

FONDAZIONE ARTURO PINNA PINTOR

Torino, 15 ottobre 2005

**DALLA QUALITA' PERCEPITA ALLA PERCEZIONE DELL'ERRORE MEDICO
METODOLOGIA INTEGRATA PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ERRORE
MEDICO**

**La gestione del rischio di errore in medicina
Esperienze venete**

Dott. Giulio Marcon

Direttore UO di Lungodegenza-ULSS13 Veneto

*Professore a c. di Management Clinico-2a Scuola di Spec. in Medicina Interna
Università di Padova*

*Professore a c. di Management Sanitario- Laurea in Infermieristica
Università di Padova*

Risk Manager Clinico

Consulente di Clinical Risk Management per l'Italia per Marketform Ltd, London Lloyds

COME E' NATO IL RISK MANAGEMENT

IL RISK MANAGEMENT: COME E' NATO

Younghberg BJ. Essentials of hospital risk management .Aspen, Gaithersburg MD 1990

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

I testi di base del Risk Management

-Youngberg BJ. ESSENTIAL OF HOSPITAL RISK MANAGEMENT. Aspen, Gaithesburg, 1990
Testo di base, legato al sistema sanitario statunitense. adattabile in parte alla situazione italiana

-Vincent C . CLINICAL RISK MANAGEMENT. BMJ Publishing Group. London 1995
Testo ad impostazione clinica, edito nel Regno Unito, adattabile alla situazione italiana

- Youngberg BJ. THE RISK MANAGER's DESK REFERENCE. Aspen, Gaithesburg, 1998
Testo adatto alla situazione statunitense, di taglio amministrativo in parte adattabile alla situazione italiana

- Spath PL. ERROR REDUCTION IN HEALTH CARE. A SYSTEM APPROACH TO IMPROVING PATIENT SAFETY. Jossey-Bass, S.Francisco, 1999
Uno dei migliori testi in commercio, impostato sui sistemi e sui processi, complesso ma utilissimo

- Carrol R. RISK MANAGEMENT HANDBOOK. Jossey-Bass, S.Francisco, 2000
Testo di taglio prevalentemente amministrativo, con qualche possibile aggancio alla situazione italiana

Sanfilippo JS. THE RISK MANAGEMENT HANDBOOK FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS. The Partenon Publishing Group, London-New York 2002
Testo sintetico di consultazione, prevalentemente mirato su temi legali e di gestione della malpractice

Vincent C . CLINICAL RISK MANAGEMENT. BMJ Publishing Group. London 2003
Evoluzione del testo precedente del 1995

Kavaler F, Spiegel AD. Risk Management in Health Care Institutions- A strategic approach
Jones and Bartlett Publishers, Sandbury, 2003
Testo contenente essenzialmente tematiche legali ed amministrative, poco utile per il Risk Management Clinico

DAGLI INCUBI DI MEDICI ED AMMINISTRATORI



NASCE LA MEDICINA DIFENSIVA

Studdert DM et al.

DEFENSIVE MEDICINE AMONG HIGH-RISK SPECIALIST PHYSICIANS IN A VOLATILE MALPRACTICE ENVIRONMENT

JAMA 2005;293:2609-17

In un campione di 824 medici (Medicina di emergenza, Chirurgia generale, Chirurgia Ortopedica, Neurochirurgia, Ostetricia/Ginecologia, Radiologia della Pennsylvania)

il 95% pratica la medicina difensiva

Esempi:

- Evitare procedure ad alto rischio (39% del campione)
- Uso di procedure "rassicurative" (es. prescrivere farmaci o procedure inappropriate o di utilità marginale)
- Dirottare i pazienti "difficili o polemici" ai colleghi

**LA MEDICINA DIFENSIVA, OLTRE CHE NON ETICA,
AUMENTA IL RISCHIO DI DENUNCIA PER
COMPORTAMENTI OMISSIVI O COMMISSIVI**

LETTERATURA SCIENTIFICA E RISK MANAGEMENT

PRINCIPALI RIVISTE MEDICHE DI RIFERIMENTO

Specificamente dedicate al Clinical Risk Management

Rischiosanità

Clinical Risk

Quality & Safety in Health Care (former Quality in Health Care)

