

Risk management

La gestione del rischio (clinico)
in Sanità



 Lo sapevate che se vi trovate in ospedale c'è una probabilità su sei che siate lì proprio perché qualche tipo di terapia medica moderna non ha funzionato?

E una volta entrati, avete una probabilità su sei di morirvi o di essere vittima di lesioni durante la permanenza?

- Per fare un esempio, se vivete negli Stati Uniti, dove circa 40.000 persone muoiono ogni anno di morte violenta, avrete sempre il triplo delle possibilità di essere uccisi da un dottore piuttosto che da una pistola!
- Se altre aziende di servizi registrassero il medesimo tasso di errore riportato nella prescrizione di antibiotici in ambulatorio (20%)
 - Ogni giorno, sulle carte di credito degli americani, verrebbero registrate 9 milioni di transazioni sbagliate e 36 milioni di assegni verrebbero depositati su conti errati;
 - I decessi per incidenti aerei aumenterebbero di almeno 1.000 volte.
- Per avere la probabilità del 50% di morire occorre viaggiare in aereo per 200 anni consecutivi ma basta un anno di permanenza in ospedale.

2

Il primo caso (3)

- La paziente esegue la chemioterapia e viene dimessa la mattina successiva con una funzione renale normale.
- Quattro giorni dopo viene ricoverata con insufficienza renale acuta con 7,3 mg/dl di creatinina. Lamenta sordità ed il medico che la accoglie pensa ad una tossicità da cisplatino.
- Nell'analizzare la cartella clinica precedente ci si rende conto dell'errore.
- Viene messa in dialisi e decede 18 mesi dopo per complicanze dialitiche.

3

Punti importanti

- Alcune generalità
- Cos'è il Risk Management
- Cosa fanno le altre industrie
- Perché la Sanità è un sistema ad alto rischio
- Il punto di vista degli utenti ... e non solo
- La storia del Risk Management
- I primi pionieri (della gestione del rischio clinico)
- Il rischio nelle Strutture Sanitarie
- Epidemiologia dell'errore
- Metodologia del Risk Management
- Cause individuali e sistemiche dell'errore
- Tipologie di errore umano
- Gestione del rischio e gestione per la qualità: obiettivi della JCHAO (scendere nel pratico)
- Conclusioni

4

Alcune generalità

Il Sistema Sanitario ideale



- Tutti devono avere accesso alle cure appropriate fornite nel modo migliore, in totale sicurezza, nel momento migliore e con il miglior uso delle risorse disponibili

6

Perché non lo è ...



- Sovrautilizzo di alcune procedure e tecnologie: parto cesareo, endoarteriectomia (32%), angioplastica, isterectomia (17%), somministrazione di antibiotici (21%), ecc.
- Sottoutilizzo di altre: profilassi con antiaggreganti dopo incidente vascolare, depressione (58%), complicanze del diabete, vaccinazioni, trattamento angina, trattamento K. seno, diagnosi e trattamento ipertensione, cure prenatali, mammografia

7

Perché non lo è (continua)...



- Cattivo uso di procedure e tecnologie: 11% dei pazienti ricoverati subisce un evento dannoso.

8

Il paradosso della sicurezza del paziente: abbiamo



- Nuovi "miracoli" tecnologici che spingono la Sanità in avanti
- Abilità di trattare popolazioni sempre più malate

abbiamo anche

- complessità sempre maggiore dei processi
- cambiamento sempre più rapido
- tempesta di informazioni
- aspettative sempre maggiori per outcome perfetti
- nuove "vulnerabilità" del paziente

9

Cos'è il Risk Management

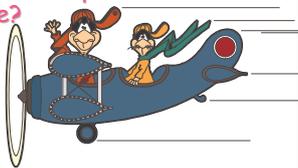
Principi di Risk Management



Qual è la più grande minaccia per la sicurezza nell'aviazione?

- L'errore del pilota?
- Il terrorismo?
- Il guasto meccanico?

• LA GRAVITA'



Il Rischio è intrinseco nei Sistemi in cui
operiamo.....
.....indipendentemente dal fatto che
noi lo gestiamo o meno!

11

Risk Management



- Ricognizione e management effettivo di tutti i possibili rischi e modifiche degli obiettivi ed i valori dell'organizzazione
- Include i rischi alle persone, alle strutture, all'immagine e tutto quanto possa avere un impatto oppure impedire all'Azienda di svolgere le sue normali attività

12

Il Risk Management



- Processo attivo perché i rischi e quindi la loro classificazione cambia nel tempo perché si modifica il contesto
- Riconosce il fatto che la Sanità è un Sistema ad alto rischio
- Quello che tutto il personale (sanitario, amministrativo, di supporto) fa in ogni momento della giornata (non solo professionale)
- Per gestire il Rischio, lo si deve capire
- Gli imperativi economici sono solo una parte del mondo reale
e non la ragione assoluta per implicarsi nel Risk Management, ma non per questo la meno importante

13

Cosa fanno le altre industrie

Quali industrie gestiscono il rischio?



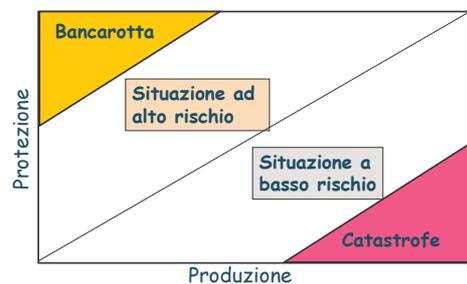
- Aviazione/trasporti (sicurezza del passeggero/controllo del traffico aereo)
- Industrie chimiche / Gestione ambientale (pianificazione per l'emergenza)
- Industrie manifatturiere (ingegnerizzazione / sicurezza degli impianti /profitto)
- Settori bancari e finanziari (frode)

E perché?

... perché una breccia nel loro dovere di attenzione ha conseguenze serie immediate e/o a medio/lungo termine

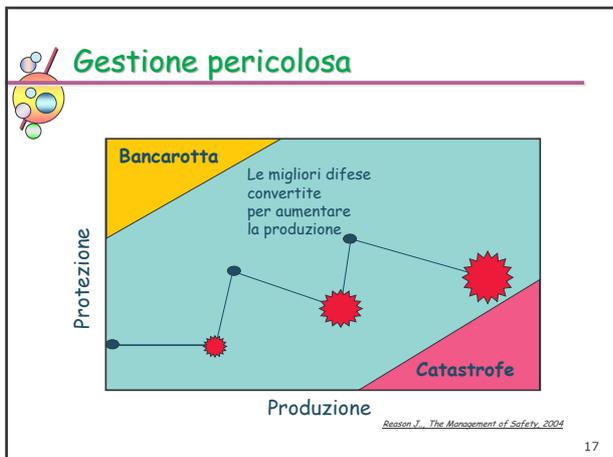
15

Produzione e protezione



Reason, J., The Management of Safety, 2004

16



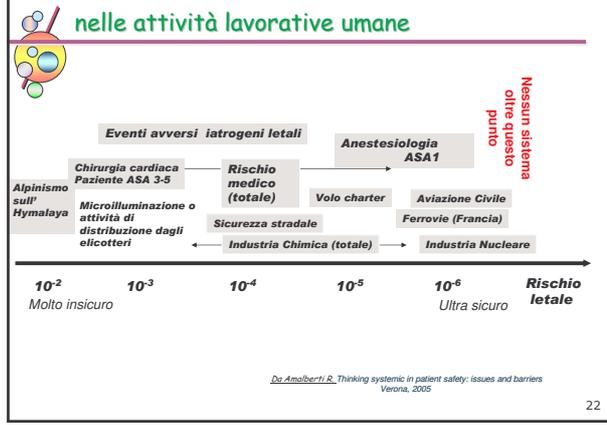
- ### Cultura contro affidabilità intrinseca del sistema (1)
- Valori di sicurezza: ?
 - Pianificazione dell'aviazione commerciale
 - 1 perdita ogni 1.000.000.000 partenze
 - Stato di fatto nell'aviazione commerciale
 - 1 perdita ogni 3.500.000 partenze
- David Marx, 2003
- 18

