

LA PUNTA DELL' ICEBERG

RISK MANAGEMENT ASL3 NUORO



La Gestione del Rischio Clinico

Strumenti per l'analisi degli eventi avversi in ospedale

Audit Clinico

Dott. Antonio Maria Pinna
Clinical Risk Manager
ASL 3 Nuoro

Definizione

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

(NICE, UK 2002)

Revisione tra pari, strutturata, multidisciplinare, interdisciplinare, dove ci si confronta sulle criticità rilevate nell'evento in esame per trovare le soluzioni, e formulare le proposte di miglioramento dell'assistenza all'utente.

JCHO

Caratteristiche dell'audit clinico

- E' un'iniziativa che fa parte del sistema di gestione del rischio clinico
- E' un audit di processo
- E' condotto da un facilitatore
- Si impiegano tecniche specifiche
- Possono parteciparvi tutti i professionisti della sanità

Le Fasi Dell'Audit Clinico

- 1) Valutazione della segnalazione
- 2) Progettazione
- 3) Revisione del caso
- 4) Stesura alert-report
- 5) Impostazione azioni di cambiamento

1) Valutazione della segnalazione

Il gruppo di Gestione del Rischio Clinico effettua

1. Una valutazione di fondatezza della proposta

Criticità dell'oggetto in questione

Rispondenza ai criteri di segnalazione prestabiliti

2. Una valutazione di opportunità della proposta

Disponibilità di risorse e vincoli organizzativi della struttura e dei professionisti coinvolti

Possibili risultati dell'audit

Progettazione

- Il facilitatore in collaborazione con i professionisti coinvolti:
 - Ricerca in letteratura standard di riferimento
 - Recupera linee guida, protocolli e procedure inerenti al caso
 - Contatta eventualmente specialisti esterni da coinvolgere nella discussione del caso come analisti super partes

Progettazione

Il facilitatore:

- Stabilisce con cura la data della riunione
- Convoca i partecipanti esponendo le motivazioni e le finalità dell'audit
- Prepara la documentazione e l'ambiente dove si tiene l'incontro

Convocazione

Deve essere:

1. Chiara (luogo, motivazione, orario, durata,...)
2. Formale (scritta, firmata dalla D.S.)
3. Può prevedere la presenza di auditors (in formazione e fuori dalla scena)

Revisione del caso

- **Il facilitatore** all'inizio dell'audit stabilisce le regole comuni di comportamento
- **Il facilitatore** presenta il caso descrivendo la sequenza di eventi con l'ausilio di **FMEA**
- **Il facilitatore** conduce la discussione secondo la tecnica del **brainstorming** per:
 - a) Identificare le criticità
 - b) Proporre le azioni di miglioramento

Identificazione delle azioni correttive

E' il gruppo che identifica la tipologia delle azioni correttive durante lo svolgimento dell'audit.

Queste si differenziano in funzione della tipologia di errore.

E' compito del conduttore portare a sintesi le azioni individuate al termine della seduta

Con l'utilizzo della scheda F.M.E.A. si possono non solo identificare le azioni correttive ma anche una loro classificazione di PRIORITA' che deriva dalla :

- Fattibilità
- Efficacia

Non finisce così

L'ultima fase è forse la più delicata in quanto dopo lo svolgimento dell'audit il gruppo si sente "appagato" e rischia (succede spesso !!) di trascurare l'implementazione delle azioni correttive che di fatto sono gli elementi che RAFFORZANO il sistema.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

- Concrete azioni di risvolto pratico
- Incremento della cultura dell'auditing
- Introduzione del learning audit
- Disponibilità al confronto fra pari
- Disponibilità a mettere in discussione le scelte e decisioni organizzative e del management
- Superamento delle difficoltà comunicative
- Ricaduta positiva sul miglioramento dell'affidabilità del sistema e della sicurezza del paziente e dell'operatore

FMEA

- La tecnica della FMEA é stata sviluppata negli USA, il primo documento che parla di FMEA é una military procedure la Mil-P-1629 del 1949. Questo documento é stato usato per condurre in modo sistematico le analisi di affidabilità per valutare gli effetti dei disfunzionamenti sul sistema e sui sottosistemi. Le « failure » venivano classificate in base al loro impatto sul successo della missione e della sicurezza degli oggetti e delle persone.

