LA PUNTA DELL' ICEBERG

Avviso ai naviganti ....

Signore e Signori, benvenuti a bordo del volo 743 della Sicur-Line per Edinburgo.

E' il vostro capitano che vi parla. Il volo durerà 2 ore, e sono lieto di annunciarvi che la probabilità di arrivare a destinazione senza serie conseguenze è del 97 % e che la possibilità di nostri gravi errori durante il volo, indipendentemente da quello che potrà accadervi, è di solo il 6,7 %.

Vi prego di allacciarvi le cinture di sicurezza e vi auguro di godervi il viaggio.

Il tempo ad Edimburgo è buono e c'è un bel sole.

Grazie per averci scelto

Bisognava inserire nel paziente un CVC. “È arrivato il tuo momento” mi ha detto S il capo degli assistenti. Non l’avevo mai fatto. Era la mia quarta settimana di tirocinio in chirurgia. Le tasche del mio corto camice bianco erano rigonfie di appunti sui pazienti, cartoncini plastificati con le istruzioni su come fare la RCP e usare il sistema di dettatura vocale computerizzato, due manuali di chirurgia, uno stetoscopio, materiale per le medicazioni, buoni pasto, una penna luminosa, forbici e circa un dollaro di spiccioli.

..... Gli ho spiegato che dovevamo nutrirlo per via endovenosa e che per questo era necessario introdurre “un catetere speciale” nel suo torace. Gli ho detto che l’avrei applicato mentre era al letto avrei anestetizzato un punto del torace ed inserito il CVC.

Non gli ho detto che il cannello era lungo 20 cm e che sarebbe andato a finire nella sua vena cava, il vaso sanguigno principale che sbocca nel cuore, né gli ho rivelato quanto fosse delicata la procedura. Gli ho detto che c’era qualche “lieve rischio”, come quello di emorragia o di collasso polmonare; aggiungendo però che se la procedura è eseguita da mani esperte, problemi del genere sono rari!

da “Salvo complicazioni” di Atul Gawande

Approccio all'errore medico

1. La rilevanza del problema: gli studi nazionali e internazionali.
2. Definizioni: evento sentinella, evento avverso in medicina.
3. L'approccio all'errore umano in ambiente ospedaliero

Come nasce il Risk Management

- 1999: “To Err Is Uman”.
- 1.000.000 di pazienti danneggiati
- 90.000 morti all’anno per malpractice
- 37 $ mild all’anno per spese e risarcimenti
- In Gran Bretagna aumentano i risarcimenti di 7 volte dal 95 al 2000
- 2002-2003 Chiude l’unico Trauma Center del Nevada per la dimissione di 56/58 ortopedici a causa dell’aumento del premio.
- Chiusura di ospedali, fallimenti di compagnie assicurative, scioperi a catena, aumenti dei premi del 100%

In Italia

- 8 milioni le persone che vengono ricoverate
- 320 mila (il 4% circa)escono dall'ospedale riportando danni
- Decessi tra 50 mila e 14 mila (media stimata 35.000)
- Patologia Cardiaca (35.515 morti)
- Patologie polmonari (31.000 morti)
- Incidenti stradali (24.667)
- 12.000 Contenziosi annui
- Oltre 2,5 miliardi di euro di spese e risarcimenti

"Rischio sanità" del giugno 2001

Come Nasce il Risk Management

1970, USA

Inizia la "crisi del malpractice":

- *aumento di numero e di onerosità dei rimborsi per errori nelle cure*
- *scarsità di offerta assicurativa per l'attività sanitaria*
- *incremento spropositato dei premi assicurativi*
- *restrizione del mercato delle assicurazioni sanitarie*
- *difficoltà di fissare premi adeguati alla copertura del rischio*

1971, USA

La prima indagine governativa

- *viene evidenziato da una Commissione Governativa che le denunce erano prevalentemente dovute a danni delle cure o da cattivi risultati delle cure stesse*
- *viene evidenziato anche che*

non tutti i danni erano dovuti a negligenza

non tutti i danni erano prevenibili

Storia Recente

1999

- Pubblicazione del rapporto "TO ERR IS HUMAN" da parte dell'Institute of Medicine USA

1.000.000 di americani ogni anno riportano danni dalle cure

100.000 muoiono

37,6 mld US$ spesi per errori e danni

- il Presidente Clinton annuncia un piano per la sicurezza dei pazienti

2000

- il Presidente Clinton lancia il piano per la sicurezza dei pazienti

2001

- L'amministrazione Bush finanzia attraverso l'AHRQ con 50 ml US$

Una serie di progetti finalizzati allo studio ed alla prevenzione degli errori nelle cure

IL RISK MANAGEMENT: LA STORIA RECENTE

2002-2003

- In Gran Bretagna si lamenta che il costo annuale dei risarcimenti per fatti di negligenza nelle cure è aumentato di sette volte dal 1995 al 2000
- Nel Nevada chiude l'unico "Trauma Center" a causa delle dimissioni di 56 dei 58 ortopedici a causa dell'aumento dei premi
- L'AMA lancia una campagna del costo di 15 mln US$ per convincere il pubblico che l'80% dell'aumento delle spese per le cure è dovuto all'aumento del premi assicurativi
- L'AMA promette un'azione di lobbying sul Congresso perché prenda iniziative contro l'aumento dei premi, e chiede un limite alle parcelle degli avvocati (ed alla percentuale sui risarcimenti)
- il pubblico chiede invece che i lauti guadagni sanitari vengano impiegati per il miglioramento delle cure e per l'assunzione di personale
- il Segretario del HHS annuncia che Bush prenderà provvedimenti legislativi
- negli ultimi mesi scioperi dei medici a catena per aumenti di premi assicurativi anche del 100% in un anno, chiusure di ospedali. fallimenti di compagnie assicurative, medici che abbandonano la professioone

Epidemiologia degli eventi avversi

Study	Anno	Numero di ricoveri	Tasso eventi avversi (% ric.)
Harvard Medical Practice Study	1984	30195	3.7
Utah-Colorado	1992	14052	2.9
Australian	1992	14179	16.6
United Kingdom	1999	1014	10.8
Denmark	1998	1097	9.0
New Zealand	1998	6579	11.2
France	2002	778	14.5
Canada	2000	3745	7.5

(Vincent, 2005)

HARVARD MEDICAL PRACTICE
TA Brennan, LL Leape, NEJM 1991;324:370-376

Revisionati 30195 ricoveri di 51 ospedali per acuti nello stato di New York nel 1984

Eventi avversi con danno al paziente hanno riguardato il 3,7% degli episodi di ricovero

- **Il 69% dei danni era dovuto a errori**
- **il 13.6% ha avuto esito mortale**

Con quale frequenza si manifestano gli effetti indesiderati e gli errori?