Generaliste con pubblicazione episodica di articoli sul Clinical Risk Management

New England Journal of Medicine

Archives of Internal Medicine

Annals of Internal Medicine

JAMA

British Medical Journal

*MJA (Medical Journal of Australia)**

New Zealand Medical Journal

*Canadian Medical Journal**

Di carattere organizzativo con articoli relativi al Clinical Risk Management

Medical Care

International Journal for Quality in Health Care

**free-text online*

PRINCIPALI FONTI DI RIFERIMENTO IN RETE PER IL RISK MANAGEMENT CLINICO

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY

<http://www.ahrq.gov>

-Una vera miniera di testi (scaricabili gratuitamente con pazienza) di grande valore per chi si interessa di Rischio Clinico

“Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices” (2001) *(59 capitoli)*

-“ Advances in Patient Safety: from Research to Implementation” (2005) *(4 volumi)*

- Una news letter gratuita

- Un mensile elettronico con casi commentati di incidenti reali

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY

<http://www.npsa.nhs.uk>

Negli ultimi due anni questa agenzia governativa si è rapidamente sviluppata e mette a disposizione una grande quantità di materiale scaricabile gratuitamente

MEDLINE E RISK MANAGEMENT

<i>Query</i>	<i>Hits (01/05/02)</i>	<i>Hits (03/05/05)</i>
<i>Medical errors</i>	<i>35890</i>	<i>45470</i>
<i>Risk Management</i>	<i>28610</i>	<i>67643</i>
<i>Malpractice</i>	<i>20847</i>	<i>23999</i>
<i>Patient AND Safety</i>	<i>18435</i>	<i>28043</i>
<i>Adverse Events</i>	<i>15480</i>	<i>33842</i>
<i>Patient Safety AND procedures</i>	<i>337</i>	<i>9248</i>
<i>Patient Safety AND Drugs</i>	<i>102</i>	<i>3514</i>

RISK MANAGEMENT: le nazioni più impegnate

USA
Canada
Gran Bretagna
Irlanda
Australia
Nuova Zelanda
Olanda
Danimarca
Spagna
Giappone
Italia

RISCHIO CLINICO

Definizioni di base

Miniglossario di Risk Management

Rischio clinico

Viene chiamato "rischio clinico" il rischio che un paziente, ricoverato o curato in una struttura sanitaria, subisca un danno conseguente alle cure prestate

Risk Management (*Attività reattiva*)

Attività di gestione del rischio destinata a mimizzare i danni economici e di immagine dovuti a danni od incidenti in area clinica

Clinical Risk Management (*Attività proattiva*)

Gestione a livello di sistema del rischio clinico consistente:

-nella conoscenza dei rischi di eventi avversi

(storica, diretta, da osservazioni, da segnalazioni, da analisi di casi prototipici di danno)

-nella progettazione di misure organizzative in grado di prevenire il verificarsi di eventi avversi

-nella progettazione o reingenerizzazione organizzativa finalizzata alla sicurezza del paziente

Errore

Atto omissivo o commissivo che determina un esito indesiderato o rischio di effetto indesiderato

EPIDEMIOLOGIA DEGLI EVENTI AVVERSI STUDI NAZIONALI

STUDIO (ospedali per acuti)	ANNO	CARTELLE	%DANNO
USA NYS	1984	30195	3,9%
USA UTCOS	1992	14565	3,2%
USA(Utcos rev)	1992	14565	5,4
AUSTRALIA(QUAHCS)1992		14179	16,6
UK	2000	1014	11,7
DENMARK	1998	1097	9,0
NEW ZEALAND	1998	6579	12,9
(ospedali per acuti ed ospedali di comunità)			
CANADA	2001	3720	7,5

POMPE INFUSIONALI E DANNI AL PAZIENTE

Hush M, Sullivan C et al.: Insights from the sharp end of intravenous medication Errors: implication for infusion pump technology. Qual Saf Health Care 2005;14: 80-86.