- ### Cultura contro affidabilità intrinseca del sistema (2)
- Valori di sicurezza: ?
 - Pianificazione dello Space Shuttle:
 - 1 perdita ogni 212 partenze
 - Stato di fatto dello Space Shuttle
 - 1 perdita ogni 64 partenze
- David Marx, 2003
- 19

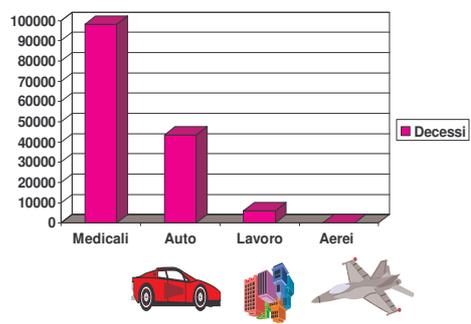
- ### Cultura contro affidabilità intrinseca del sistema (3)
- Cultura contro affidabilità intrinseca del sistema
 - Valori di sicurezza: ?
 - Pianificazione del sistema sanitario :
 - 1 perdita ogni ??
 - Realtà del sistema sanitario
 - 1 perdita ogni 1.000 ospiti ospedalieri
- David Marx, 2003
- 20

Perché la Sanità è un sistema ad alto rischio

Visione d'insieme del rischio di catastrofe nelle attività lavorative umane



Decessi annui per cause accidentali



Il punto di vista degli utenti ... e non solo

Rischi e conseguenze



25

Conseguenze di gravi eventi avversi nei pazienti e nelle loro famiglie



- Morte in neonati, bambini, adulti
- Isterectomia in giovani donne
- Cancro incurabile, mastectomia
- Cecità
- Invalidità ed handicap in bambini ed adulti
- Dolore cronico, cicatrici, incontinenza
- Effetti profondi su tutti gli aspetti della vita

Vincent, Young & Phillips, 1994

26

Impatto degli errori



- `Ero realmente scossa. La mia dignità e le mie capacità sono state profondamente scosse alla base.'
- `Ero spaventato e devastato di aver fatto questo a qualcuno'
- `La mia grande paura era di aver dimenticato qualcosa, quindi c'era un grande senso di panico'
- `Mi era difficile concentrarmi su qualcos'altro perchè ero così preoccupato' (Christensen, 1992)

Vincent C. The Evolution of Patient Safety, Verona 2005

27

La storia del Risk Management

Codice di Hammurabi

"Se un medico operando un uomo per una ferita grave con una lancetta di bronzo ne causa la morte, o se incidendo un ascesso di un occhio lo distrugge, gli saranno tagliate le dita"

29

Plinio Natural Historia, XXIX, 8



- *"Non c'è nessuna legge che castighi l'ignoranza dei medici, nessun esempio di pena capitale."*
- *Imparano a nostro rischio e pericolo e fanno esperienza a furia di ammazzare: solo il medico può uccidere nella più assoluta impunità."*

30

Lex Aquilia

- **Diversi tipi di colpa**
 - Abbandono del malato
 - Errore da imperizia
 - Sperimentazione pericolosa



Risarcimento danno provocato

31

Celso De Medicina V, 26



- *"Un uomo prudente non deve toccare ciò che non è in grado di guarire, in quanto esiste il rischio di passare per assassino di colui che muore vittima, invece, del proprio destino:"*
- *inoltre se vi sono forti timori, ma la situazione non è del tutto disperata, il medico deve informare i parenti che non vi sono grosse speranze e ciò per evitare di essere accusato, poi, di ignoranza o d'impostura, quando la scienza dovesse cedere di fronte alla malattia."*

32

1999: Primo report dell'IOM *To Err is Human*



- La sfida
 - Ridurre gli errori medici del 50% in cinque anni
- Punti essenziali
 - Sistemi di report non punitivi
 - Legislazione che protegge i dati
 - Standard di performance per la sicurezza
 - Impegni visibili per il miglioramento della sicurezza
 - Attenzione alla sicurezza della medicazione



33

2001: Il secondo report IOM *Crossing the Quality Chasm*



- La sicurezza è una dimensione chiave della qualità accanto alle altre dimensioni
 - efficacia
 - centralità del paziente
 - tempestività
 - efficienza
 - equità
- Approccio sistemico al miglioramento della sicurezza
 - **L'errore umano esiste!**

34

I primi pionieri (della gestione del rischio clinico)



I primi pionieri

- 'Può sembrare strano dire che il principale requisito di un ospedale è non fare danno al malato. Ciò nonostante è quasi necessario non prendere in considerazione un principio del genere, perchè l'attuale mortalità negli ospedali ... è molto maggiore rispetto a qualunque stima attesa basata sulla mortalità della stessa classe di malattie tra i pazienti trattati fuori dall'ospedale.'

Vincent C. The Evolution of Patient Safety, Verona 2005

36



Il principale requisito di una struttura ospedaliera è di non recare danno al paziente

37

Errori in Chirurgia

- Errori dovuti a mancanza di competenze tecniche o esperienza
- Errori dovuti a mancanza di valutazione chirurgica
- Errori dovuti a mancanza di cura o attrezzature
- Errori dovuti a mancanza di capacità diagnostica
- La malattia incurabile del paziente
- Il rifiuto del paziente al trattamento
- Le calamità della chirurgia o quegli incidenti e complicanze sui quali non si ha alcun controllo

Codman, 1912

38

I rischi dell'ospedalizzazione

- Indagine prospettica in oltre 1000 pazienti.
 - Conseguenze infauste di cure mediche accettabili
- 240 episodi avversi in 198 pazienti.
 - 101 minori, 82 moderati, 32 maggiori, 16 fatali
- Pazienti con episodi nocivi: 28.7 giorni di degenza in ospedale; altri pazienti: 11.4 giorni
- Sono escluse le reazioni dovute ad errore!

Schimmel, 1964

39

Alcuni episodi fatali

Agente e procedura	Manifestazione dell'episodio	Età	Patologia sottostante
Cistoscopia	Arresto cardiaco	69	Pielonefrite cronica
Esofagoscopia	Perforazione	50	Cirrosi
Clistere di bario	Arresto cardiaco	89	Peritonite tubercolare
Eparina (iv)	Emorragia retroperitoneale	66	Ipernefoma
Tubo Blakemore	Asfissia	59	Cirrosi
Digossina	Fibrillazione ventricolare	40	Malattia cardiaca reumatica

40



Il linguaggio del danno

- Rischi di diagnosi e terapie moderne (Barr, 1956)
- Malattie del progresso medico (Moser, 1959)
- `Ricerca la sicurezza assoluta é come difendere il nichilismo terapeutico ... (Schimmel, 1964)
- Devono essere sviluppati dei meccanismi per valutare i rischi dell'ospedalizzazione in maniera continuativa... per ridurre gli eventi sfavorevoli (Steel, 1981)

Vincent C. The Evolution of Patient Safety, Verona 2005

41

Il rischio nelle Strutture Sanitarie



I rischi nelle Strutture Sanitarie

- Finanziari
- Operativi
- Clinici

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

43



I rischi finanziari

- **Contratti vari** (es. pulizie, manutenzioni, acquisti)
Rischi enormi per la struttura sanitaria
- **Assicurazioni** (es. rischi professionali, contro l'incendio, ecc.)
- **Conflitto di interesse** (es. libera professione, contratti con specialisti esterni che sono presenti nella struttura solo in determinate fasce orarie)

