

ESPERIENZE IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

METODOLOGIA, STRUMENTI, APPLICAZIONI

Dott. Antonio Maria Pinna
Clinical Risk Manager
ASL 3 Nuoro

I° SESSIONE

- L'approccio per processi.
- L'analisi dei processi
- Gli indicatori
- Come nasce la necessità del metodo

WWW.npsa.nhs.uk

il sito inglese

www.johc.gov

sito della Joint commissionn.

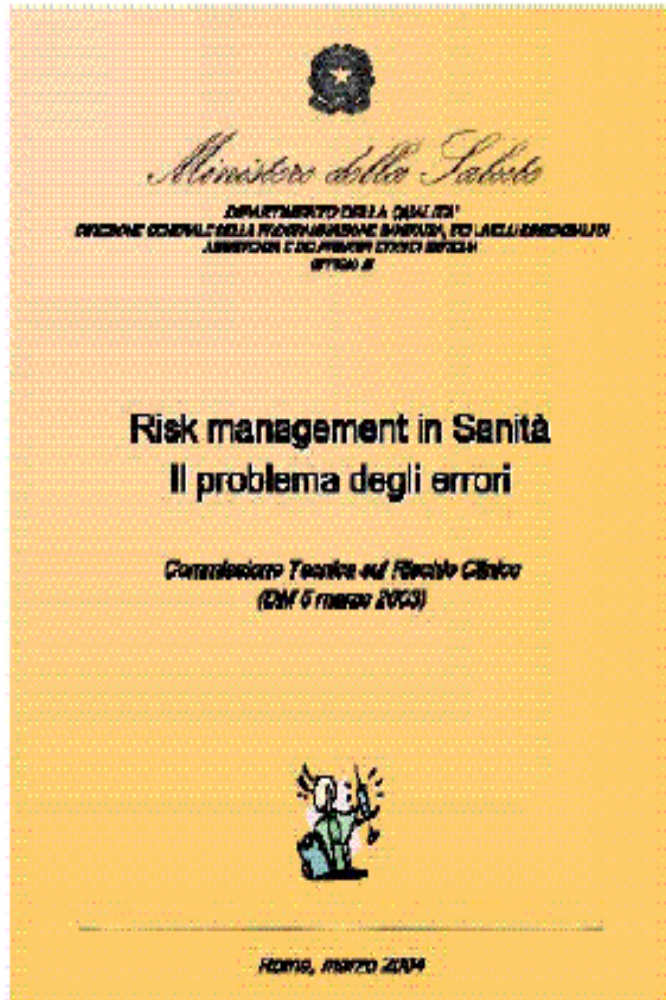
www.patientsafety.gov

americano

www.ministerosalute.it

www.asl.mo.it

Ministero della Salute



- Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003)
- Rapporto "Risk management in sanità. Il problema degli errori" (marzo 2004)
- Dipartimento della Qualità

Ho scoperto che la medicina è una scienza strana e per molti versi inquietante. La posta in gioco è alta, le libertà che ci prendiamo sono enormi.

Droghiamo le persone, gli infiliamo dentro aghi e tubi, manipoliamo la loro chimica, biologia e fisica interna, gli facciamo perdere coscienza e spalanchiamo il loro corpo al mondo. Facciamo tutto ciò in virtù di un'incrollabile fiducia Nella nostra competenza professionale. Ma guardando più da vicino, abbastanza vicino per vedere le ciglia aggrottate, i dubbi e i passi falsi, i fallimenti oltre che i successi, scopriamo che la medicina è una disciplina caotica, incerta e spesso stupefacente.

Tocchi di saggezza

- Primo: non nuocere
- Errare è umano, perseverare è diabolico ..
- Sbagliando s' impara
- Chi non lavora non sbaglia
- L'esperienza insegna

Per iniziare... il contesto

- Il contesto di riferimento è quello sanitario con le sue variabili che ne determinano la complessità.
- La complessità è un chiaro fattore favorente l'errore in quanto incide sull'esposizione ai rischi.