Colorado-Utah

- 1992: 14.000 ricoveri
- Eventi avversi: 2,9 %
- 4/5 in ospedale
- e.a. prevenibili: 53%
- negligenza: 29,2%
- 8,8% morte

IATROGENIC COMPLICATIONS IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS: A PROSPECTIVE TWO-CENTER STUDY

Giraud, Dhainaut, Crit Care Med 1993;21:8-9

- 316 complicazioni iatrogene in 124 (31%) dei 400 ricoveri
- di queste, 107 erano gravi, 3 mortali

THE QUALITY IN AUSTRALIAN HEALTH CARE STUDY
Wilson, Runciman, Med J Aust 1995;163:458-471

Revisionati 14.179 ricoveri di 28 ospedali nel 1992

- 16,6% dei ricoveri erano associati ad un evento avverso
- 51% degli eventi avversi era considerato prevenibile
- 13,7% degli eventi avversi ha esitato in disabilità permanente
- 4,9% ha avuto esito mortale

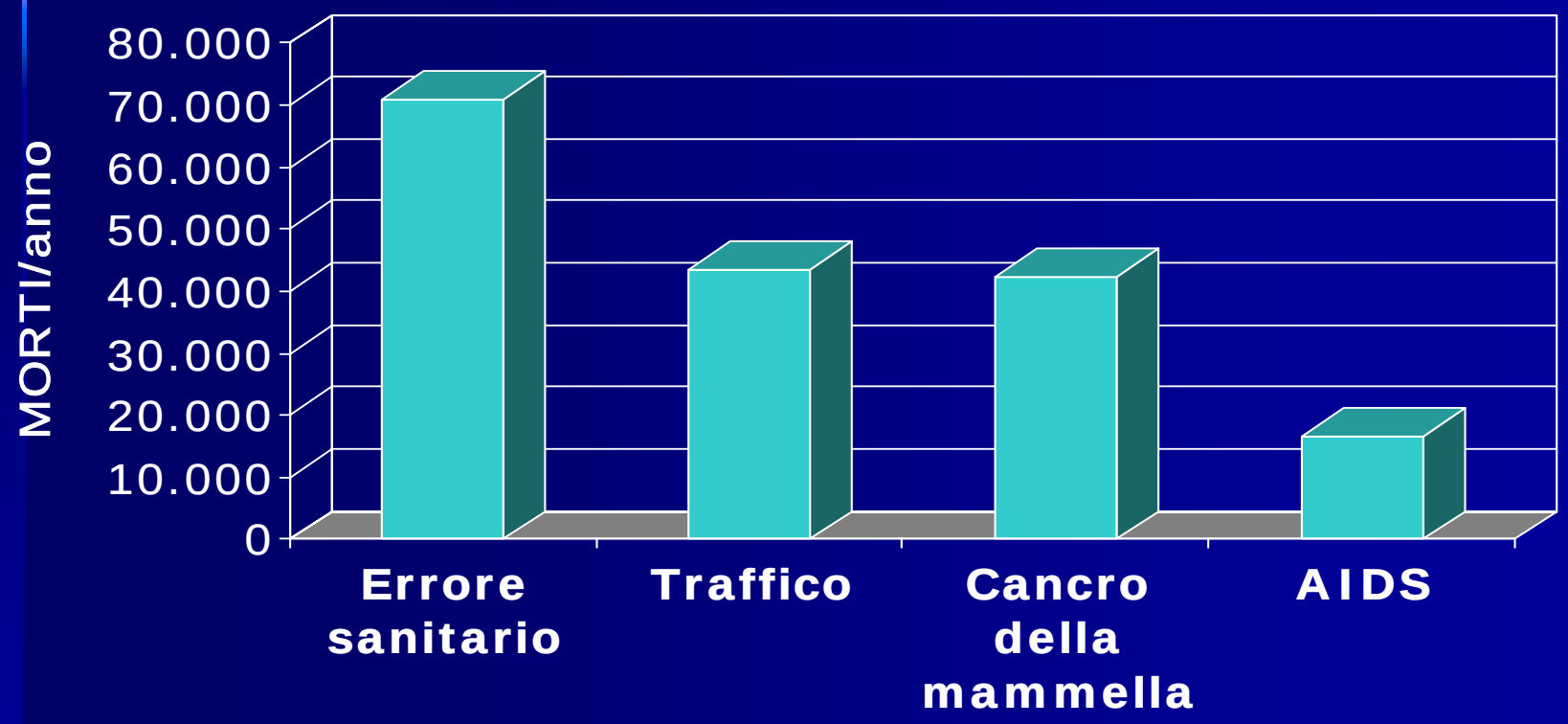
AN ALTERNATIVE STRATEGY FOR STUDYING ADVERSE EVENTS IN MEDICAL CARE

Andrews, Stocking, Lancet 1997;349:309-313

Studio osservazionale prospettico

- **Inappropriate decisioni nel 45,8 % dei pazienti**
- **Eventi avversi seri nel 17,7% dei pazienti**

Dimensioni del problema



IL PROBLEMA DEGLI INCIDENTI E DEI DANNI DERIVANTI DALLE CURE

QUANTI SONO GLI EVENTI AVVERSI?

la proporzione di Heinrich

Dimensioni del problema

- Un passeggero medio deve volare per 438 anni consecutivi per andare incontro ad un incidente mortale. Il rischio di morire in un incidente aereo di aviazione e' di 1/8.000.000
- Negli anni 60-70 il rischio era di 1/2.000.000
- Anestesia: la mortalitè in 15 anni, da 1/10.000 a 1/200.000 in pazienti a basso rischio

WORLD HEALTH ORGANIZATION

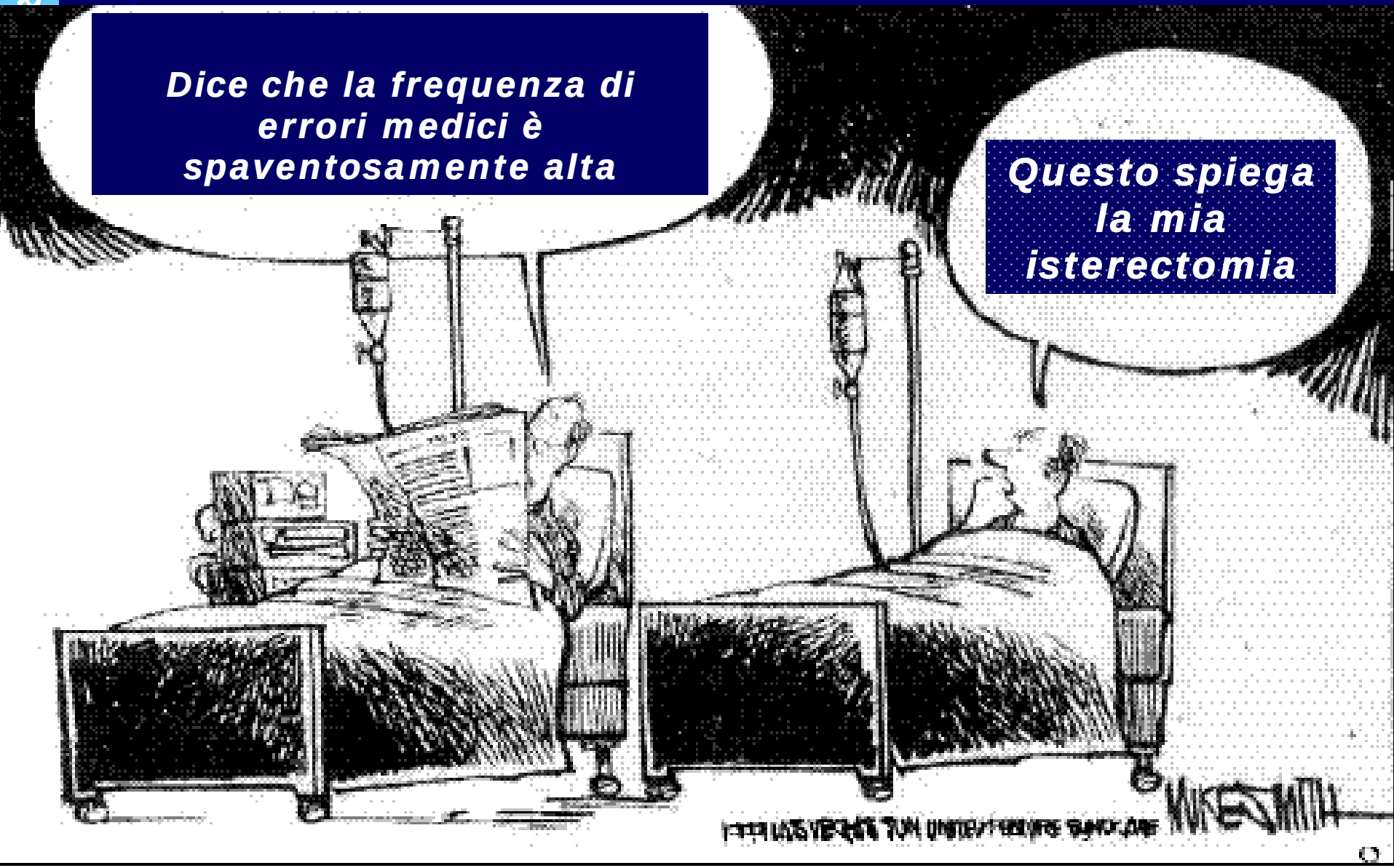
FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY
Provisional agenda item 13.9

A55/13
23 March 2002

Quality of care: patient safety

FACT SHEET

The Launch of the World Alliance For Patient Safety
" Please do me no Harm "
27 October 2004
Washington, DC


Dice che la frequenza di errori medici è spaventosamente alta
Questo spiega la mia isterectomia

Definizioni

Rischio:

Indica la relazione tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità delle sue possibili conseguenze.