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

44

I rischi operativi

- **Procedure per l'assunzione** (es. interesse della Struttura Sanitaria e della persona assunta) Necessità di monitorare le competenze!
- **Contratti di manutenzione** (es. siamo sicuri che l'operaio che esce è un elettricista?)
- **Problemi economici** (quando intervengono guadagni all'interno della Struttura) I pazienti pensano che siano parti integranti della Struttura stessa (es. pubblicità). Può mettere a repentaglio l'accreditamento
- **Information technology** (es. problemi di accessibilità dei dati)
- **Quality improvement** (es. se ci sono dati che rappresentano un rischio per la struttura e non sono analizzati) Qualsiasi dato è importante, anche se apparentemente scollegati fra di loro
- **Gestione delle strutture** (es. il mancato monitoraggio delle temperature delle sterilizzatrici per più giorni, trasmissione del MRSA tra 2 pazienti chirurgici che condividono la stanza, procedure per la collocazione del paziente pediatrico in mancanza di posti letto in Pediatria, controllo estintori, allarmi, ecc.)
- **Perdita degli effetti personali** (pazienti ed operatori)
- **Disclosure** (tutto quello che il paziente avrebbe dovuto sapere o meno)
- **Credentiailling** (decidere i compiti in base alle VERE capacità)



Competenza tecnica eccellente in un ambito ristretto

La maggior parte degli altri medici si collocano in periferia

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

45

I rischi clinici

- **Consenso** per tutti i processi assistenziali
- **Comunicazione con il paziente** (in una lingua che il paziente capisce "se non lo chiedi non lo sai" e soprattutto quando è successo qualcosa di grave)
 - Direttamente al paziente: solo lui decide se coinvolgere un familiare
 - Molto velocemente (può avere bisogno nei giorni successivi di ulteriori spiegazioni)
 - Una persona deve coordinare le informazioni (se no, "ognuno dice la sua")
 - Usare la persona appropriata (il medico curante + il RM)
 - Comunicare con compassione
 - Comunicare i fatti e poi la prognosi
 - Non dare la colpa agli altri
- **Documentazione clinica** ("guardarla come si guarda uno scontrino o l'estratto conto")
- **Soddisfazione dell'utente** (le domande che aiutano a ridurre il rischio)
- **Confidenzialità** (nelle informazioni, nella disponibilità di documenti) Il nome non è riservato es. TB precautions
- **Telemedicina** (privacy, riservatezza)
- **Ricerca**

Questi espongono di più a rischi, anche se ci sono anche altri (es. somministrazione dei farmaci, intervento su paziente sbagliato, ecc)

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

46

Epidemiologia dell'errore

Quanti sono gli eventi avversi?

Harvard Medical Practice Study, Leape 1991 (30.000 cartelle, 1984)

- **Eventi avversi con danno al paziente** 3,7% degli episodi di ricovero
- **Eventi avversi che hanno esitato in disabilità grave o morte** 0,7% degli episodi di ricovero

- **Estrapolazione alla popolazione italiana** 8.500.000 episodi di ricovero all'anno con 314.500 eventi

60.000 pazienti con disabilità permanente o morte

48

Quanti sono gli eventi avversi?

Adverse events in surgical patients in Australia: Kable AK, 2002 (14179 cartelle, 8747 mediche e 5432 chirurgiche)



- Eventi avversi con danno al paziente 21,9% degli episodi di ricovero (prevenibili nel 48% dei casi)
- Eventi avversi che hanno esitato in disabilità grave o morte 4% degli episodi di ricovero

- Estrapolazione alla popolazione italiana 8.500.000 episodi di ricovero all'anno con 1.861.000 eventi

340.000 pazienti con disabilità permanente o morte

49

Perché è importante il Risk Management in Sanità?



STUDIO	A. E. TOTALI	A. E. NON GRAVI	A. E. GRAVI	A. E. DA FARMACI	DECESSI TOTALI	DECESSI DA FARMACI	COSTI A. E.
Report NHS	850.000 (10% dei ricoveri)		1.995	10.000	500	13	2 md £
Vincent, Neale, Woloshynowych	11,70% dei ricoveri	66,60% degli A.E.	34%		8%		34.115.000 £
Vincent	320.000	260.000 -1	60.000 -18,75%		40.000 -12,50%		150.000.000 £
Harvard Study	3,70% dei ricoveri	70%	21%		14%		
Colorado, Utah	2,90% dei ricoveri	50%	50%		6,60%		37,6 md \$
Institute of Medicine	36% dei ricoveri	89%	11%		2%		
JAMA					225.000		
Wilson, Runciman, Gibber, Harrison, Newby, Hamilton	16,60% dei ricoveri	81,40%	18,60%		4,90%		

50

Quanti sono gli eventi avversi?

Territorio



- Leape 2003
 - 661 pazienti ambulatoriali intervistati dopo la prescrizione di una nuova terapia. Effetti avversi nel 25% degli intervistati per un totale di 181 eventi.
 - 25 eventi gravi, 51 trattati inadeguatamente, 19 non sono stati segnalati al medico

51



- **Near miss:** ogni evento che avrebbe potuto ma non ha, per fortuna o abilità di gestione, originato un "incidenti"[®].
- **Incident:** episodio che ha dato -o che aveva la potenzialità di dare- origine ad un "evento avverso".
- **Evento avverso:** fatto (omissione) insorto durante l'assistenza che ha determinato un danno per l'utente/cittadino/paziente o per l'operatore sanitario.
- **Rischio:** situazione o causa potenziale di danno per l'utente/cittadino/paziente o per l'operatore sanitario.

ADMITTING



+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

Errore: insuccesso nel completare un'azione nel modo voluto o scelta di un'azione sbagliata per raggiungere un certo obiettivo

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

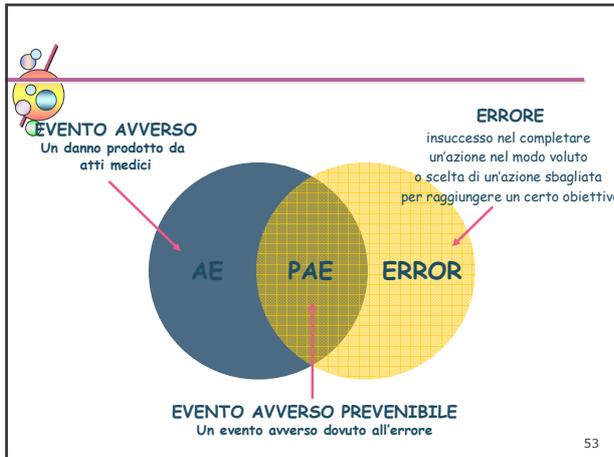
+

+

+

+

52



- ### Epidemiologia degli eventi avversi
- Fattori di rischio di danno
- **Età oltre 64 anni** (polipatologia, polifarmacologia, metabolismo)
 - **Chirurgia cardiotoracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia** (difficoltà tecniche e condizioni paziente)
 - **Terapia urgente ed intensiva** (poco tempo per riflettere, pericolo di vita, situazione carica dal punto di vista emotivo)
 - **Degenza in terapia intensiva** (attività variabile, tempo scarso, alta percentuale di pazienti gravi)
 - **Durata del ricovero** (la probabilità di accadimento di un evento avverso aumenta del 6% al giorno)
- 54