Bisturi letale Indagati due medici

Uccisa da un'endovena di potassio

Medici sotto accusa per la serie di episodi. Ieri in 7 a giudizio per omicidio colposo: non si accorsero di una frattura

Malasanità in Sicilia: tre morti in tre giorni

Diagnosi errate e decessi in sala operatoria. Storace annuncia nuove misure

Muore in ospedale dopo la broncoscopia

Una donna in pensione di Palermo si era recata in clinica per un normale accertamento diagnostico. Denunciati i medici

***AVEVA MAL DI TESTA E FEBBRE, IN OSPEDALE GLI DICONO " È SOLO INFLUENZA",
LO RIMANDANO A CASA TRE VOLTE E MUORE DI MENINGITE A 26 ANNI!!!!***

SABATO 31 DICEMBRE 2005

CRONACA

LA REPUBBLICA 29

Morte due persone in due giorni, in un laboratorio diagnostico e all'ospedale Cervello di Palermo. L'annuncio del ministro

Malasanità, nuovi casi in Sicilia. Storace: subito misure

- AVEVA MAL DI TESTA E FEBBRE, IN OSPEDALE GLI DICONO “ È SOLO INFLUENZA”, LO RIMANDANO A CASA TRE VOLTE E MUORE DI MENINGITE A 26 ANNI!!!!
- ENTRA IN OSPEDALE CON LE SUE GAMBE E NE ESCE PARALIZZATA E DOPO QUALCHE MESE MUORE
- DONNA RUMENA OPERATA ALL’ANCA NONOSTANTE SOFFERENTE DI CUORE E MUORE D’INFARTO
- MUORE PER ECCESSO DI ZELO DEI SANITARI MENTRE STA PER RICEVERE IL TRAPIANTO DI CUORE
- IL GINECOLOGO PER NOVE MESI NON VEDE UNA MALFORMAZIONE E IL BAMBINO MUORE ALLA NASCITA
- HA DOLORI AL PETTO, LA MANDANO A CASA, I FRATELLI LA TROVANO MORTA CON LE BRACCIA CONSERTE CHINA SUL TAVOLO DELLA CUCINA

Blick
ONLINE**Baby tot****Todesflasche kam
aus der Apotheke**

NIEDERGAMPEL VS - Isabelle aveva solo sei giorni, quando morì all'Inselhospital di Berna. È morta perché un flacone di glucosio della farmacia dell'ospedale non conteneva la soluzione di zucchero ma del cloruro di calcio.

Blick
ONLINE

Falsche Amputation

Arzt operierte an seinem freien Tag



16 gennaio 2001

Gli elementi della complessità organizzativa in sanità

1. Le dimensioni
2. Incertezza degli elementi da processare
3. La interdipendenza dei fattori produttivi
4. Il decentramento decisionale

I nuovi rischi delle Aziende sanitarie:

- Utente da “paziente passivo” a “consumatore razionale”
- Maggiore informazione e concorrenza
- Ampliamento dell’area della responsabilità civile del medico (il medico non ha più solo l’obbligo del metodo, ma anche quello del risultato)
- Ampliamento del novero dei soggetti da considerare danneggiati
- Rischio di immagine (malpractice utilizzata dai media)
- Aumento richieste di risarcimento (miglior conoscenza dei diritti)
- Danno biologico e danno morale
- Consenso informato (partnership di cura)
- Incertezza legislativa e giuridica (mancata definizione degli scenari di responsabilità a fronte dello sviluppo tecnologico e scientifico)

Cause principali degli errori (BMJ)

- **Cause remote:** eccessivi carichi di lavoro, supervisione inadeguata, struttura edilizia inadeguata, comunicazione tra gli operatori inadeguata, scarsa competenza o esperienza, ambiente di lavoro stressante, recenti modifiche organizzative del lavoro, presenza di obiettivi in conflitto (esigenze cliniche ed esigenze economiche)
- **Cause immediate:** omissione di un intervento necessario, errori per scarsa attenzione, violazione di un procedimento diagnostico terapeutico, inesperienza di una procedura diagnostica, difetto di conoscenza, insufficiente competenza clinica, prescrizione illeggibile di una ricetta o di un farmaco, spiegazioni insufficienti, mancanza di coordinamento col MMG rispetto alle varie prescrizioni di medicinali
- **Insufficienza dei meccanismi di controllo:** mancanza di un esperto che avrebbe dovuto supervisionare una procedura tecnica, mancato controllo di una prescrizione.

Il rischio

- Il rischio è la probabilità di accadimento di un EVENTO INDESIDERATO e delle conseguenze che l'evento stesso può avere.

Assunto

Il RISCHIO è per definizione:

1. Associato ad ogni attività umana
2. Non eliminabile

quindi

- Se non possiamo eliminarlo
cerchiamo di conoscerlo il più possibile
per difenderci dai suoi potenziali effetti
dannosi.

L'analisi dei rischi

- Identificazione delle azioni e condizioni pericolose, della loro probabilità di accadimento e delle conseguenze derivanti.