Nel diritto delle assicurazioni è l'evento possibile o probabile a cui è collegata la prestazione dell'assicuratore.

Definizioni

- **Sicurezza:**

  Assenza di danni evitabili provocati mentre si ricevono cure sanitarie

- **Evento avverso**:

  Un danno causato dalla gestione clinica (piuttosto che dalla evoluzione della malattia) misurabile in termini di prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione.

Definizioni: Che cos'è l'evento avverso in medicina

"Danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia o un incidente (o mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile"

Institute of medicine, 2000

Più che di errore medico è preferibile parlare di evento avverso in medicina come fenomeno generato dall'intrecciarsi tra errori individuali e errori organizzativi…

Definizioni

L'evento avverso può essere causato o meno da errore.

In caso di assenza di errore viene chiamato evento avverso non prevenibile.

Un evento avverso attribuibile ad un errore è "un evento avverso prevenibile".

Gli eventi avversi dovuti a negligenza rappresentano un sottogruppo di eventi prevenibili che soddisfano i criteri legali usati nel determinare la negligenza (es. le cure prestate non rispettano gli standard assistenziali, diagnostici e terapeutici attesi da un medico abilitato e qualificato a curare il paziente in questione).

Definizioni

Quasi evento o Near Miss :

ogni accadimento che avrebbe potuto, ma non ha, per fortuna o per abilità di gestione, originato un evento.

Gli errori possono essere corretti in sanità usando metodi già introdotti **in altri ambiti**

Il miglioramento della sicurezza dei pazienti comporta tre principali attività:

- **prevenire gli errori**
- **rendere gli errori visibili**
- **mitigare gli effetti degli errori**

Nel mondo: Gran Bretagna
"Un'organizzazione con memoria"

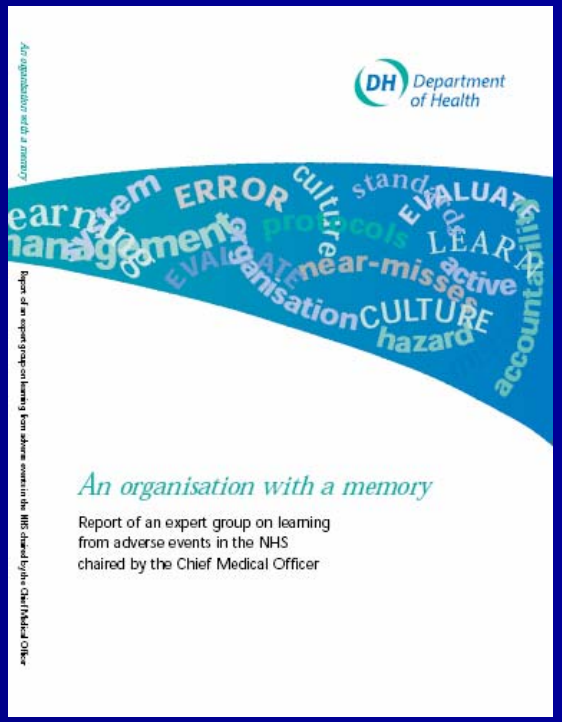
(DoH, 2000)

"Non dobbiamo solo chiedere chi ha fatto l'errore, ma quali caratteristiche della organizzazione ne hanno creato le condizioni "

"Dovete creare una cultura dove, se qualche cosa va storto, la gente si senta in grado di alzare la cornetta del telefono e dire: "E' successo questo e desidero evitare che accada ancora""

“Un’organizzazione con memoria”

Promuovere modelli organizzativi in grado di diffondere la cultura della trasparenza, della segnalazione dell’errore, della sicurezza del paziente



London: The Stationery Office, 2000
Sir Liam Donaldson, *Chief Medical Officer*

National Patient Safety Agency
(luglio 2001)

NHS
National Patient Safety Agency

Building a safer NHS for patients

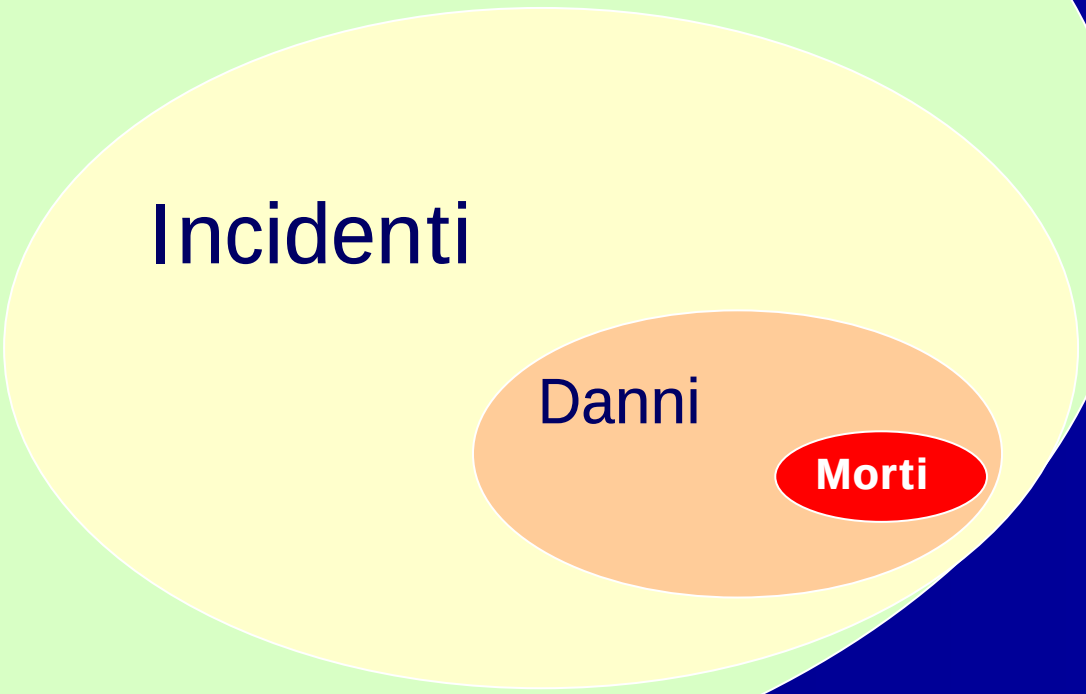
Welcome

Welcome to the National Patient Safety Agency (NPSA) - improving the safety and quality of care through reporting, analysing and learning from adverse incidents and 'near misses' involving NHS patients.

Migliorare la sicurezza e la qualità delle cure coordinando gli sforzi dell'intero paese per imparare dagli errori e dai problemi che interessano la sicurezza del paziente, riducendo il rischio di danno commesso per errore.