- ### Epidemiologia degli eventi avversi
- Aree di rischio: esperienza e supervisione
- **Utilizzo di personale temporaneo** (es. Pronto Soccorso, Terapie Intensive)
 - **Spostamenti del personale** (carenze di organico, regole del lavoro, scelta delle persone, "coperta corta")
 - **Mancate uniformità ed innovazione delle tecniche** (tecniche nuove, strategie diverse, usi diversi)
 - **Mancata definizione degli standard accettabili di sostituzione** (responsabilità delle operazioni che non comunica con la responsabilità delle allocazioni)
- CAUSANO SITUAZIONI A RISCHIO DI ERRORE E DANNI DIPENDENTI DALL'ORGANIZZAZIONE**
- 55

- ### Epidemiologia degli eventi avversi
- Aree di rischio da presidiare: apparecchiature medicali
- **Differenti tipi di elettrocardiografo**
 - **Differenti tipi di pompe da infusione**
 - **Differenti sistemi di deposito**
 - **Differenti tipi di defibrillatore**
 - **Differenti contratti di manutenzione**
 - **Responsabilità non chiara sulla manutenzione e sul controllo**
- CIASCUNA DI QUESTE PUO' COSTARE VITE UMANE!**
- 56

Epidemiologia degli eventi avversi

Specialità cliniche ad alto rischio
Carrol R (ed), Risk management Handbook, 2001



- **Ostetricia** (distress fetale, tempistica taglio cesareo, uso ossitocina)
- **Emergenza** (valutazione pazienti, comunicazione, continuità delle cure)
- **Attività chirurgiche** (corpo ritenuto, errore di lato o di paziente, valutazione preoperatoria, day-surgery)
- **Anestesia** (intubazione, sedazione conscia)
- **Psichiatria** (suicidio, pazienti ambulatoriali, contenzione, psicofarmaci, elettroshock)
- **Comunicazione insufficiente con paziente/parenti** (es. scarso chiarimento rischi/risultati). I pazienti oggi vogliono 65% informazioni e 25% comfort.

57

Gli errori più frequenti



LUOGO	%	SPECIALITA'	%
SALA OPERATORIA	32	ORTOPEDIA	16,5
DEGENZA	28	ONCOLOGIA	13
DEU	22	GINECOLOGIA	10,8
AMBULATORIO	18	CHIRURGIA	10,6

WWW.CORRIERE.IT 17 SETTEMBRE 2004

58

La situazione italiana



- 32% degli articoli riguardava casi con decesso del malato
- 26% degli articoli raccontava dei casi esitati in danni gravi senza decesso
- nel 48% degli articoli viene chiamato in causa il fattore umano
- nel 33% degli articoli la responsabilità viene attribuita ad una struttura sanitaria
- nel 42,6% degli articoli i casi sono dovuti all'inadeguato funzionamento delle strutture sanitarie, sia dal punto di vista assistenziale, sia amministrativo

Fonte: Fondazione Censis - 35° Rapporto annuale sulla Situazione sociale del Paese - La Società italiana al 2001. 59

Incidenza di errori in Italia (1997-2001) Contatti riguardanti la diagnosi e la terapia (%)



Oggetto	2001	2000	1999	1997
Consulenza medica	12,1	9	8,4	6,3
Consulenza legale	9	7,2	7,9	9,9
Errori terapeutici	5,8	7	5,6	4,8
Errori diagnostici	3,3	3,4	3	3,2
Modifica immotivata della terapia	0,1	0	0	0,2
Totale	30,3	26,6	24,9	24,4

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2001

60

I costi degli eventi avversi



- **Costi diretti**
 - costi assicurativi legali
 - allungamento durata della degenza
 - costi delle cure per ridurre il danno
- **Costi indiretti**
 - effetti sul/sui responsabili del danno
 - immagine
- **Costi nascosti**
 - Il danno deriva da una cattiva organizzazione che causa:
 - bassa produttività
 - bassa qualità
 - sprechi

61

La situazione "normale"

(Aus, USA, UK, NZ)



- 1 ricovero su 10 - "evento prevenibile" 2.000 milioni \$
- 1 ricovero su 100 - evento "causato da negligenza" 10.000 milioni \$
- 1 ricovero su 10.000 - causa medico-legale 400 milioni \$



62

Costi degli eventi avversi



- La degenza in ospedale aumenta in media di 8.7 giorni per ogni evento avverso (range 0 - 60)
- 8 milioni di ricoveri ogni anno in Inghilterra
- 856,000 eventi avversi
- Costi aggiuntivi per anno per ogni EA evitabile:
£ 1miliardo.

Vincent C. The Evolution of Patient Safety, Verona 2005

63

Costi dell'errore medico



- Solo errori da somministrazione di farmaci esitati in danno significativo:
 - aumento durata della degenza 2 - 5 giorni
 - eccesso di costi per ogni evento 95 - 4685 \$
- Tutti i tipi di errore, durante 1 anno di osservazione in 4 ospedali:
 - 1600 - 11600 giorni di degenza aggiuntivi
 - 927000 - 7,1 milioni \$ costi aggiuntivi

64

Classificazione dei rischi

Edward P. Richards



- **Prevenibili** (il costo della loro comparsa è maggiore di quello della loro gestione). Possono comportare sanzioni legali
 - natura sempre negligente; concetto di *ipsa loquitur*
 - es. interventi sul paziente sbagliato, dimenticanza di corpi estranei.
- **Normalmente prevenibili** (il costo della loro comparsa è maggiore di quello della loro gestione, ma la loro comparsa ha risvolti legali solo se data da negligenza)
 - es. cadute nel reparto, infezioni della ferita chirurgica

65

Classificazione dei rischi

Edward P. Richards



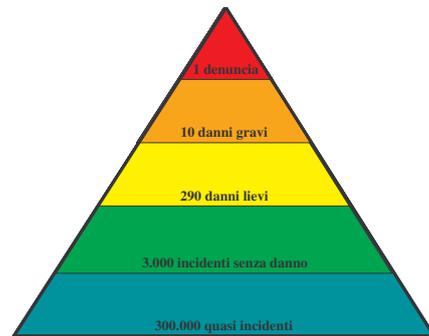
- **Gestibili** (il costo della loro comparsa è solo leggermente superiore a quello della loro gestione)
 - es. operatore sanitario che contrae l'epatite attraverso la puntura con un ago infetto
- **Imprevedibili** (il costo della loro comparsa è minore rispetto a quello della loro gestione)
 - es. costo delle barriere ai passaggi di livello rispetto al costo delle vite risparmiate
- **Non prevedibili, impossibili da immaginare**
 - es. le catastrofi naturali

66



- Non tutti gli errori possono essere intercettati prima che abbiano effetti sul paziente. Un sistema sicuro deve prevedere anche in questo caso la riduzione del danno.

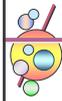
67



La proporzione di Heinrich

68

Metodologia del Risk Management



Metodologia del Risk Management

- Analisi reattiva = studio a posteriori degli incidenti per individuare le cause
- Analisi proattiva = individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi
- L'analisi dell'errore diventa l'analisi delle cause di errore

70



Analisi Reattiva

- Approcci maggiormente utilizzati:
 - Incident reporting
 - Dati amministrativi ed informatici
 - Triggers
 - Review
 - Root cause analysis

71



Incident reporting

- Segnalazione volontaria di eventi avversi, **near misses**, eventi senza danno
- Base di analisi, predisposizione di strategie e azioni di correzione per prevenire il ripetersi dell'evento
- Deve essere **non punitivo, confidenziale, tempestivo**

72

Dati amministrativi ed informativi

- Immediatamente accessibili, costo trascurabile, esaustivi
- Sistema di indicatori (es. chirurgia: attività sale operatorie, interventi sospesi, reinterventi, mortalità entro 48 ore, mortalità totale, ecc)
- Revisione storie cliniche
- Revisione reclami
- Cause medico-legali
- Problemi di codifica (sottocodifica ed eterogeneità di utilizzo codici), mancanza di informazioni temporali (complicanze come co-patologie o eventi)

73

Triggers

- Revisione della documentazione clinica alla ricerca di indizi che possano nascondere un evento avverso
- Ricovero per complicanze o cattivi risultati di trattamento ambulatoriale
 - Ricovero ripetuto per complicazioni od incompleta risoluzione dei problemi del ricovero precedente
 - Consenso informato omesso, incompleto o non corretto
 - Asportazione, danno o riparazione non previsti di organo durante l'intervento chirurgico
 - Intervento ripetuto non pianificato
 - Biopsia con risultato non compreso nelle ipotesi diagnostiche, campione insufficiente
 - Trasfusione per indicazioni non corrette o reazione trasfusionale
 - Infezione ospedaliera (oggi meglio definite: ICPA)

74

Il mondo reale...