L'analisi dei rischi

- La prima fase consiste nell'individuazione dei pericoli nell'ambito dei PROCESSI di produzione / erogazione

QUINDI.....

LA LOGICA DI PROCESSO

“La qualità è un viaggio, non una destinazione; più si ottengono risultati più servono miglioramenti”

A. Parasuramann

Organizzazione Mondiale Sanità

- Qualità tecnico professionale (performance professionale)
- Qualità organizzativa (uso efficiente delle risorse)
- Gestione del rischio per i cittadini e gli operatori
- Qualità Percepita (soddisfazione della persona)

Dalla definizione dell'OMS si evince che la

Qualità in Sanità

è determinata dalla forza delle relazioni di collaborazione tra la componente manageriale e la componente clinica, relazioni necessarie per la creazione di un ambiente favorevole alla

buona pratica clinica

Qualità è...

- La qualità consiste nel fare bene le cose, farle nel modo giusto, al momento giusto,
- per soddisfare i bisogni e le aspettative degli utenti.

Qualità Organizzativa (efficienza)

Qualità Professionale (efficacia)

Qualità Percepita (soddisfazione)

Dimensioni della qualità:

- Efficacia
- Efficienza
- Equità
- Adeguatezza
- Accessibilità
- Continuità
- Soddisfazione
- **Sicurezza**



QUALITÀ

Gli 8 principi di gestione per la qualità

1. **Orientamento al "cliente"** (le organizzazioni dipendono dal cittadino)
2. **Leadership** (comportamento dei capi)
3. **Coinvolgimento del personale** (le persone come risorsa centrale)
4. **Approccio per processi** (risorse gestite come processi)
5. **Approccio sistemico alla gestione** (rete dei processi)
6. **Miglioramento continuo** (obiettivo permanente)
7. **Decisioni basate su dati di fatto** (i dati)
8. **Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori** (partnership)

Medicina basata sulle evidenze

Linee guida

Percorsi diagnostici terapeutici

Profili di assistenza

Processi

Il processo

Sequenza finalizzata e interconnessa di attività e/o compiti con lo scopo di raggiungere il risultato prefissato

I processi sono tanto più importanti quanto più (sulla base di evidenze scientifiche) aumentano la probabilità che si verifichino esiti favorevoli

- **l'approccio basato sui processi** è il principio conduttore per il sistema di gestione della qualità
- **tutte le attività** che si svolgono in una struttura **fanno parte di un processo**: quindi attenzione alle singole attività e al modo in cui esse interagiscono fra loro, tenendo ben presente il peso della componente umana

PROCESSO

Successione strutturata di

attività

finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio, etc.) che ha valore aggiunto per il cliente (interno o esterno) finale

Attrezzature:

- Rene Artificiale
- Letto Bilancia

Materiali

- Kit
- Disinfettante
- garze

Infrastrutture

- Sala dialisi
- medicheria

Emodialisi

Calo ponderale
Depurazione



Istruzioni :