...le giuste proporzioni

Errori **= lezioni gratuite(!)**



Una organizzazione pensata sui limiti umani

- Le persone possono sbagliare nonostante le migliori intenzioni, competenze e la buona volontà
- Porre il focus sul contesto organizzativo e culturale anziché sulla performance individuale
- Ridisegnare i sistemi
- Imparare dagli errori e promuovere una cultura di apprendimento e comunicazione

(Reason, 2003)

L'approccio sistemico: gli assunti

1. Dalla ricerca delle responsabilità individuali al miglioramento organizzativo delle condizioni di sicurezza. Il contesto organizzativo e culturale in cui avviene l'errore è più importante di chi l'ha commesso

2. Dall'analisi dei singoli eventi (chi sbaglia è colpevole) alla identificazione delle criticità latenti nel sistema

3. Dalla concezione tecnico-normativa della sicurezza ad una concezione focalizzata sull'apprendimento dall'errore

Errore umano: modelli

- Modello centrato sulla persona
- Modello centrato sul sistema

La cultura della colpa

- Teoria della “mela marcia”
- L’errore è un marchio
- Culto della responsabilità personale
- Focus sull’incidente e sulla persona
- Provvedimenti disciplinari

… e le sue conseguenze

- Nascondere l'errore quando possibile
- Se non è possibile, attribuirne ad altri la responsabilità
- Ignorare completamente i mancati incidenti

Modello centrato sulla persona

- **Cerca le cause in aspetti come:**
  - Scarsa attenzione
  - Scarsa motivazione
  - Dimenticanze e disguidi
  - Mancanza di disciplina
  - Negligenza
  - Imprudenza
- **Offre, come risposta:**
  - Paura
  - Minacce disciplinari
  - Minaccia di denuncia
  - Colpevolizzazione
  - Vergogna

Modello centrato sulla persona

I fautori di questo modello tendono a trattare gli errori come temi morali, assumendo che le cose negative succedono alle persone negative

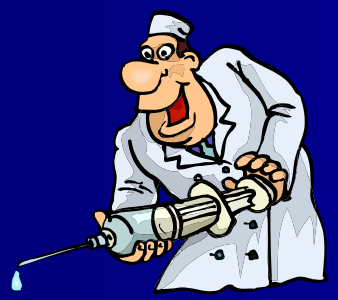
Modello centrato sul sistema

- Premessa di base: gli uomini sono fallibili e gli errori sono possibili, anche nelle migliori organizzazioni
- Gli errori si vedono come conseguenze e non come cause, identificandone l'origine, non nella perversione della natura umana, ma in fattori sistemici

Modello centrato sul sistema

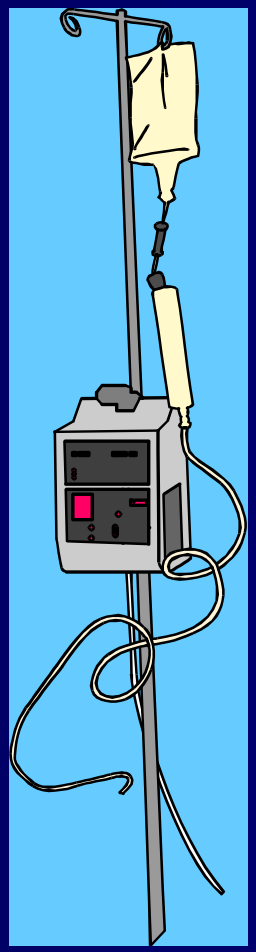
- **Come risposta: non si tratta di cambiare la condizione umana, ma di cambiare le condizioni in cui lavorano le persone**
- **Una idea centrale è la difesa del sistema**
- **Quando si verifica un evento indesiderato l'importante non è chi ha sbagliato, ma come e perché non hanno funzionato le difese**

- Anche se una risposta punitiva può essere opportuna in certi casi (malpratica deliberata)



Non è la via più adeguata per evitare la ripetizione dell'errore

Analisi del sistema



- Tutti possiamo accettare che la maggior parte degli errori si verificano perché il sistema è difettoso

- Infermiera interrotta 19 volte mentre somministra la terapia in una struttura o 3 tipi differenti di fiale IV in ospedale

~~*Chi* causó l' incidente?~~

Che cosa causó l'incidente?

"Gli errori medici accadono più frequentemente per una complessa interazione di fattori multipli."

"Raramente sono dovuti a condotta inadeguata di un singolo professionista."

Lucien L. Leape

CLINICAL RISK MANAGEMENT

"..... concerne il

sistema di linee guida, protocolli, percorsi, procedure e prassi organizzative e cliniche adottate all'interno di un ospedale per ridurre le probabilità che si verifichino eventi e azioni potenzialmente in grado di produrre effetti negativi o inattesi sullo stato di salute del paziente"

L'approccio del risk management è sistemico, che non riguarda quindi il singolo individuo, ma il contesto generale in cui opera (organizzazione, regole, procedure, strumenti, formazione ....), ed ha lo scopo di

rendere difficile fare le cose sbagliate

e facile fare le cose giuste.

Gli obiettivi

- Tutela dell'utente;
- Tutela degli Operatori;
- Miglioramento dell'organizzazione;
- Riduzione dei costi;
- Miglioramento dell'immagine;

Soluzioni e metodologia

- Deviare l'attenzione dalla colpevolizzazione degli individui alla prevenzione dei futuri errori ridisegnando la sicurezza del sistema;
- Promuovere l'aggiornamento permanente del personale sanitario
- Costruire un sistema di analisi delle cause degli errori.
- Costruire un sistema di rilevazione degli errori
- Creare una cultura della sicurezza

ADRENALIN SAD
Injektionsvæske
LIDOKAIN SAD
Injektionsvæske
20 mg
1 ml indeholder:
20 mg lidocainhydrochlorid
4,8 mg natriumchlorid
i sterilt vand
konserveret med 0,1% methyl-
parahydroxybenzoat

ADRENALIN
SAD
Injektionsvæske
1 mg/ml
10 ampuller
ATC: C 01
04.10.2005
AFRIVES HER
EFEDRIN SAD
Injektionsvæske
50 mg/ml
10 ampuller
ATC: R 03
2010-07
11.10.2005
AFRIVES HER
ATROPIN
SAD
Injektionsvæske
1 mg/ml
10 ampuller
ATC: A 03
2010.06.
21.09.2005
AFRIVES HER

I benefici di un intervento di risk management

Il sistema aeronautico

- **UK** - programma SESMA sviluppato dalla British Airways:
  - numero degli **incidenti per ogni 10.000 partenze fisso** dal 1993 al 2002 **con aumento del 6% delle partenze**
  - diminuzione **numero di eventi ad alto rischio con un aumento del 140% di eventi avversi** denunciati dai piloti

- **USA** - il sistema di reporting ASRS della sicurezza aeronautica americana:
  - Dal 1990 ad oggi il rischio di morte per ogni viaggiatore è diminuita arrivando ad **una probabilità su 8 milioni che avvenga un incidente per ogni passeggero**

I benefici di un intervento di risk management

Nell'ambito medico

Dopo l'introduzione del sistema formalizzato, il numero di eventi avversi **si è ridotto del 55% da 10.7/1000 per paziente per giorno a 4.86/1000**

I costi relativi ad eventi avversi **sono diminuiti da 2,8 milioni di dollari a 2.3 con un risparmio pari a 480.000 dollari**

In seguito all'introduzione del farmacista nell'équipe medica, il numero degli eventi avversi è diminuito del 66% per 1000 pazienti per giorno. La cifra risparmiata in termini di costi ammonta a 269.000 dollari