- "... maschio decrepito di 69 anni, apparentemente in buona salute, sveglio ma con problemi di memoria"
- "... la pelle si presenta umida, ma asciutta"
- "... cefalee occasionali, costanti, non frequenti"
- "... il paziente era sveglio, ma non rispondeva agli stimoli"
- "... la paziente afferma di essere stata stitica per la maggior parte della sua vita... fino al divorzio"
- "... l'esplorazione rettale dimostra una tiroide di dimensioni normali"

75

Il mondo reale... (continua)

Cytotaxin 75 gramo/m² IV
Mellari 150mg h.s.
Insulin, 40 units lente 120 units regular q.a.m.

76

Review

- Revisione della documentazione clinica da parte di esperti, su campione casuale, a due stadi (I° infermieri, II° medici)

77

Root cause analysis

- L'analisi delle cause profonde è un processo per identificare i fattori di base o causali che si nascondono dietro il verificarsi di un evento avverso grave (*evento sentinella*)

78

Cause immediate e cause profonde

Paziente, individuo, obiettivi dell'équipe, fattori ambientali

Cause immediate

Cause latenti

Fattori organizzativi

Cause profonde

Doing Less Harm⁹

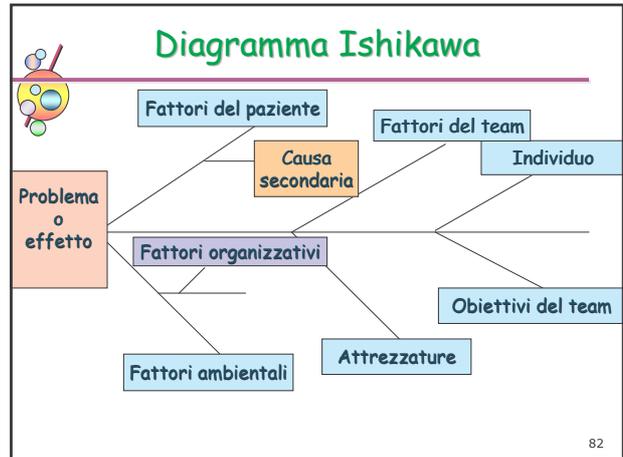
Root cause analysis

- L'analisi delle cause deve:
 - focalizzarsi sui sistemi e sui processi, non solo sulla performance individuale
 - prendere in considerazione i processi clinici e quelli organizzativi
 - andare in profondità chiedendosi ripetutamente *perché?*
- Tecniche
 - i 5 perché
 - diagramma Ishikawa (causa-effetto)
 - mappa dei processi

80

I 5 perchè

Effetti	Cause
1. Perché il medico ha sbagliato?	Perché non ha prestato attenzione ad una parte importante del problema
2. Perché non ha prestato attenzione?	Perché era stanco
3. Perché era stanco?	Perché si stava occupando contemporaneamente di 2 pazienti ed era inesperto
4. Perché? Non poteva chiedere aiuto? Era troppo inesperto?	Il medico anziano non gradisce essere disturbato di notte ed effettivamente era inesperto
5. Esistono procedure che regolano il livello di training ed esperienza da raggiungere prima di essere assegnati a certi compiti?	In effetti, no

Mappa dei processi CHE COSA E' SUCCESSO?

Evento Sentinella	Quali sono i dettagli dell'evento (descrizione)?
	Quando è avvenuto? (data, giorno, ora)
	Dove è avvenuto? (area o servizio coinvolto)

La mappa dei processi Perché è successo? Quali sono i fattori più direttamente collegati all'evento?

Processo o attività in cui si è verificato l'evento	Quali sono le varie fasi del processo? (diagramma di flusso)
	Quali fasi del processo sono coinvolte o hanno contribuito all'evento?

Mappa dei processi

Fattori umani	Quali sono stati i fattori umani rilevanti nella determinazione dell'esito (o evento)?
Fattori legati alla strumentazione	Come il funzionamento della strumentazione ha influenzato l'esito (o l'evento)?

85

Mappa dei processi

Risorse umane	Il personale sanitario e/o tecnico è adeguatamente qualificato e competente per quello che attiene alle proprie responsabilità?
	La dotazione attuale di personale quanto è vicina allo standard ideale?

86

Mappa dei processi

Risorse umane	Quali sono i piani per affrontare situazioni in cui si potrebbe verificare una riduzione del personale?
	Quanto viene considerata la <i>performance</i> del personale nei processi operativi?

87

Mappa dei processi

Risorse umane	Come possono essere migliorati l'orientamento e l'addestramento rivolto al personale interno?
----------------------	---

88

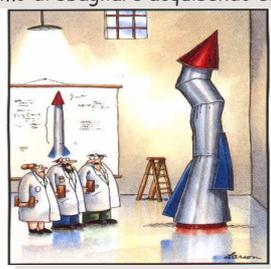
 **Il mondo reale... (continua)**

I sistemi producono esattamente l'outcome per i quali sono stati concepiti (disegnati).

Don Berwick

89

 **Evitiamo di sbagliare acquisendo esperienza...**



Credo sia il caso di affrontare la realtà...
Non siamo esattamente degli scienziati

però l'unico modo di acquisire esperienza è quello di sbagliare e di imparare dagli errori...

90

 **Analisi Proattiva**

- Analisi di processo = quanti e qualitativa
- Processo scomposto in macroattività
- Ogni macroattività analizzata sulla base dei singoli compiti da portare a termine
- Per ogni singolo compito individuazione dei possibili errori (modalità di errore)
- Ogni modalità di errore valutata quantitativamente per identificare il rischio

91

 **Metodiche Analisi Proattiva**

- Possibili vari modelli matematico-ingegneristici
- FMEA (analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti)/FMECA (analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti) - **analisi qualitativa e quantitativa**

92

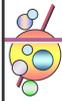
FMEA/FMECA



- Considerazioni preventive dei possibili guasti/errori
- Valutazione obiettiva del progetto e delle alternative
- Previsione di prove e controlli
- Esplicitazione di un riferimento con cui confrontare il "vero prodotto" della nostra realtà

93

Sintesi dei passi operativi per l'applicazione della FMEA



- Step 1** • definire l'oggetto dell'analisi. Definire il progetto o il processo che deve essere studiato
- Step 2** • descrivere il modo di realizzazione (servizio) o di funzionamento (bene) corretto
- Step 3** • effettuare l'analisi qualitativa descrivendo i modi di errore/guasto, i loro effetti, le possibili cause
- Step 4** • costruire le tre scale di valutazione necessarie: gravità dell'effetto, probabilità della causa, rilevanza del guasto/errore

94

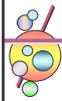
Sintesi dei passi operativi per l'applicazione della FMEA



- Step 5** • Effettuare le valutazioni quantitative in riferimento ai tre elementi precedenti
- Step 6** • Calcolare l'indice di priorità del rischio (IPR)
- Step 7** • Ordinare per IPR decrescente
- Step 8** • Assumere decisioni per abbassare il livello di rischio (controllo, riduzione, eliminazione)

95

FMEA: scale di valutazione



- Probabilità dell'errore: punteggio 1-10
 - Gravità dell'errore: punteggio 1-10
 - Rilevanza dell'errore: punteggio 10-1
- blu: analisi qualitativa
rosa: analisi quantitativa
- Calcolo indice priorità del rischio = $P \times G \times R$

96

Matrice valutazione rischio

	Nessun danno	Lieve danno	Medio danno	Grave danno	Morte
Frequente	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
Probabile	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
Occasionale	Blue	Green	Green	Yellow	Yellow
Remoto	Blue	Blue	Green	Green	Yellow

Red	R elevato = intervento emergenza
Yellow	R medio = intervento urgenza
Green	R basso = intervento programmazione
Blue	R accettabile = intervento monitoraggio

97

Cause individuali e sistemiche dell'errore

Clinical Risk Management

Gli incidenti sono il risultato di un grande numero di fattori interconnessi.