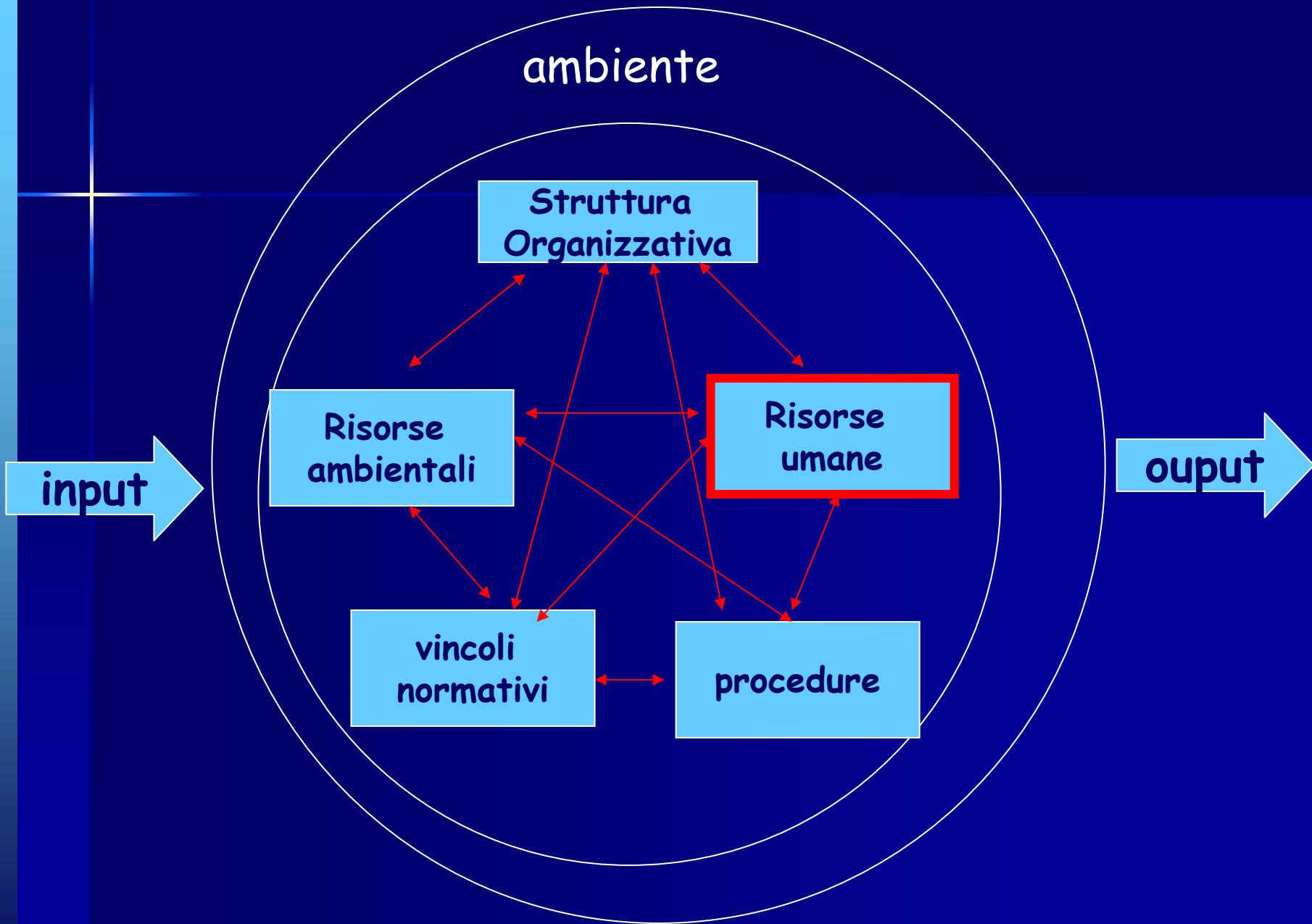
- Modalità di Esecuzione
- procedura

Standard di riferimento

- Tempo di attacco
- Durata dialisi
- Stacco dialisi
- Impostazione calo ponderale

Persone

- Preparazione
- Esperienza
- Capacità organizzative



Tutti dovrebbero imparare "a smontare" le proprie

attività e analizzarle, per riuscire a gestire meglio e centrare l'obiettivo prefissato.

Il **processo** va inteso come una vera e propria disposizione mentale.

Obiettivo : lavorare con metodo e razionalità

L'ottica di processo

- Ridurre la burocrazia
- Standardizzare e omogeneizzare
- Eliminare le attività ripetute
- Definire il valore aggiunto che può percepire il cliente
- Semplificare e ridurre la complessità del processo
- Introdurre il concetto "a prova di errore"
- Inserire sistemi di monitoraggio

Non si dovrà più dire:
"il mio lavoro è....."

bensi

"la mia attività si integra con....."