Definizioni: Evento sentinella

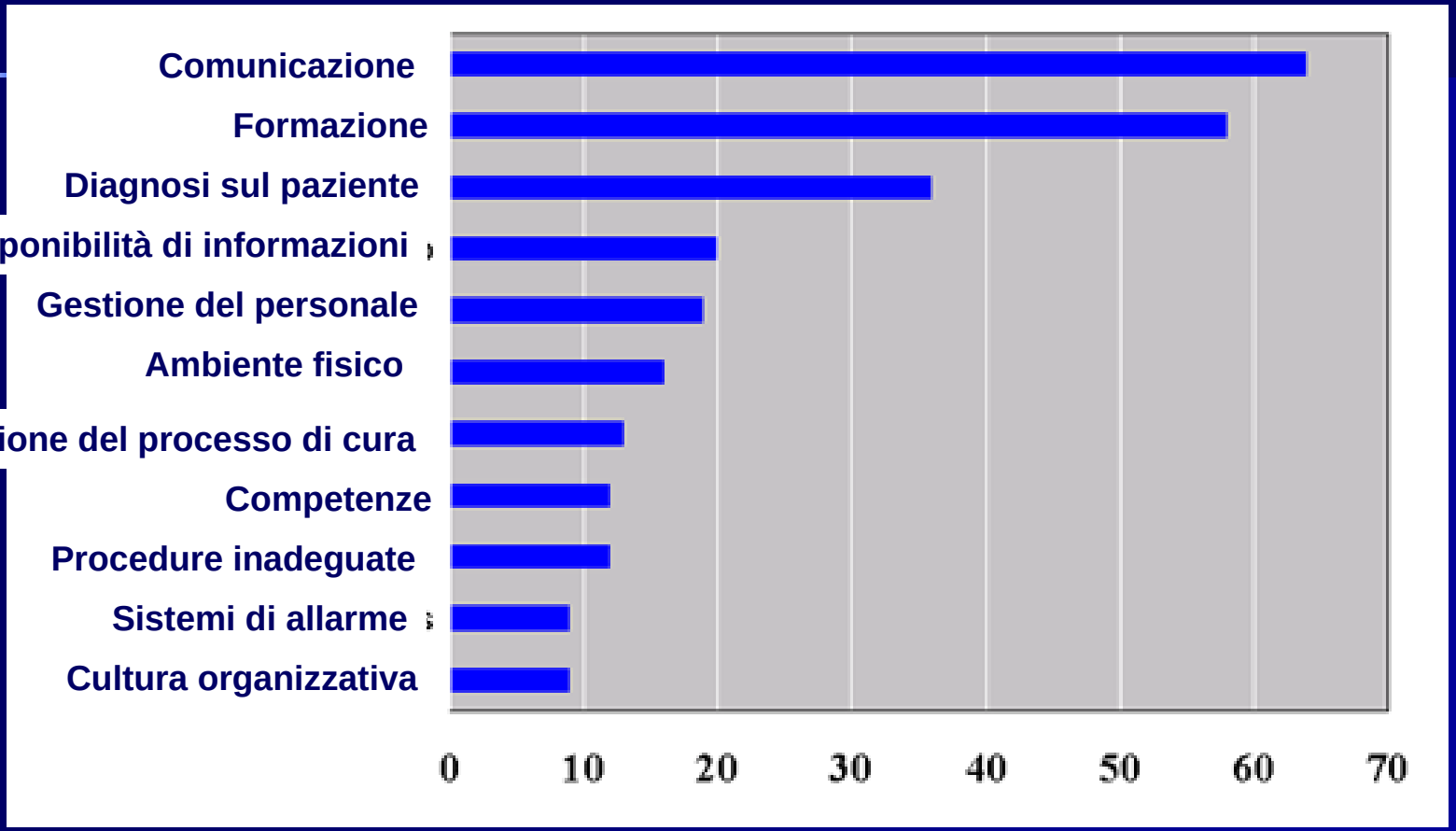
- E' un indicatore sanitario la cui soglia di allarme è uno
- E' sufficiente che il fenomeno si verifichi una sola volta perché si renda necessaria una indagine
- L'evento sentinella è un evento inatteso che comporta la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse

- Soc. It. VRQ, 2001 -

2. LISTA EVENTI SENTINELLA

1. Procedura in paziente sbagliato;
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
3. Suicidio in paziente ricoverato;
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure;
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO (codice ICD9CM: 999.6);
6. Decesso, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci;
7. Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
8. Abuso su paziente ricoverato;
9. Mortalità in neonato sano di peso >2500 g. entro 48 ore dalla nascita;
10. Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

Distribuzione degli eventi sentinella



1995/2002 - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Errori più frequenti in medicina

- To err is human. Institute of Medicine, 2000 -

Diagnostici
- Errori o ritardi diagnostici
- Difficoltà ad impiegare i test indicati
- Uso di test o terapie non appropriate
- Interventi non adeguati sui risultati del monitoraggio o dei test

Trattamenti
- Errori di performance dell'operatore
- Errori nella scelta della terapia
- Errori nelle dosi o modalità d'uso di un farmaco
- Ritardo evitabile nel trattamento o nella risposta ad un esame alterato
- Cura non indicata

Prevenzione
- Insuccessi nel provvedere ad un trattamento preventivo
- Inadeguato monitoraggio o follow up del trattamento

Organizzativi
- Problemi di comunicazione
- Problemi di team
- Altri problemi di tipo organizzativo

Il Vissuto Del Medico

"La prima volta che ho commesso un errore pensavo di smettere la professione del medico ma, grazie ai miei colleghi, ho superato questo momento. Adesso, quando capitano, li accetto, anche se a fatica, forse anche perché ne faccio di meno gravi"

"Commettere un errore è un disastro clamoroso, è un fallimento sulla propria missione e anche nel caso si trattasse di un piccolo errore, necessita di una grande elaborazione per essere superato"

I pazienti desiderano le scuse?

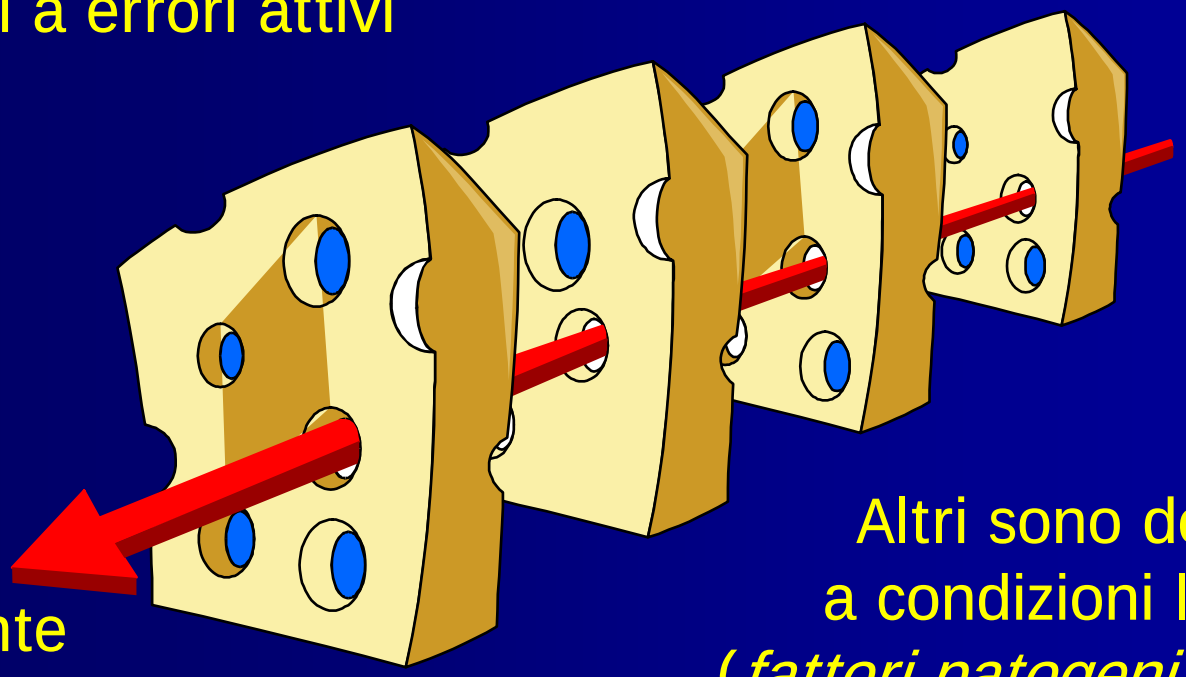
"Cercate di capirmi, quello che io vorrei adesso non è un profondersi di scuse da parte di tutti quelli che hanno commesso sciocchezze più o meno gravi nei miei confronti. Ormai quel che è fatto è fatto. Pace e fine. Però che serva di lezione e di esperienza così che a nessun altro paziente vengano mai riservati simili trattamenti"