- 15% errori individuali
- 85% errori di sistema



L'errore umano si presenta spesso come la vera causa degli incidenti; tuttavia, quasi sempre, vi è la possibilità di agire su fattori sistemici capaci di prevenire l'errore o di mitigarne le conseguenze.

99

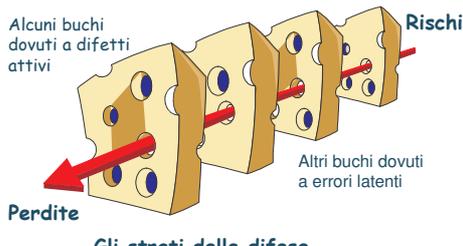
- ### Cercare le cause
- Dare la colpa agli individui è soddisfacente dal punto di vista emozionale e conveniente dal punto di vista legale
 - Ma non ci porta da nessuna parte
 - Una progettazione imperfetta favorisce l'errore degli operatori sanitari
 - Fallire rappresenta una (piccola) parte della condizione umana
 - Non puoi modificare la condizione umana
 - Puoi però cambiare le condizioni nelle quali le persone lavorano
- 
- 100



Sospendi oggi ogni medico che ha fatto un errore e domani il tasso di errore nel servizio sanitario sarà esattamente lo stesso.
(Berwick, BMJ 2001)

101

Il modello dell'Emmenthal svizzero



Alcuni buchi dovuti a difetti attivi

Altri buchi dovuti a errori latenti

Rischi

Perdite

Gli strati delle difese

Reason, J., The Management of Safety, 2004

102

La difesa dagli errori

- Le barriere "hard"
 - fisiche
 - automazione
 - sistemi di sicurezza
- Le barriere "soft"
 - procedure
 - protocolli
 - controlli amministrativi
 - controlli nei punti di rischio

LE BARRIERE POSSONO ESSERE INFRANTE DA DIFETTI ATTIVI/LATENTI

103

Difetti attivi

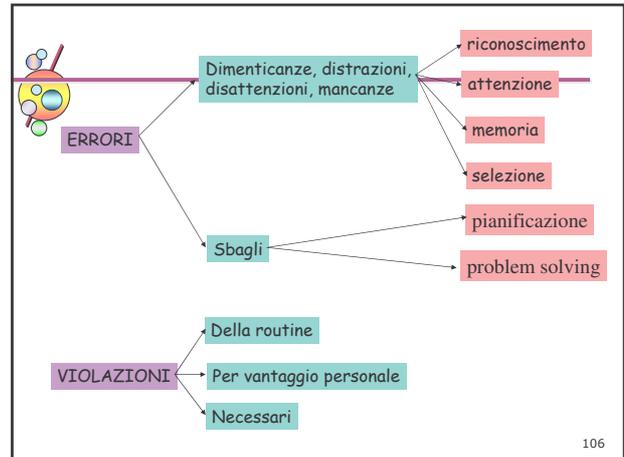
- Infrazioni alla sicurezza commessi dalle persone sulla linea di interfaccia
- Sono costituiti da errori, dimenticanze, sbagli, violazioni
- Hanno un effetto immediato diretto e non sistemico
- Sono più evidenti e visibili

104

Difetti latenti

- Sono difetti nelle aree di competenza "alta"
 - pianificazione
 - distribuzione delle risorse
 - *mannaggia-ment*
 - cultura
- Sono sempre presenti
- Agiscono in modo incostante
- Creano condizioni che favoriscono errori e violazioni

105



Tipologie di errore umano

Classificazione degli errori

CATEGORIE GENERALI: <ul style="list-style-type: none"> > <u>Errore di omissione</u> > <u>Errore di commissione</u> 	CATEGORIE PER TIPO DI ERRORE: <ul style="list-style-type: none"> > <u>Errore umano</u> > <u>Ritardi di diagnosi e trattamento</u> > <u>Errori di trattamento</u> > <u>Esami o procedure diagnostiche</u>
CATEGORIE GIURIDICHE: <ul style="list-style-type: none"> > <u>Imperizia</u> > <u>Imprudenza</u> > <u>Negligenza</u> 	ALTRE POSSIBILI CATEGORIE: <ul style="list-style-type: none"> > <u>Errore nell'uso dei farmaci</u> > <u>Errore chirurgico</u> > <u>Errore nell'uso di apparecchiature</u>

108



Categorie generali

Errore di omissione:

- Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti alla mancata esecuzione di atti medici ed assistenziali ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente.

109



Categorie generali

Errore di commissione

- Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'esecuzione di atti medici od assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto.

110



Modelli di comportamento

- Skill-based behaviour: reazione automatica a uno stimolo
- Ruled-based behaviour: scelta di una norma/regola adeguata
- Knowledge-based behaviour: pianificazione di una strategia d'azione

Rasmussen 1987

111



Categorie per tipo di errore

- **Slips**: errore di esecuzione che si verifica a livello di skill-based behaviour
- **Lapses**: errore di esecuzione provocati da un fallimento della memoria
- **Mistakes**: errori che si verificano in fase di pianificazione di strategia:

1 - Ruled-based: scelta di una procedura / regola inadeguata

2 - Knowledge-based: errore nella pianificazione di un percorso, che viene però compiuto correttamente

Reason 1990

112

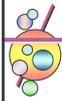
Categorie giuridiche



- **Negligenza** si configura nel caso in cui siano violate le norme e le regole che le conoscenze specifiche e l'esperienza professionale indicano come idonee a far conseguire i migliori risultati od a far evitare i possibili danni.
- **Imperizia** si concretizza quanto siano eseguite pratiche sanitarie da parte di medici non adeguatamente addestrati alla loro realizzazione ovvero privi delle cognizioni culturali e tecniche necessarie alla loro attuazione. L'imperizia esprime dunque una condizione di impreparazione professionale rispetto allo specifico trattamento medico dal quale il danno è derivato.

113

Categorie giuridiche



- **Imprudenza** esprime una condotta non rispettosa del criterio che in ogni attività devono essere attuate tutte quelle cautele che sono utili ad evitare l'esposizione a pericoli non giustificati da una attenta valutazione dell'opportunità di far correre all'assistito dei rischi non proporzionati alla sua effettiva condizione.

114

Cause e rimedi degli incidenti



	ERRORI INDIVIDUALI	RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVE
INCIDENZA	15%	85%
AZIONI CORRETTIVE	98%	2%

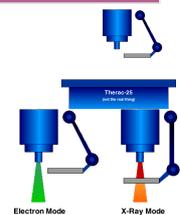
115

Analisi di un incidente (1)



Un uomo di 33 anni deve ricevere un trattamento radioterapico a bassa potenza alla spalla (per prevenire la recidiva di un tumore maligno già operato).