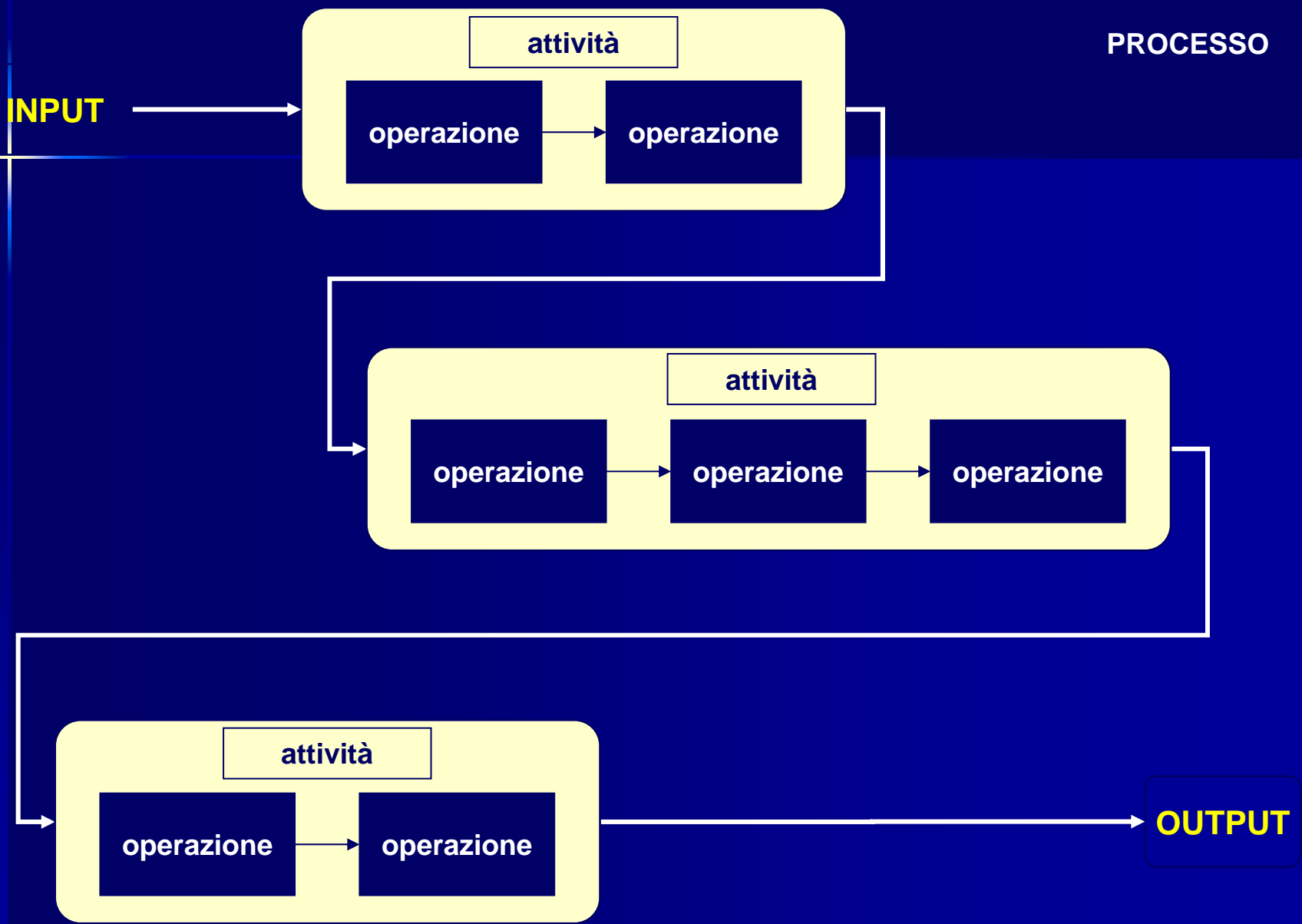
oppure

"chi ha fatto l'errore?"

ma

**"che cosa ha permesso il verificarsi di
quell'errore?"**

PROCESSO



La mappatura di un processo

Raccolta e sistematizzazione
delle informazioni

per

“conoscere”

quindi:

- effettuare raccolta accurata di tutti i dettagli del processo da conoscere
- individuarne i punti deboli

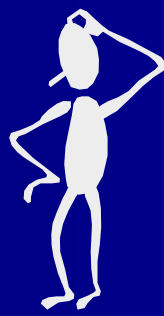
Dalla logica di compartimento alla logica di processo

Gestione tradizionale

Area A

Area B

Opera sulla base di



Opera sulla base di

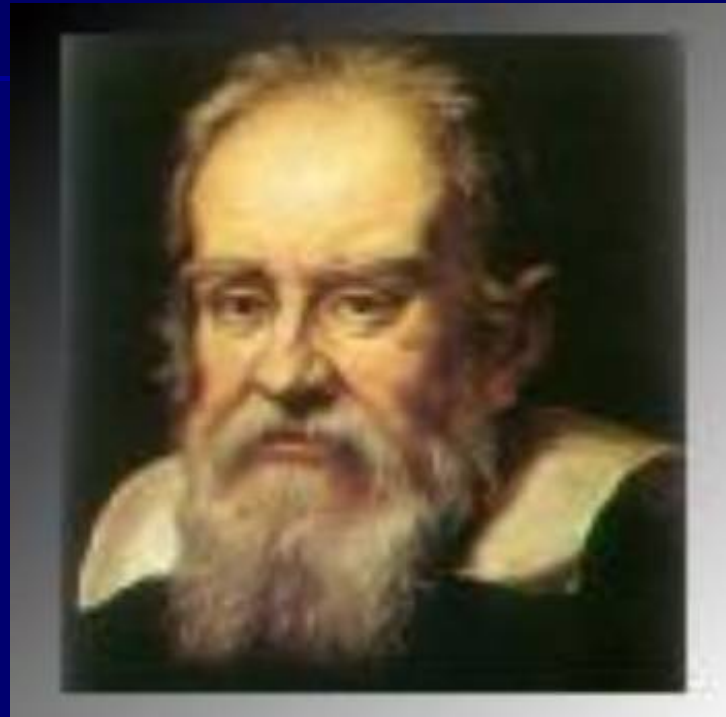
- Leggi
- Norme aziendali
- Altri soggetti normatori
- Prassi consolidate
- Scelte individuali

