

La gestione del
rischio clinico

**Strumenti per la
valutazione e
gestione del rischio**

PREVENIRE



PROTEGGERE

**SICUREZZA
DEL PAZIENTE**



IDENTIFICARE E CAPIRE L'ERRORE

primo passo nella

GESTIONE DEL RISCHIO



Non rilevare gli errori può avere
conseguenze disastrose

(Zapt & Reason 1994)

▶ ANALISI DEL RISCHIO



PROATTIVA

INDIVIDUARE IL
RISCHIO **PRIMA** CHE
ACCADA L'ERRORE
FMEA-FMECA
SWA



REATTIVA

VALUTAZIONE DEGLI
EVENTI CHE HANNO
PORTATO
ALL'ERRORE

▶ ANALISI PROATTIVA

FMEA/ FMECA (Analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti)

QUALITATIVA

individuare quello che potrebbe succedere se si verificasse un errore

QUANTITATIVA

stima il danno che ne può derivare

metodo sistematico per identificare e prevenire i "problemi" di un prodotto o di un processo

valutazione prospettica che identifica e migliora le tappe di processo per un outcome sicuro

▶ ANALISI PROATTIVA – FMEA-FMECA

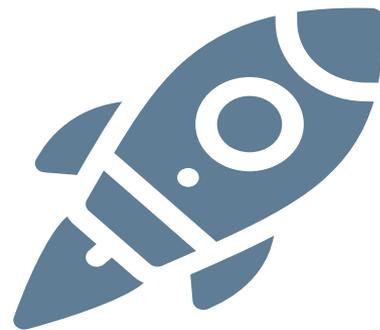


ANALISI REATTIVA

Partendo dall'errore si ricostruisce l'intero

percorso identificando:

- i fattori di rischio
- le insufficienze latenti



ANALISI REATTIVA

STRUMENTI UTILIZZATI



INCIDENT REPORTING

- NEAR-MISS
- EVENTI
- **EVENTI SENTINELLA**

ROOT CAUSE ANALYSIS

AUDIT CLINICO



DATI AMMINISTRATIVI E/O INFORMATIVI

- SCHEDA DIMISSIONE
OSPEDALIERA
- INDICATORI
- RECLAMI



REVISIONE DOCUMENTALE

- CARTELLA CLINICA

INCIDENT REPORTING

Sistema di segnalazione,
nato nelle organizzazioni ad
alto rischio e
successivamente adattato
al contesto sanitario;
Consente ai professionisti
sanitari di descrivere e
comunicare eventi e
cosiddetti near-miss
(Ministero della salute, 2007).



INCIDENT REPORTING

COMPILAZIONE DI SCHEDE, PER LA SEGNALAZIONE DI EVENTI AVVERSI, TRAMITE LA QUALE E' POSSIBILE OTTENERE NOTIZIE PER VALUTARE IL PERCORSO CHE HA PERMESSO IL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

INFORMAZIONI UTILI:

- DATA
- LUOGO
- DESCRIZIONE EVENTO
- PERSONE COINVOLTE
- GRAVITA' DELL'EVENTO
- EVENTUALI AZIONI CORRETTIVE GIA' MESSE IN ATTO



INCIDENT REPORTING

NEAR MISS (QUASI EVENTO) circostanza che avrebbe potuto procurare un danno al paziente

EVENTO AVVERSO episodio che procura un danno a un paziente, legato alla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia *(To err is human. Institute of Medicine, 2000)*
Inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. *(Glossario Ministero Salute)*

EVENTO SENTINELLA evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

► INCIDENT REPORTING

NON PUNITIVO

Chi segnala non deve essere sottoposto a ritorsioni o punizioni

CONFIDENZIALE

L'identità del paziente, del segnalatore e delle istituzioni coinvolte è anonima; le informazioni confidenziali non vengono mai comunicate a terzi

INDIPENDENTE

rispetto a qualsiasi autorità con potere punitivo nei confronti del segnalatore o dell'organizzazione

ANALIZZATO DA ESPERTI

che comprendono le circostanze cliniche e che riconoscono le cause sottostanti al sistema