FMEA

- La FMEA é una tecnica dell'ingegneria utilizzata per definire, identificare, ed eliminare le « failure », i problemi e gli errori prima che sia troppo tardi e quindi troppo costoso

FMEA

- La FMEA fornisce un metodo per esaminare sistematicamente tutti i modi in cui una « failure » può presentarsi.
- Per ogni tipo di « failure » è possibile stimare:
 - L'effetto che la « failure » ha sul sistema
 - La probabilità che la « failure » si presenti
 - Quali sono i mezzi che abbiamo a disposizione per accorgerci che c'è stata una « failure ».

FMEA

- Una buona FMEA
 - Identifica i modi di « failure » potenziali e noti
 - Identifica le cause e gli effetti delle « failure »
 - Riesce a dare una scala di rischio ai deversi tipi failure
 - Fornisce gli strumenti per le azioni correttive/preventive e di follow-up delle failure potenziali

FMEA

- L'output più importante di una FMEA è il RPN (Risk Priority Number) definito come:

$$\text{RPN} = \text{S} * \text{O} * \text{D}$$

Il RPN è una stima « semiquantitativa » del rischio associato ad una failure

FMEA

- Cosa sono i tre fattori di cui sopra?
 - **S=SEVERITY** « Impatto »
 - **O=OCCURRENCY** « frequenza teorica o misurata dati storici »
 - **D=DETECTABILITY** « La possibilità che abbiamo di accorgerci quando una failure si produce »

FMEA

- I valori tra cui possono oscillare i tre parametri non seguono uno standard preciso ma esistono due range che sono molto comuni nell'industria
 - $1 \leq (R,P,N) \leq 5$ quindi
 $1 \leq RPN \leq 125$
 - $1 \leq (R,P,N) \leq 10$
quindi $1 \leq RPN \leq 1000$

Modalità di analisi tramite FMEA

L'analisi tramite FMEA può essere utilizzata in due modalità

REATTIVA



Si applica FMEA dopo un incidente per analizzare e risolvere gli errori che lo hanno provocato

PROATTIVA



Si applica FMEA per validare delle procedure o per monitorare la sicurezza delle pratiche di lavoro

Consigli pratici per l'applicazione di FMEA

- Avere come riferimento una tassonomia degli errori umani da utilizzare come check list per l'identificazione delle criticità
- Descrivere la sequenza degli eventi in maniera molto sintetica e precisa, limitandosi all'asciutta descrizione dei fatti senza aggiungere commenti
- Prima di applicare FMEA, può essere utile costruire un diagramma di flusso per la descrizione del processo di lavoro oggetto di analisi

Pregi della FMEA

- E' uno strumento piuttosto semplice ed intuitivo
- Può essere applicato a diversi livelli di analisi, dal singolo compito ad un intero processo di lavoro
- Aiuta a scomporre l'oggetto di analisi in fasi ordinate in sequenza temporale
- Invita a prendere sempre in considerazione la parte attiva e quella latente di ogni errore
- E' uno schema di base per focalizzare le discussioni in gruppo sulle criticità e le relative proposte di miglioramento del sistema

Difetti

- Il successo nell'applicazione di FMEA dipende dall'abilità e dall'esperienza dell'analista
- La descrizione di alcuni errori può essere troppo lunga e verbosa e scadere nell'aneddotica
- Per l'analisi di processi di lavoro con molte interazioni in parallelo è consigliabile utilizzare altri strumenti di analisi

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

La scheda F.M.E.A.

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti	Raccomandazioni		
			Procedure	Training	Attrezzature

Revisione del caso

Incidente 1	Criticità		Proposte di miglioramento		
	<i>Sequenza di eventi</i>	<i>Fallimenti attivi</i>	<i>Fattori latenti</i>	<i>Procedure</i>	<i>Attrezzature</i>
1)					
2)					
3)					
n)					

11,30 DEA Donna di 39 aa, accede in DEA per dolore toracico di durata superiore agli abituali dolori anginosi al momento della valutazione la paziente è asintomatica e non riferisce all'infermiere la comparsa di dispnea di modica entità all'anamnesi pregressa storia di cardiopatia ischemica, assume antiipertensivi, diuretici, beta bloccanti e vasodilatatori!