L'approccio organizzativo

- Gli errori sono una proprietà del sistema
- La sicurezza è una funzione del management
- Cause multiple
- Livelli di analisi individuale, team, luogo di lavoro, organizzazione
- Evitare colpevolizzazioni e biasimi
- Adattare i sistemi alle persone e non viceversa
- Fornire la cura integrando le varie componenti del sistema
- Considerare l'errore come approssimazione imperfetta ad uno scopo
- Nessun cambiamento ha effetti isolati

Il modello del " Formaggio Svizzero"

Alcuni buchi sono dovuti a errori attivi



Altri sono dovuti a condizioni latenti (*fattori patogeni residenti*)

- Reason, 2002 -

L'esempio Bancomat

Prima

Dopo

Indice

1. Errore medico: rilevanza del problema, definizioni, l'approccio tradizionale
2. Approccio individuale e approccio organizzativo
3. **Metodologia di analisi**
5. Il sistema di gestione della sicurezza nel sistema sanitario

Analisi degli eventi avversi in medicina

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

Indice

1. Errore medico: rilevanza del problema, definizioni, l'approccio tradizionale
2. Approccio individuale e approccio organizzativo
3. Classificazione degli errori. Errori attivi e errori latenti
4. Metodologia di analisi
5. **Il sistema di gestione della sicurezza nel sistema sanitario**

Gli obiettivi

- Diminuire gli errori
- Tutelare il paziente
- Diminuire i costi
- Promuovere l'immagine

Attraverso:

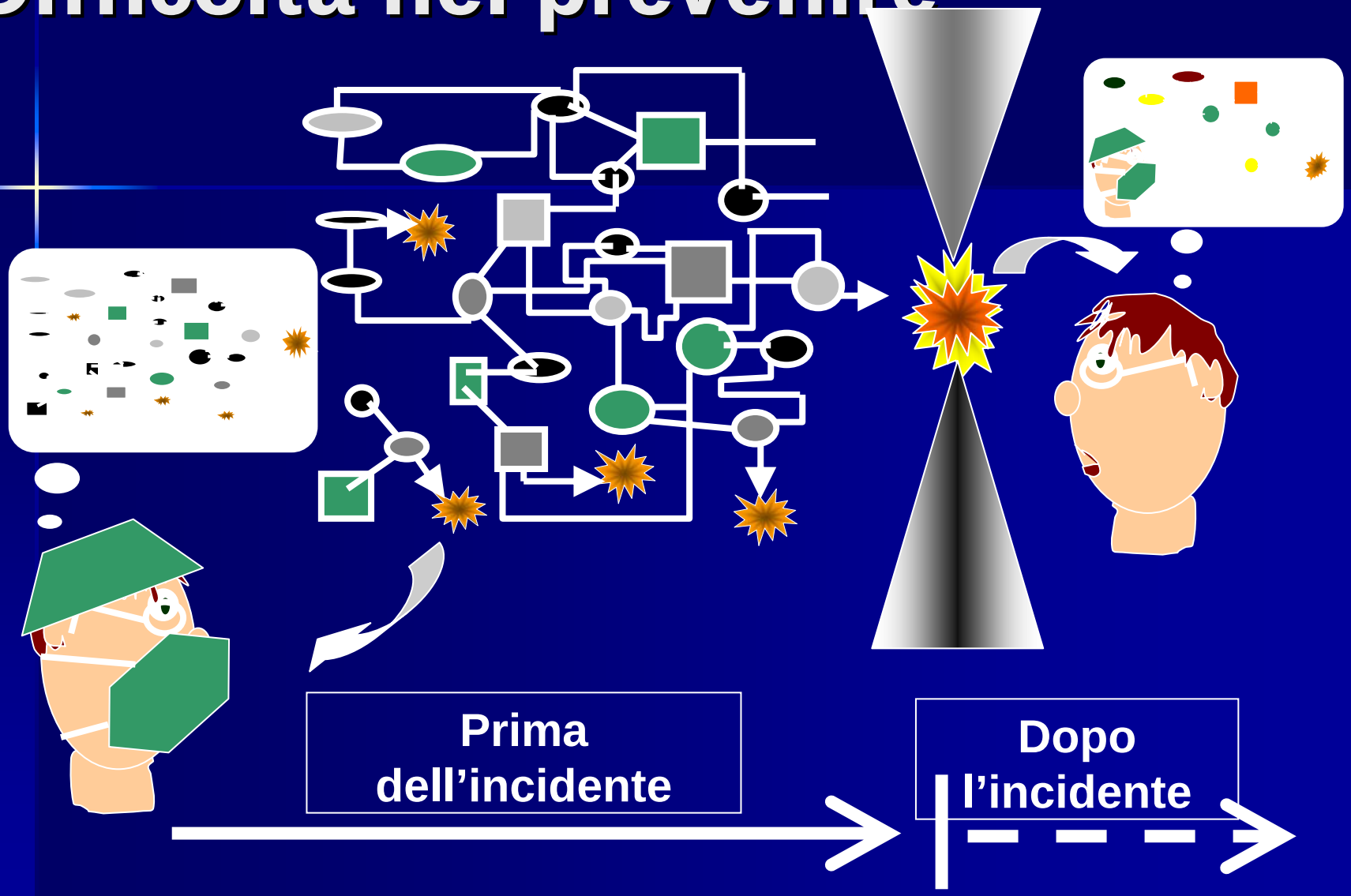
⇒ **Monitoraggio delle condizioni di rischio**

⇒ **Gestione di competenze, comunicazione, conoscenze**

⇒ **Miglioramento di efficienza e qualità dei processi**

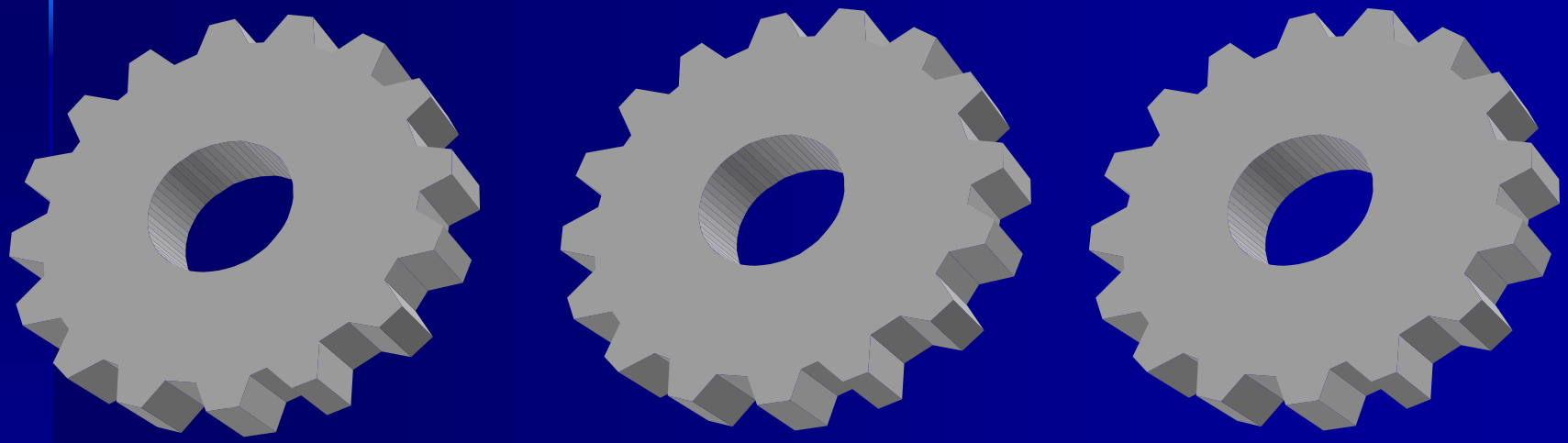
⇒ **Sviluppo di innovazione nelle pratiche di gestione**