TEMPESTIVO

Le segnalazioni sono analizzate in tempi brevi e le azioni di riduzione del rischio sono diffuse tra gli interessati

ORIENTATO AL SISTEMA

Le raccomandazioni si focalizzano su cambiamenti nel sistema, nei processi e nei prodotti, più che sulle performance individuali

INCIDENT REPORTING

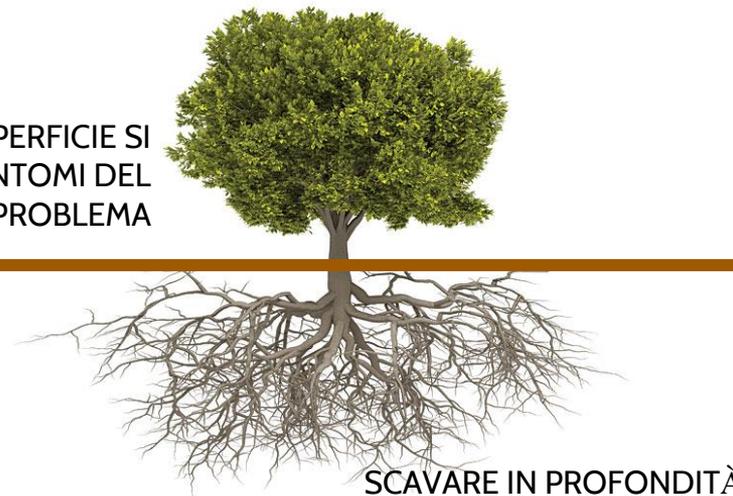


piramide di Heinrich 1959

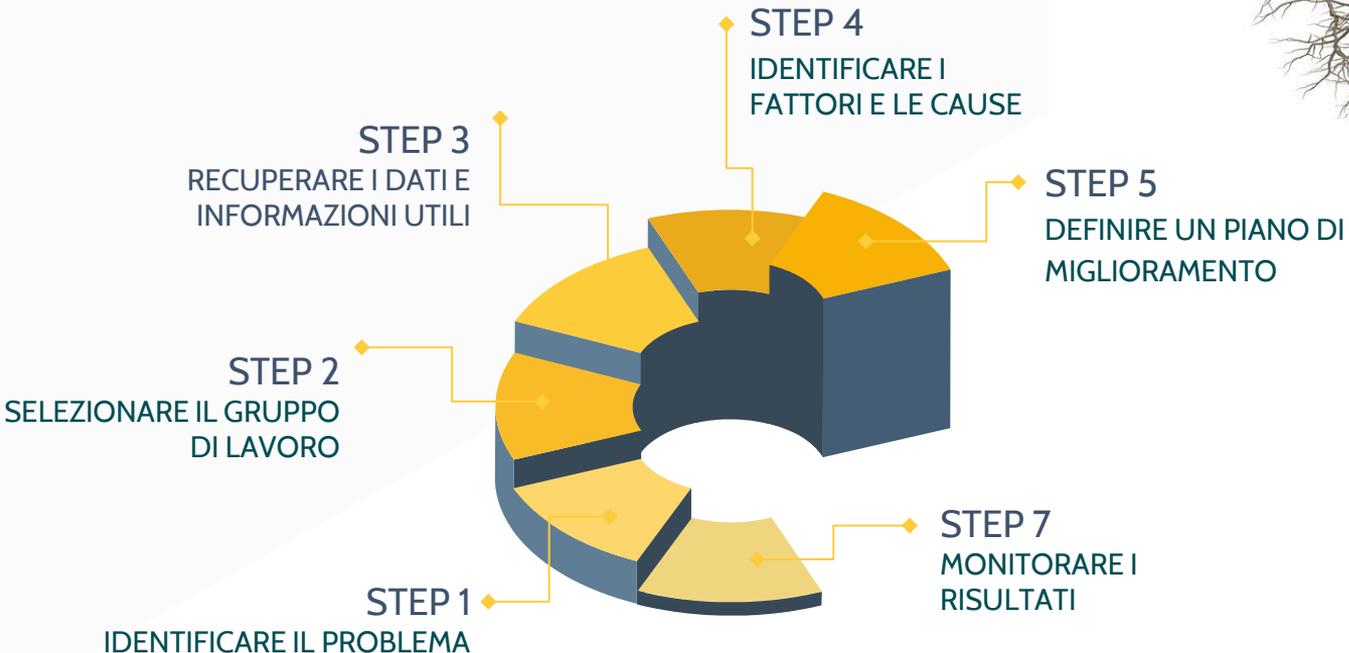
ROOT CAUSE ANALYSIS

STRUMENTO CHE AIUTA A DETERMINARE LA CAUSA FONDAMENTALE DI UN PROBLEMA ATTRAVERSO UNA SERIE DI PASSAGGI SPECIFICI .

SOPRA LA SUPERFICIE SI VEDONO I SINTOMI DEL PROBLEMA



SCAVARE IN PROFONDITÀ OFFRE LA POSSIBILITÀ DI TROVARE LA CAUSA PROBLEMA





AUDIT CLINICO

L'audit clinico è un processo con cui medici, infermieri e altri professionisti sanitari, effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, dove necessario, la modificano" (*Primary Health Care Clinical Audit Working Group, 1995*)

- L'audit clinico è uno strumento per verificare e migliorare la qualità dell'assistenza, in particolare l'appropriatezza dei processi
- E' un processo ciclico, sistematico e condotto tra pari, senza alcuna finalità ispettiva o di controllo

▶ AUDIT CLINICO

SELEZIONE DELLE PRIORITA'

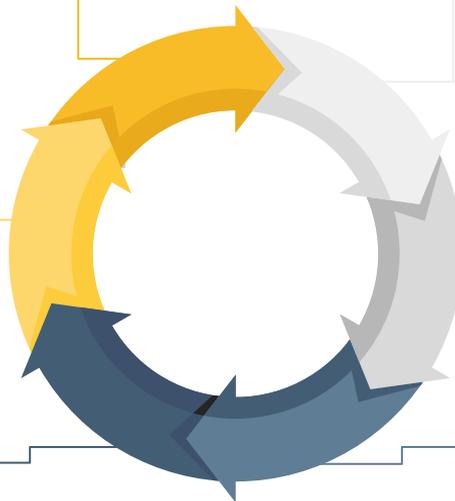
consistente impatto sulla salute (in termini di frequenza, gravità, qualità della vita), consumo di risorse, ampia variabilità della pratica clinica, disponibilità di evidenze di grado elevato.