La macchina Therac-25 ha due modalità di funzionamento: alta potenza (bottone X) (massima potenza, schermato) e bassa potenza (bottone Y) (bassa potenza, non schermato)

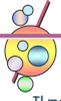


Il tecnico preme per errore il bottone X, si accorge dell'errore, preme "up" per cambiare selezione e preme Y. Il monitor indica "bassa potenza" e il tecnico preme il tasto di attivazione. Purtroppo, la sequenza a causa di un bug nel software genera un errore per cui la radiazione viene erogata ad alta potenza ma non schermata

Il paziente riceve una irradiazione di 25,000 rads, prova un forte bruciore e preme il pulsante di colloquio con il tecnico. Ma sia la comunicazione vocale che il controllo video sono staccati

116

Analisi di un incidente (2)



Il monitor indica "errore 54%". Il tecnico non controlla il significato, pensa che la macchina non abbia irradiato e preme ancora il tasto di attivazione.



Il paziente riceve una seconda scarica di 25.000 rads. Ricompare il segnale "errore 54%". Il tecnico entra nella stanza e si accorge che il paziente ha ricevuto gravissime ustioni. Morirà dopo 4 mesi



La macchina aveva dato in precedenza falsi allarmi. La ditta costruttrice era a conoscenza che l'errore si era verificato in altri 4 centri

Therac-25/East Texas Medical Centre -1986

117

Analisi di un incidente (3)



Errori latenti

- il costruttore non aveva considerato la necessità di eliminare l'errore anche dopo le segnalazioni di incidenti
- il tecnico non era stato addestrato a interpretare i segnali di errore
- l'aumento del flusso delle prestazioni induceva a lavorare in fretta
- gli allarmi erano ignorati di routine
- il richiamo vocale ed il controllo video erano inattivi

Errori attivi

- gli allarmi erano stati comunque ignorati (storia di falsi allarmi)
- non vi era stato controllo del paziente

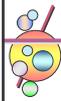


Therac-25/East Texas Medical Centre -1986

118

Gestione del rischio e gestione per la qualità: obiettivi della JCHAO (scendere nel pratico)

Clinical Risk Management ovvero "E adesso cosa fare?"



- Evitare il rischio (non offrire servizi ad alto rischio)
- Mantenere il rischio
- Trasferire il rischio
- **Modificare e gestire il rischio**

120

Clinical Risk Management



- Favorire il cambiamento
- Identificare i stakeholders e tutti i fattori che possono favorire il cambiamento
- Le persone che "detengono" il problema lo devono anche risolvere
- Team multidisciplinari
- Cultura della sicurezza
- Imparare dagli errori

121

Clinical Risk Management



- Sostituire il "ciclo della paura" (*basato sul giudizio*)

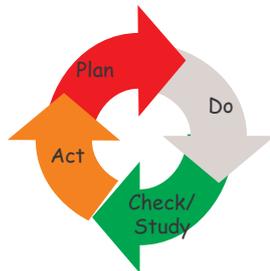


122

Clinical Risk Management



- Sostituire il "ciclo della paura" (*basato sul giudizio*)
- Con il "ciclo della qualità" (*evidence based*)



123

Ridurre i rischi



- Modificare la cultura dell'errore
- Semplificare
- Standardizzare
- Stratificare
- Migliorare la comunicazione e favorire la comunicazione contro il gradiente di autorità
- Usare i difetti in modo appropriato
- Andare cauti nell'automatizzare
- Rispettare i limiti della vigilanza e dell'attenzione del personale
- Incoraggiare il riconoscimento degli errori e delle condizioni pericolose.
- Migliorare il governo dei processi clinici



124



N. DI TAPPE	TASSO DI ERRORE DI PARTENZA PER OGNI TAPPA			
	0.05	0.01	0.001	0.0001
1	0.05	0.01	0.001	0.0001
5	0.33	0.05	0.005	0.002
25	0.72	0.22	0.02	0.003
50	0.92	0.39	0.05	0.005
100	0.99	0.63	0.1	0.01

125

Tassi di errore umano



Attività	Probabilità di errore umano
Errore di commissione (lettura sbagliata etichetta)	0.003
Errore di omissione senza meccanismi di "ricordo"	0.01
Errore di omissione all'interno di una procedura	0.003
Semplice errore aritmetico con auto-controllo	0.03
Mancanza del riconoscimento dell'errore	0.1
Mancato controllo del hardware da parte del personale in assenza di check-list	0.1
Errore generico in situazioni di alto rischio e quando le attività pericolose si succedono rapidamente	0.25

126

Salvendy G. Handbook of human factors & ergonomics 1997.

- ### La riduzione del rischio (clinico)
- 
- Prendiamo in considerazione tutti i pazienti, i visitatori ed i dipendenti
 - Non solo. Il cittadino usa la farmacia, prende il pasto al bar/ristorante, la ristorazione può preparare pasti per esterni, ecc
 - Includiamo tutte le strutture (edifici)
 - Includiamo sia i processi clinici, sia quelli gestionali
 - Stabiliamo dove c'è la maggiore possibilità di errore e dove le conseguenze possono essere più grave
 - Guardare dove ci sono variazioni nel processo (RCA)
 - Qualsiasi processo che espone lo staff, probabilmente espone anche il paziente
- vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005
- 127

- ### Punti critici della leadership
- 
- Creare e promuovere una cultura orientata alla sicurezza tesa alla comunicazione degli eventi
 - Incrementare la cultura del reporting "blame-free"
 - Definendo gli eventi reportabili
 - Definizioni chiare
 - Facilità di segnalazione
 - Anche un "numero verde"
 - Anonimato fino ad un certo punto
 - Istruire per fare indagini e prendere provvedimenti
 - Presentare il programma ai dirigenti, mettendo in luce gli aspetti di maggiore importanza
 - Priorità nel budget di quest'anno
 - Importanza del feed-back per il segnalante
 - Imparare e migliorare prendendo decisioni rapide
 - Trovare il pattern e diffonderlo a tutti
 - La struttura sanitaria come "Learning environment"
- Con tutti questi accorgimenti, la cultura cambierà piano. "Servono 50 anni per far uscire una cattiva idea dalla medicina e 100 anni per far entrare una buona"
- vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005
- 128

Punti critici della leadership (continua)



- Attuazione dell'effettiva e proattiva riduzione del rischio
 - Quali atteggiamenti causano i rischi maggiori
 - Utilizzo degli strumenti di Risk Management prima di intraprendere un'azione, anche pensando alla possibilità di controllo finale
 - Definire le priorità.
- N.B. E' più facile coinvolgere le persone in caso di near miss.
- Favorire un'effettiva comunicazione
 - Quali sono i feed-back forniti al proprio staff? (es. settimanalino)
 - Che tipo di informazioni vengono riportate all'esterno?
 - Che cosa stiamo dicendo ai nostri pazienti ed alla comunità a proposito degli sforzi che stiamo facendo per aumentare la sicurezza del paziente? (non lasciare la comunicazione ai mass media)
 - Come possiamo contribuire a questi sforzi?

