condurre colloqui, registrare ed acquisire dati ed informazioni.

5) Condurre, coordinare e partecipare al gruppo:

fornire un orientamento quando necessario, proponendo standard clinici e di assistenza; assicurarsi che ciascuno abbia un quadro chiaro della situazione e possa adempiere efficacemente al proprio mandato, considerando i bisogni di ciascuno, garantire sinergia di azione e tempo.

Elementi:

scambio di informazioni, fissazione e mantenimento degli standard, coordinamento delle attività di gruppo con metodi e strumenti, confronto e condivisione, gestione di situazioni di tensione e conflitto dovute alla urgenza/pressione, sostegno agli altri.



La Gestione del Rischio Clinico nei sistemi complessi

Giovanna Rossi

Clinical Risk Manager

ASL Cagliari

Buon lavoro!