- Leggi
- Norme aziendali
- Altre soggetti normatori
- Prassi consolidate
- Scelte individuali

Le antenne sensibili

- In tutta questa complessa catena di rapporti abbiamo bisogno di uno strumento che ci indichi l'andamento di un fenomeno (es. gli errori).....

Gli Indicatori



“Ciò che è misurabile, misuralo, ciò che non è misurabile, rendilo tale.”

(Galileo Galilei)

Indicatore

Variabile misurabile che serve per descrivere un fenomeno, ritenuto indicativo di un fattore di qualità (DPCM 19/5/95).

Sono di solito rappresentati da una proporzione, da una media o da un tasso.

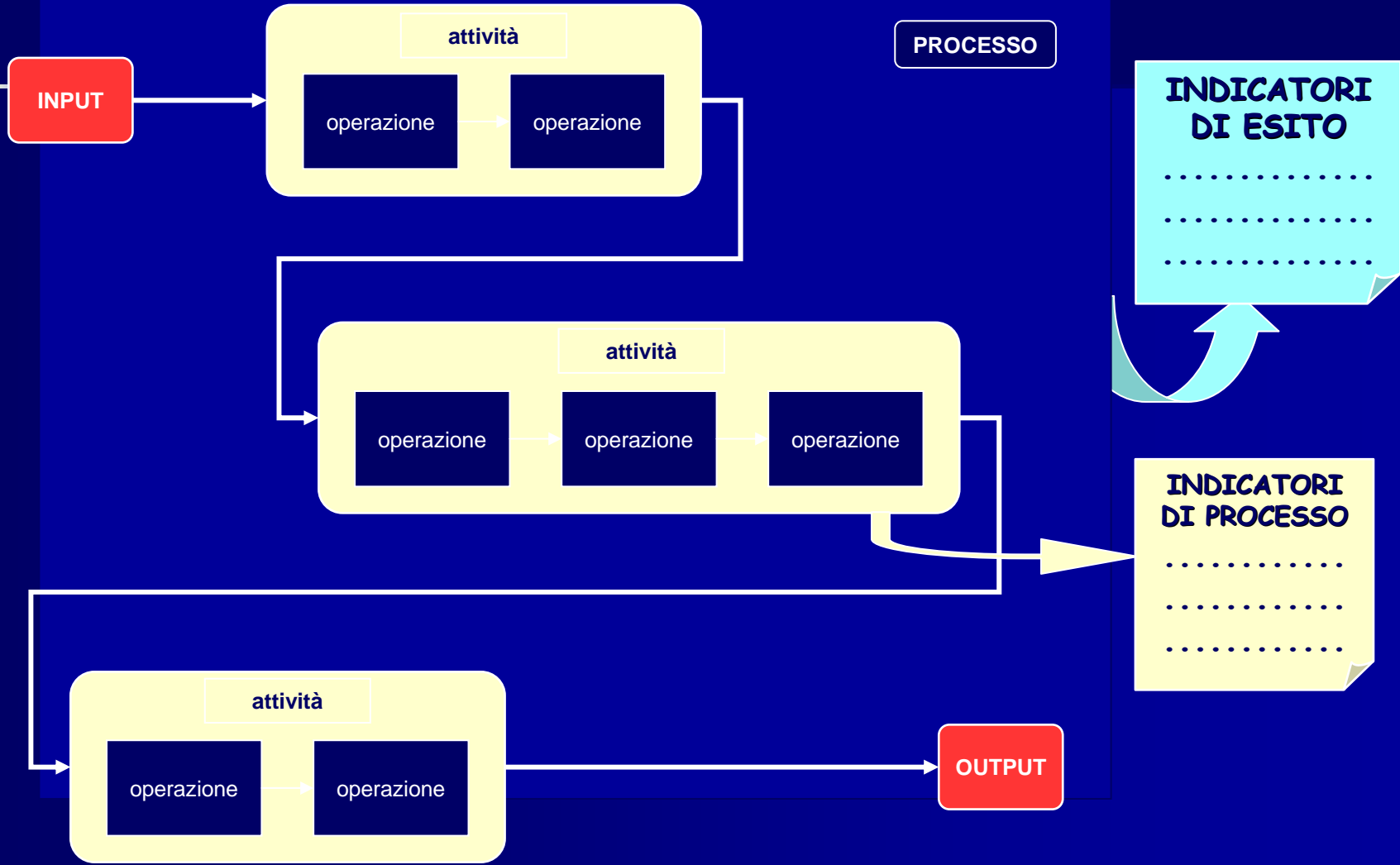
Permettono la misurazione dello stato della situazione osservata