Viene assegnato codice di priorità giallo malgrado l'alterazione di alcuni parametri vitali sudorazione algida, lieve dispnea e pallore, ed anamnesi di coronaropatia.

La paziente viene fatta entrare nell'area di triage. Attende circa 1 ora. Dopo 60' viene visitata dallo specializzando la paziente al lamenta lieve precordialgia, che valuta 3 da una scala da 1 a 10. Non rilevati polsi pedidei e poplitei e segna sulla scheda del paziente.

L'infermiera rileva PA 60/30 ma non lo comunica al medico titolare e somministra una cpr di carvasin SL come da protocollo per il dolore toracico concordato e ratificato. L'IP scrive che non è d'accordo con tale procedura perché la paziente potrebbe peggiorare ma poiché lo ha prescritto il medico...

Dopo 35' compare dolore precordiale ed aumento della dispnea, viene somministrata morfina sl e Nitrosorbide ev.

Dopo 25' il medico tit blocca l'infusione quindi si richiede Consulenza internistica, la quale arriva dopo 90' (codice verde)

Dopo 40' la situazione peggiora, paziente dispnoica, viene allertata la squadra d'emergenza La situazione precipita ipotensione bradicardia praticata RCP la paziente muore dopo 3 h 10' dall'ingresso in DEA

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti		raccomandazioni	
			procedure	Training	Attrezzature
<p>11,30 Donna di 39 aa, con pregressa storia di cardiopatia ischemica, arriva in DEA per dolore toracico. Dispnea PA 110/60 FC 85 Non segnala lieve dispnea Cod.GIALLO</p>					
<p>12,05 visitata dal medico specializzando, la paziente al momento lamenta lieve precordialgia, PA 100-60 non rilevati polsi pedidei. Si prescrive protocollo per dolore toracico.</p>					

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti		raccomandazioni	
			procedure	Training	Attrezzature
<p>12,15 L'infermiera evidenzia ipotensione Somministra Nitroderivati , come da Istruzione operativa codificata e condivisa, ma segnala in cartella di non essere d'accordo con la prescrizione data dal medico.</p>					
<p>12,45 PA Dolore precordiale, Dispnea, somministrata morfina e nitroderivati ev Dopo 25' di infusione il medico titolare che visita la paziente blocca l'infusione e richiede Consulenza internistica, la quale arriva dopo 90' (codice verde)</p>					

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti		raccomandazioni	
			procedure	Training	Attrezzature
14,15 La paziente peggiora, dispnea, ipotensione marcata , bradicardia, praticata RCP la paziente muore dopo 3 h 10 dall'ingresso in DEA.					

Audit Protesi

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti		raccomandazioni	
			procedure	Training	Attrezzature
<p><u>Venerdì 18</u>, nel pomeriggio il rappresentante telefona per accertarsi che il materiale sia arrivato</p>					
<p>H 7.50 Il p.X, <u>lunedì 21</u> marzo, viene portato in sala operatoria per essere sottoposto ad intervento. Il p. viene preparato con anestesia combinata spinale-peridurale per l'inserimento di catetere peridurale per analgesia postoperatoria</p>					

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti		raccomandazioni	
			procedure	Training	Attrezzature
<p>H 8.30 Il chirurgo primo operatore entrando in sala per iniziare il posizionamento del p. sul tavolo si accorge che nel materiale protesico mancano delle testine che avrebbero potuto essere necessarie per portare a termine l'intervento</p>					
<p>La caposala inizia la ricerca del materiale mancante in magazzino sala, in farmacia, altrove (magazzino economale) e si arriva alla certezza che il materiale non c'è</p>					

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti		raccomandazioni	
			procedure	Training	Attrezzature
<p>Il tecnico telefona alla ditta fornitrice: la spedizione del materiale è stata effettuata il mercoledì in due trance con 2 corrieri diversi, rintracciato il corriere questo asserisce che <u>il venerdì 18</u> si è presentato per effettuare la consegna ma che il pacco non è stato ritirato per "sciopero".</p>					
<p>Parallelamente Il pz ed i familiari vengono informati della situazione e della possibilità di attendere un certo tempo per cercare il materiale mancante in quanto la presenza del catetere peridurale permette il mantenimento dell'anestesia. Nel contempo il chirurgo passa ad effettuare il secondo intervento, alle 11 si rinvia</p>					