Difficoltà nel prevenire



- Modificato da Richard I. Cook, MD 1997 -

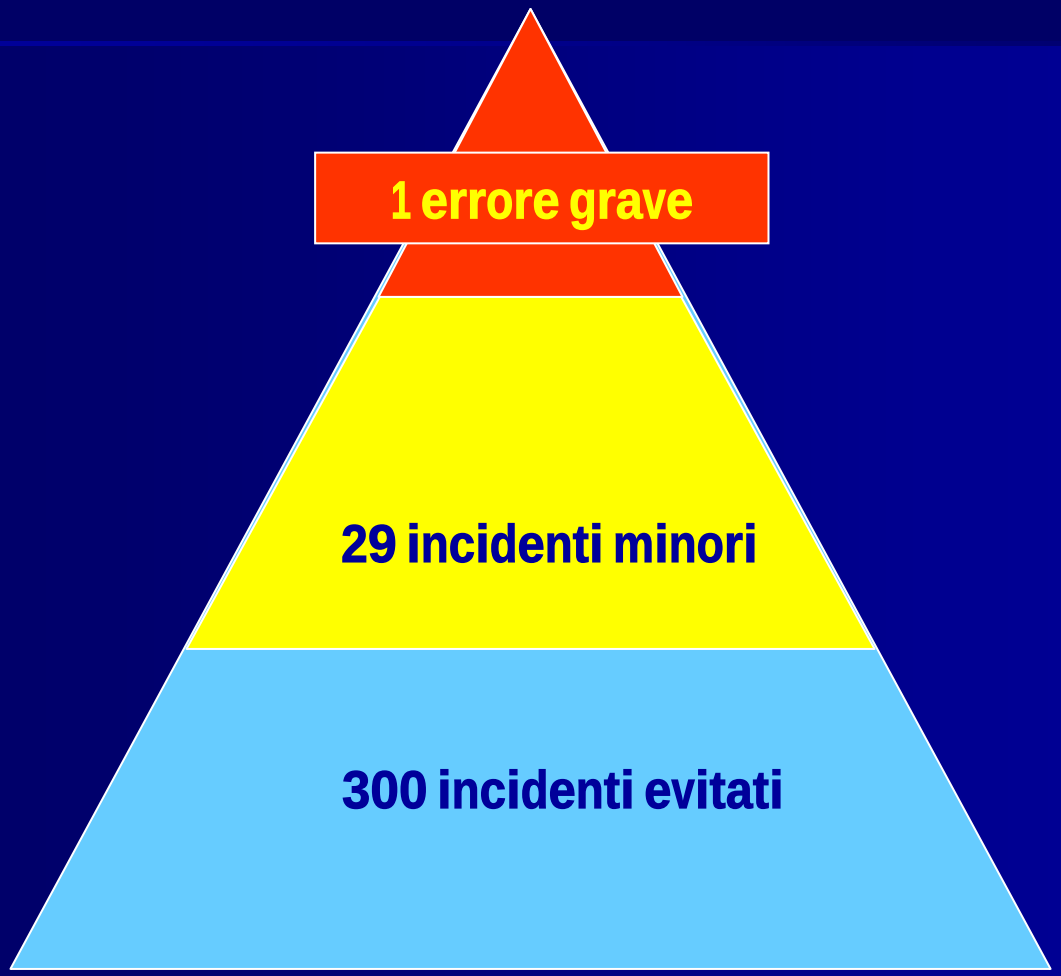
Una cultura della sicurezza efficace



Cultura giusta → Cultura della condivisione → Cultura dell' apprendimento

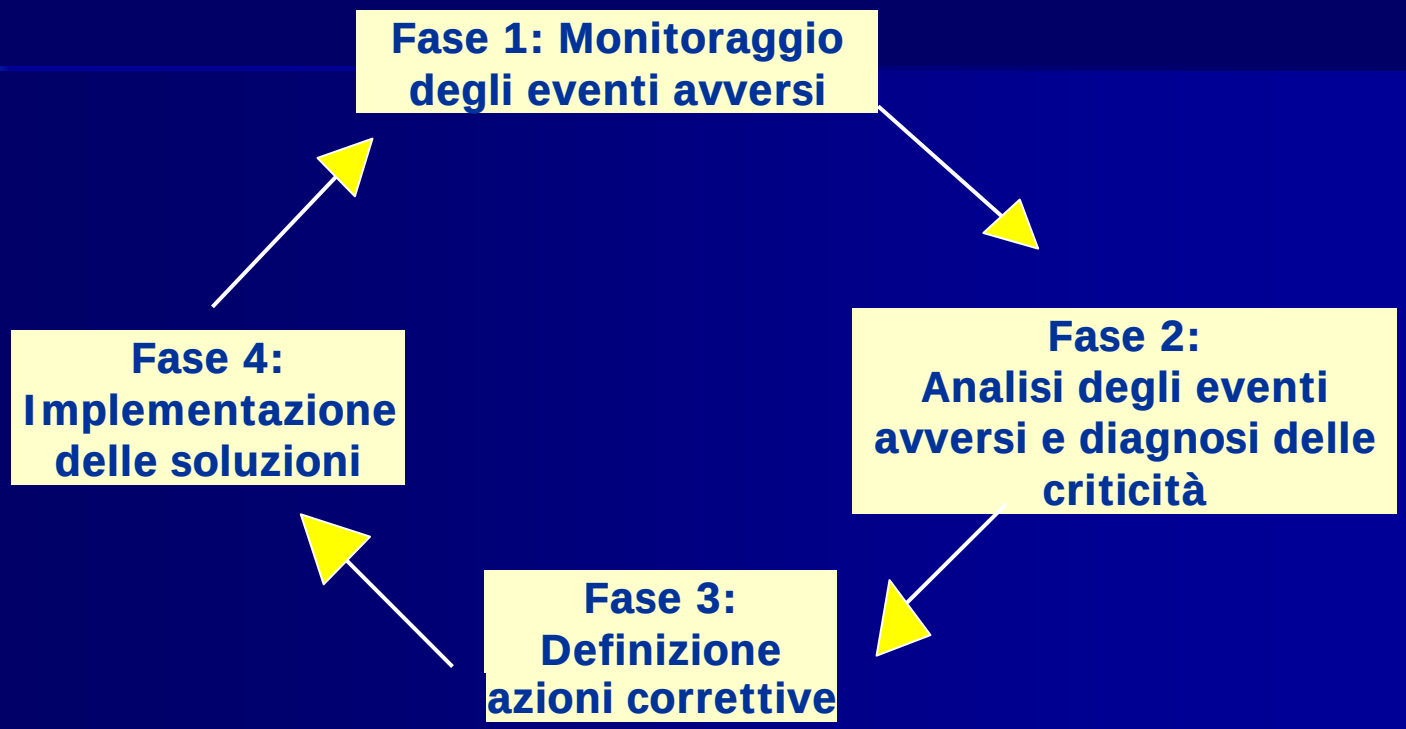
- Reason, 1997 -

La Piramide degli Eventi



L'anello che mancava?