INDICATORE

Quindi l'indicatore

- **di esito** (o di risultato): misura quello che succede o non succede;
- **di processo**: misura il “percorso”.

SISTEMA DI MONITORAGGIO DEI PROCESSI



INDICATORI

Gli indicatori di qualità possono essere di diversi tipi:

- **di processo:**

valori che monitorizzano le diverse fasi del processo. Derivano da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività.

Esempio di indicatore di processo

- **INDICATORE DI PROCESSO:**
N° INTERVENTI CHIRURGICI RIMANDATI PER NON IDONEA PREPARAZIONE UTENTI per anno/TOTALE INTERVENTI in un anno
- **STANDARD:** % INTERVENTI RIMANDATI PER NON IDONEA PREPARAZIONE UTENTE IN UN ANNO
- **STRUMENTO:** DOCUMENTO DI RILEVAZIONE INTERVENTI RIMANDATI PER NON IDONEA PREPARAZIONE
- **RESPONSABILE DELLA RILEVAZIONE:** MEDICO CHIRURGO

INDICATORE

Indicatori di esito o di risultato:

Verificano l'esito del processo, l'impatto assistenziale ed organizzativo;
nel caso della qualità del servizio possono assumere la forma di indicatori di soddisfazione degli utenti

Esempio di indicatore di esito

- **INDICATORE DI ESITO:**

% DI PAZIENTI CON FERITA CHIRURGICA
INFETTATA per semestre/TOTALE
INTERVENTI

- **STANDARD:** % DEGLI UTENTI CON FERITA
CHIRURGICA INFETTATA

- **STRUMENTO:** DOCUMENTO DI
REGISTRAZIONE

- **RESPONSABILE DELLA RILEVAZIONE:**
MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE

Quali sono i requisiti di un "buon indicatore"?

Concettuali

- **Pertinenza:** capacità di misurare realmente il fenomeno che si intende misurare
- **Specificità:** capacità di misurare solo il fenomeno che interessa
- **Sensibilità:** capacità di individuare tutti i fenomeni che si intendono misurare
- **Operatività:** valori differenti dovrebbero orientare scelte diverse