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

129

Punti critici della leadership (continua)



- Garantire un'adeguata ed efficiente dotazione di personale
 - È importante monitorarlo con indicatori (es. ulcere da decubito, mancata somministrazione di farmaci, ecc)
 - C'è un rischio maggiore nello spostare il personale da un reparto all'altro rispetto alla mancanza di personale
- Implementare la formazione di gruppo per tutto lo staff
 - E' il gruppo che determina un rischio maggiore o minore in quella realtà
 - Esistono "zone" dove il lavoro in équipe è naturale (es. blocco operatorio, cucina, ecc)
- Incoraggiare e supportare il coinvolgimento del paziente
 - Farli partecipare a tutti gli incontri

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

130

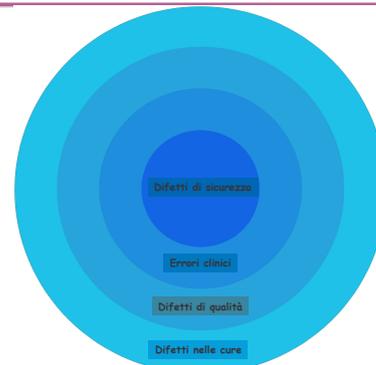
Il Risk Management come parte della Clinical Governance



- C.G.=il processo attraverso il quale le organizzazioni sono **responsabili** di:
- miglioramento continuo della qualità dei propri servizi
 - salvaguardia degli standard alti di cura attraverso la creazione di un ambiente nel quale si sviluppi l'eccellenza clinica

NHS&NSW Health 1999

131



132

Pensate alla possibilità di implementare queste strategie nella Vostra realtà...



- Quale affrontereste per prima (oppure quale ritenete più facile da implementare)
- Per quale motivi (almeno tre)
- Giustificate ogni motivo
- Quali invece ritenete siano gli ostacoli o le barriere nella loro implementazione

133

Obiettivi JCAHO



Migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente

Raccomandazioni.

- Usare almeno due sistemi di identificazione (non il numero della stanza) tutte le volte che si eseguono prelievi, somministrazioni di farmaci o trasfusioni
- Prima di iniziare qualsiasi intervento/procedura invasiva condurre un processo di verifica finale per confermare con certezza la correttezza del paziente, della procedura e del sito, usando tecniche di comunicazione attive e non passive

134

Obiettivi JCAHO (continua)



Migliorare l'efficacia della comunicazione tra gli operatori

Raccomandazioni.

- Implementare un processo per ricevere gli ordini verbali e telefonici che consenta una verifica di "rilettura" dell'ordine completo da parte di chi lo riceve
- Standardizzare le abbreviazioni, gli acronimi ed i simboli usati nell'organizzazione, compresa una lista di abbreviazioni, acronimi e simboli assolutamente da non usare (es. u; IU; qd; qod; uso di punto o virgola senza lo "0" davanti, ecc)

135

Obiettivi JCAHO (continua)



Migliorare la sicurezza attraverso l'uso di medicazioni non ad alto rischio

Raccomandazioni.

- Rimuovere gli elettroliti concentrati (compresi il cloruro di potassio, il fosfato di potassio, il cloruro di sodio > 0,9%) dai reparti
- Standardizzare e limitare il numero di concentrazioni disponibili in tutta l'organizzazione
- Individuare e ricevere almeno una volta all'anno una lista di farmaci del nome simile e/o di aspetto simile utilizzati all'interno dell'organizzazione e prendere misure allo scopo di prevenire errori derivanti dallo scambio di tali farmaci

136


Joint Commission
INTERNATIONAL

 **Obiettivi JCAHO (continua)**

- **Eliminare la chirurgia sul sito, paziente e con procedura sbagliata**

Raccomandazioni.

- Creare ed usare un processo di verifica preoperatoria tipo check-list, per confermare la disponibilità della documentazione appropriata (cartella clinica, immagistica)
- Implementare un processo per segnare il sito e coinvolgere il paziente nello stesso (es. vanOstenberg)

137


Joint Commission
INTERNATIONAL

 **Obiettivi JCAHO (continua)**

- **Migliorare l'efficacia dei sistemi di allarme clinico**

Raccomandazioni.

- Implementare una manutenzione regolare preventiva e di test da eseguire su tutti i sistemi di allarme
- Assicurarsi che tutti gli allarmi sono attivati con le modalità appropriate e che sono sufficientemente udibili/visibili in rapporto alle distanze ed ai rumori coesistenti

138


Joint Commission
INTERNATIONAL

 **Obiettivi JCAHO (continua)**

- **Ridurre il rischio di contrarre infezioni nelle strutture sanitarie**

Raccomandazioni.

- Osservare le [linee guida sul lavaggio delle mani](#)
- Gestire come eventi sentinella tutti i casi identificati di morte inattesa o di invalidità grave permanente collegati ad un'infezione acquisita in ambiente sanitario

139


Joint Commission
INTERNATIONAL

 **Obiettivi JCAHO (continua)**

- **Ridurre il rischio di danni provocati al paziente da eventuali cadute**

Raccomandazioni.

- Valutare e periodicamente rivalutare ciascun paziente per il rischio di caduta accidentale, compreso il rischio potenziale associato al regime farmacologico del paziente e prendere misure per contrastare tutti i rischi individuati
- Implementare un programma di riduzione delle cadute e valutare l'effettiva efficacia dello stesso

140



Riduzione dei rischi ambientali

- Sicurezza fisica per il paziente e lo staff
 - Badge per i visitatori
- Manutenzione apparecchiature
- Controlli di qualità sui dispositivi/attrezzature connessi al paziente
- Programma sicurezza antincendio
- ...

vanOstenberg P. "Risk Management and Quality Evaluation", 2005

141



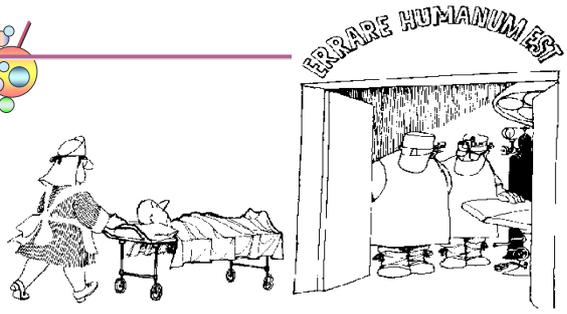

Obiettivi JCAHO (continua)

- **Migliorare la sicurezza attraverso l'uso delle pompe di infusione**

Raccomandazioni.

- Assicurare la protezione del flusso libero in tutti i sistemi di infusione presenti nell'organizzazione

142

"Gli esseri umani sbagliano perché il Sistema all'interno del quale lavorano, le procedure ed i processi in uso sono stati progettati in modo non soddisfacente"

L. Leape

143



Controls Assurance

"... un processo disegnato per produrre le prove che dimostrano che le organizzazioni del NHS* fanno del loro meglio per gestirsi in modo da raggiungere i propri obiettivi e proteggere i pazienti, lo staff, il pubblico e tutti gli altri stakeholders da **tutti i tipi possibili di rischio**"

* National Health System - Il Sistema Sanitario Nazionale Britannico

144

Conclusioni

Conclusioni (1)

The Washington Post

Donald M. Berwick

Tuesday, June 29, 2005

Migliorare la sicurezza non è un compito facile. Occorre coinvolgere l'intera organizzazione, investire denaro, cambiare decine e decine di procedure abituali, raccogliere dati, promuovere incontri, formare il personale.

I cambiamenti richiesti sono così profondi che molti ospedali non li metteranno in pratica.



146

Conclusioni (2)



Quanti pazienti moriranno domani negli ospedali a causa di errori commessi durante le cure? Penso che saranno almeno 100 e 100 dopodomani e ancora 100 il giorno dopo.

E così fino a quando **idee** e **volontà** non saranno tradotte localmente nelle **azioni** che possano prevenire il pesante carico di errori medici e salvare così le vite dei nostri pazienti.

Berwick N Engl J Med 2003

147

Letture consigliata

C. Vincent
Patient Safety. La sicurezza del
paziente.
Ed. Italiana a cura di
T. Bellandi, D. Pasqu, G. Romano, R.
Tartaglia

esseditrice, 2007