Il sistema per gestire il rischio clinico



Il sistema garantisce il monitoraggio costante e la diminuzione dei livelli di rischio basati su un processo di miglioramento continuo

INDICE

1. **MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI**
2. ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI E DIAGNOSI CRITICITA'
3. DEFINIZIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE
4. IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE

Il monitoraggio

DATI QUANTITATIVI

- Cartelle cliniche
- Dati statistici
- Rapporti interni

DATI QUALITATIVI

- Interviste
- Osservazioni
- Segnalazioni di pazienti e dipendenti

Sistema di incident reporting

ANALISI, SELEZIONE, CLASSIFICAZIONE E SCELTA

Identificazione

Si può far riferimento a 3 tipologie di identificazione:

- Reattiva:

quando l'evento avverso è grave, raro ma con effetti importanti sulla salute dell'utente e con denuncia obbligatoria pubblica.

Identificazione dei rischi

- Proattiva :

quando l'evento non è grave, spesso sono i più frequenti e non hanno ripercussioni sulla salute degli Utenti (Free lessons); consente di intervenire prima che l'evento possa determinare danni gravi manifestandosi nuovamente.

Emerge su segnalazione volontaria ed è necessario aver creato spazi di discussione e confronto liberi dalle punizioni o provvedimenti disciplinari, nonché sensibilità culturale anche attraverso il coinvolgimento attivo.

Identificazione dei rischi

- Proattiva :

Consiste nell'analisi critica di una nuova procedura o modalità organizzativa, prima della sua diffusione e adozione.

Necessita di una buona esperienza nel campo della gestione del rischio e della sicurezza, ma consente di ottenere i risultati migliori in quanto può anticipare il manifestarsi degli eventi avversi.

Identificazione dei rischi

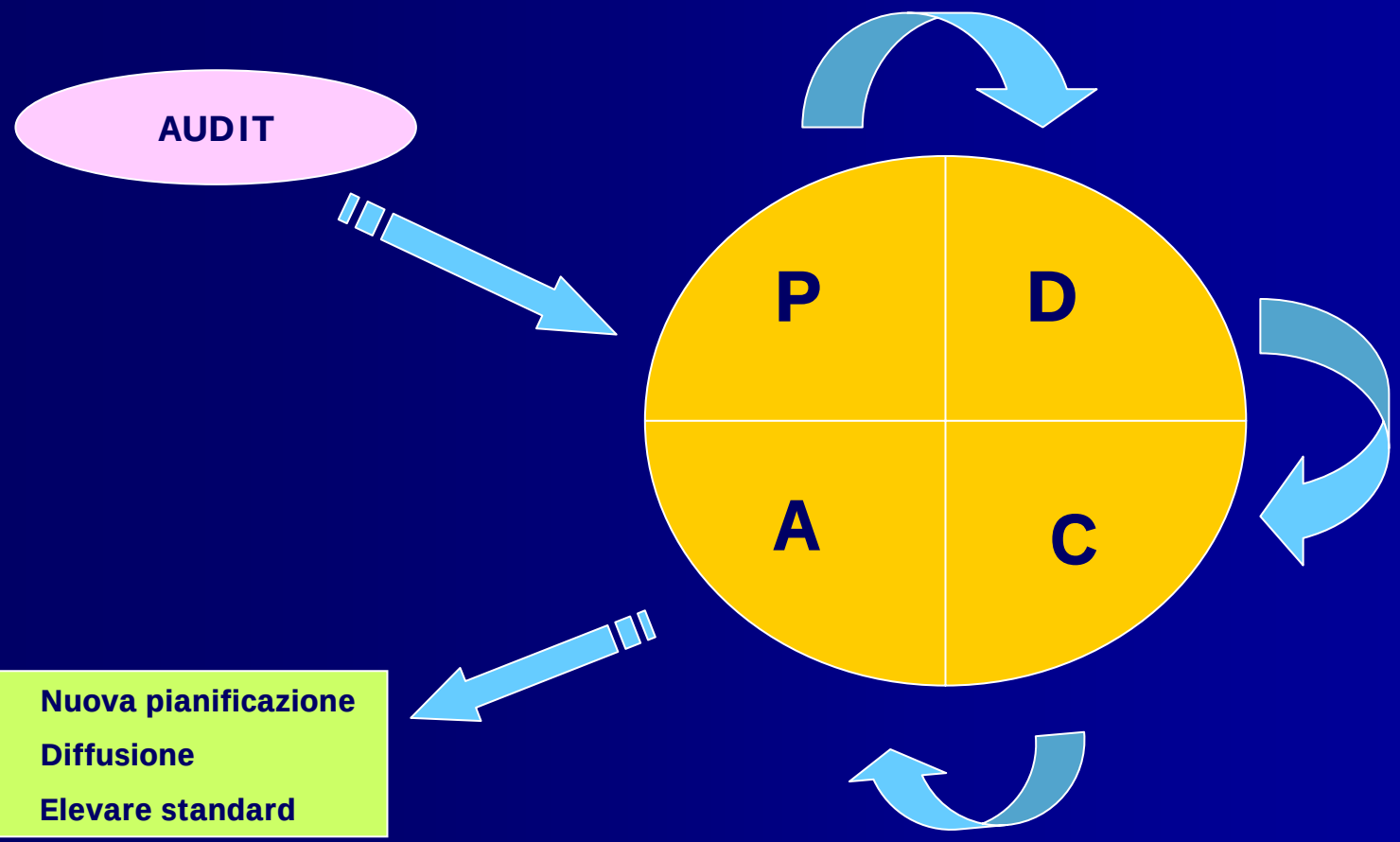
- Analisi retrospettiva:

Consiste nell'individuare:

- la tipologia di errore più frequente,
- la tipologia di utente che incorre in certi eventi,
- i luoghi, i Reparti, i momenti, gli orari, le attività .... in cui certi eventi si manifestano con maggior frequenza,

attraverso l'analisi della documentazione che abbiamo a disposizione

P.D.C.A. (Ruota di Deming)



1. Nuova pianificazione
2. Diffusione
3. Elevare standard

P PLAN = PIANIFICAZIONE

DEFINIZIONE OBIETTIVI

AZIONI

COND. ORGANIZZATIVE

TEMPI

RESPONSABILITA'

METODI DI VALUTAZIONE

VALUTAZIONE DI P

VALUTAZIONE PROATTIVA

RISORSE OPERATORI MEZZI E STRUMENTI AMBIENTE

DO : ATTUAZIONE

CONSISTE NELL'ATTUAZIONE DI QUANTO PIANIFICATO, SECONDO LE MODALITA' DECISE, UTILIZZANDO I NUOVI STRUMENTI ELABORATI

CHECK . CONTROLLO, VALUTAZIONE

AL TERMINE DELLA FASE DI ATTUAZIONE, TERMINATO IL PERIODO DI SPERIMENTAZIONE, SI PROCEDE ALLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI, UTILIZZANDO GLI STRUMENTI E LE MODALITA' DECISE NELLA FASE DI PIAINIFICAZIONE.

MISURARE GLI SCOSTAMENTI FRA I RISULTATI OTTENUTI E GLI OBIETTIVI PIANIFICATI.

ACT : DECISIONE

A SECONDA DEGLI SCOSTAMENTI MISURATI, DECIDERE SE ISTITUZIONALIZZARE E DIFFONDERE LE MODIFICHE INTRODOTTE, OPPURE PREVEDERE:

1. REVISIONE / CORREZIONE
2. NUOVA PIANIFICAZIONE
3. MANTENIMENTO

Da dove iniziare ?

LO SCETTICISMO SI DISSOLVE …

PROVANDO !!!

TASSONOMIA DEGLI EVENTI AVVERSI

Specialità cliniche ad altp rischio

Carrol R (ed). Risk Management Handbook. Jossey-Bass, San Francisco CA 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, psicofarmacologia, elettroshock

Comunicazione insufficiente con paziente/parenti
(es. scarsa chiarificazione rischi/risultati)