La sicurezza del paziente



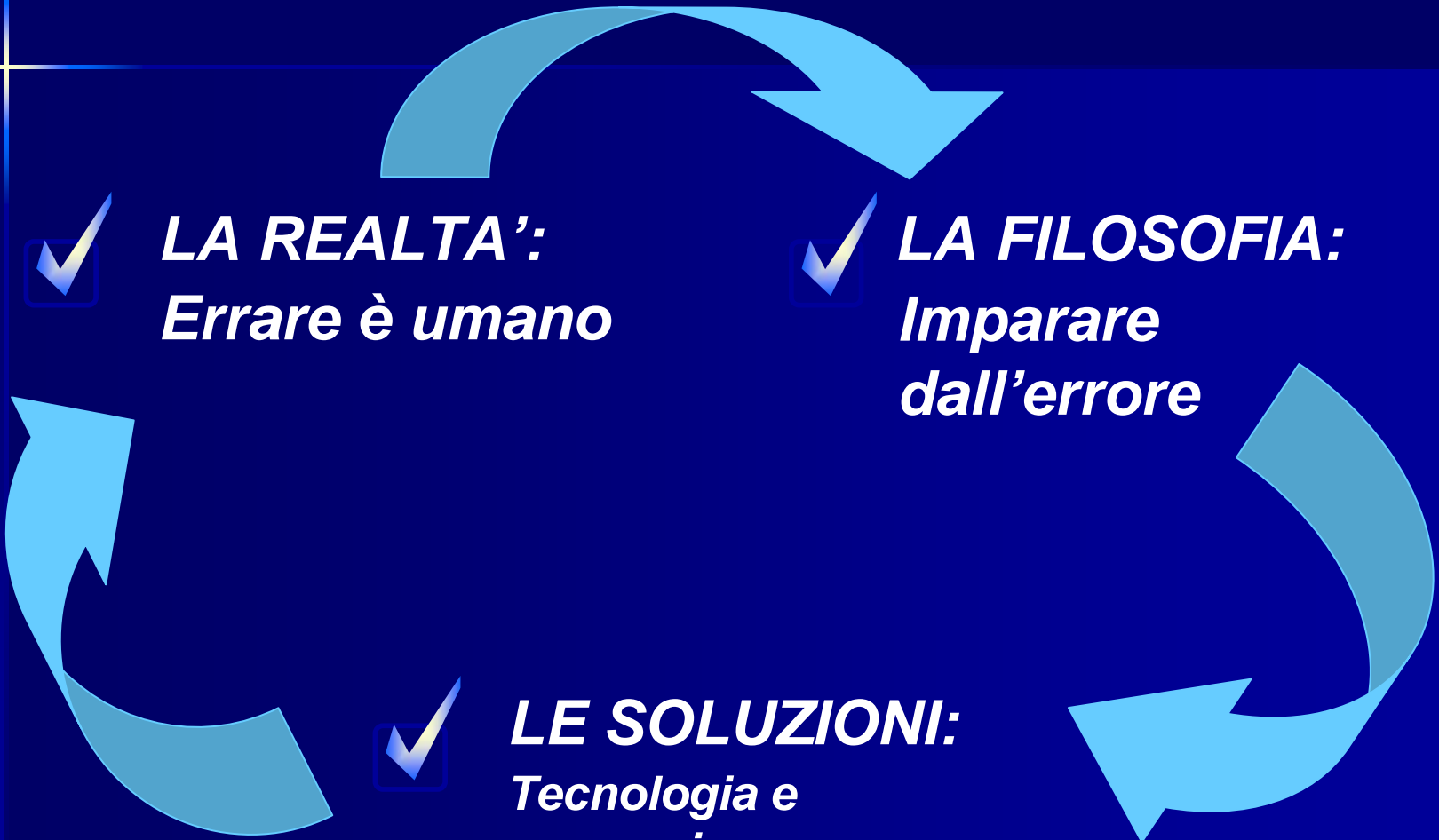
LA REALTA':
Errare è umano



LA FILOSOFIA:
Imparare dall'errore



LE SOLUZIONI:
Tecnologia e prevenzione



Alcuni strumenti

- Procedure
- Istruzione operativa
- Protocolli operativi
- Linee guida
- Diagrammi di flusso

Procedura

Documento scritto secondo regole definite che ha lo scopo di facilitare l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi, rendere più difficili le variazioni di comportamento non giustificate e quindi di prevenire gli errori!

Procedure organizzative

Procedure operative

Procedura organizzative

Descrive degli accordi in un processo che interessa l'Azienda, il Presidio o un processo interno ad una singola Unità Organizzativa.

Valutazione dei punti di forza e debolezza.

Istruzioni operative

Documento che definisce in modo dettagliato le singole azioni per realizzare una singola operazione.

Protocolli operativi

Documento che definisce le modalità operative da applicare per svolgere una determinata attività di natura sanitaria, con azioni che comportano decisioni o discrezionalità.

Linee guida

Raccomandazioni di comportamento clinico allo scopo di assistere i professionisti nelle decisioni.

Insieme di criteri che definiscono ciò che, in un dato contesto, viene considerata buona pratica clinica, allo scopo di ridurre la variabilità dei comportamenti descrittivi.

Diagrammi di flusso

- Esplicitazione schematica, attraverso una serie di simboli e frecce, che indica il percorso di un processo scomponendolo in una serie di fasi.
- Indica la sequenza logica di un processo
- Sintetizza percorsi lunghi e complessi
- Consente l'individuazione dei punti deboli

I simboli



Le difficoltà in agguato

DIFFUSIONE DELLA REPORTING AND LEARNING CULTURE

- Formazione
- Diffidenza e scetticismo iniziale
- Cultura del cambiamento
- Volontà e disponibilità a confrontarsi
- Diffusione della figura dei facilitatori