DEFINIZIONE STANDARD ASSISTENZIALI

“fattori prognostici favorevoli”, che massimizzano la probabilità dell'implementazione, generalmente si ottengono tramite l'adattamento locale di linee guida - previa validazione della loro qualità - in percorsi assistenziali condivisi tra tutti i professionisti che devono utilizzarli.

CONFRONTO DELLA PRATICA CORRENTE CON GLI STANDARD

Attraverso la revisione della documentazione clinica viene esaminato il grado di aderenza della pratica corrente con gli standard definiti.



IDENTIFICAZIONE DELLE INAPPROPRIATEZZE

L'analisi dei dati raccolti fornisce una stima delle inapproprietezze, sia in eccesso, sia in difetto.

IMPLEMENTAZIONE DEL CAMBIAMENTO

In relazione alle inapproprietezze rilevate viene attuato il piano di cambiamento, utilizzando efficaci strategie d'implementazione multifattoriali.

VERIFICA DELL'EFFICACIA DEL CAMBIAMENTO

Dopo un periodo variabile si verifica l'impatto dell'audit clinico sulla pratica professionale.



ANALISI

▶ DOCUMENTALE

PERMETTE L'INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI ERRORI DI TERAPIA ED IN GENERALE TUTTI QUELLI CHE ACCADONO NEL PROCESSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE.

SI POSSONO REVISIONARE LE CARTELLE E LA DOCUMENTAZIONE CLINICA ALLA RICERCA D'INDIZI (TRIGGERS) CHE METTONO IN EVIDENZA DOVE EVENTUALMENTE SI E' VERIFICATO UN ERRORE
LA RICERCA