RISCONTRATI BEN 530 ERRORI SU 426 INFUSIONI

-Mancanza registrazione della di velocità di infusione

195/426 46%

- Velocità di infusione registrata diversa da quella prescritta

157/426 37%

-Farmaco errato

68/426 16%

-Errore di identificazione del paziente

55/426 13%

- Difformità tra velocità di infusione prescritta e velocità reale

37/426 9%

-Infusione di farmaci non prescritti

14/426 3%

-Ritardata sostituzione della soluzione

4/426 1%

PERCHE' GLI ERRORI ED I DANNI
NELLE CURE MEDICHE

SONO COSI' NUMEROSI?

Le cure mediche sono fornite da un sistema estremamente complesso, che può creare errori e danni in una quantità di modi diversi

Uno su 10 pazienti ricoverati in ospedale subisce un evento avverso
Uno su cinque eventi avversi causa morte o disabilità permanente

I soli costi del danno da farmaci pesano per il 5% della spesa sanitaria

PSI -Patient Safety International

<http://www.patientsafetyint.com/patient.aspx> -acc. 25/03/05

LA TIPOLOGIA DEI DANNI DERIVANTI DALLE CURE E' IN AUMENTO CONTINUO

Incendi ed ustioni da elettrobisturi lasciati in funzione

-Mancato spegnimento da parte del chirurgo

Incendi ed ustioni da defibrillazione in ambiente saturo di ossigeno

-Creazione durante una rianimazione causata da un arco voltaico tra defibrillatore ed elettrocardiografo in ambiente saturo di ossigeno

Danno cerebrale da nifedipina sublinguale

Diminuzione troppo brusca della PAO con danno d'organo

Incendio da laser usato su cute pretrattata con cloruro di etile a scopo analgesico

Il cloruro di etile vaporizza ed è infiammabile

Polmonite da errato inserimento di Sondino Nasogastrico nel polmome

Il nutriente immesso nell'albero polmonare può creare gravi polmoniti

Danni da laccio emostatico dimenticato sul braccio del paziente

Edema, stravasamento di soluzione infusa, danni neurologici transitori, danno cutaneo

Interazioni farmacologiche tra succo di pompelmo e farmaci

Aumento di biodisponibilità per inibizione del CYP3A (es. simvastatina, antiipertensivi)

Ematoma midollare con danno permanente da uso di analgesia epidurale in paziente in cura con eparina BPM

Se l'analgesia viene praticata a meno di 6 ore dall'ultima iniezione è possibile un ematoma con danno midollare permanente

Metemoglobinemia da benzocaina per uso topico

La benzocaina è contenuta in molti prodotti da banco e può causare metemoglobinemia anche mortale

SPONDINE E DANNI AL PAZIENTE

Hignett S, Griffiths P. Do split-side rails present an increased risk to patient safety?
Qual Saf Health Care 2005;14:113-6

111 segnalazioni di danno da spondine tra il 1985 ed il 1995
325 segnalazioni di danno da spondine tra il 1996 ed il 2001
794 segnalazioni di danno da spondine al 2005 nel database della FDA

<i>Meccanismo</i>	<i>%</i>	<i>N° tot</i>
Testa intrappolata testiera /spondina	38%	287
Caduta a terra	22%	164
Intrappolamento spondina/materasso	18%	138
Altri intrappolamenti testa/spondina	14%	106
Intrappolamenti in spondine in due sezioni	5%	34
Altri intrappolamenti	3%	20

Tipo ed entità dei danni

396 decessi 292 danni gravi 53 near-miss 53 non classificati

ERRORI E DANNI DERIVANTI DALLE CURE

L'INDIVIDUO ED IL SISTEMA

IL RISK MANAGEMENT: COME E' NATO

Younghberg BJ. Essentials of hospital risk management .Aspen, Gaithersburg MD 1990

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

IMPARARE DAGLI ERRORI

Errori da difetti attivi (dipendenti dalle persone)

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

Esempio

Un'infermiera viene interrotta da un collega mentre sta somministrando la terapia orale ad un paziente.

Finita l'interruzione l'infermiera somministra la terapia corretta al paziente successivo ma dimentica di somministrarla al paziente precedente

IMPARARE DAGLI ERRORI

Errori da difetti latenti (dipendenti dal sistema)

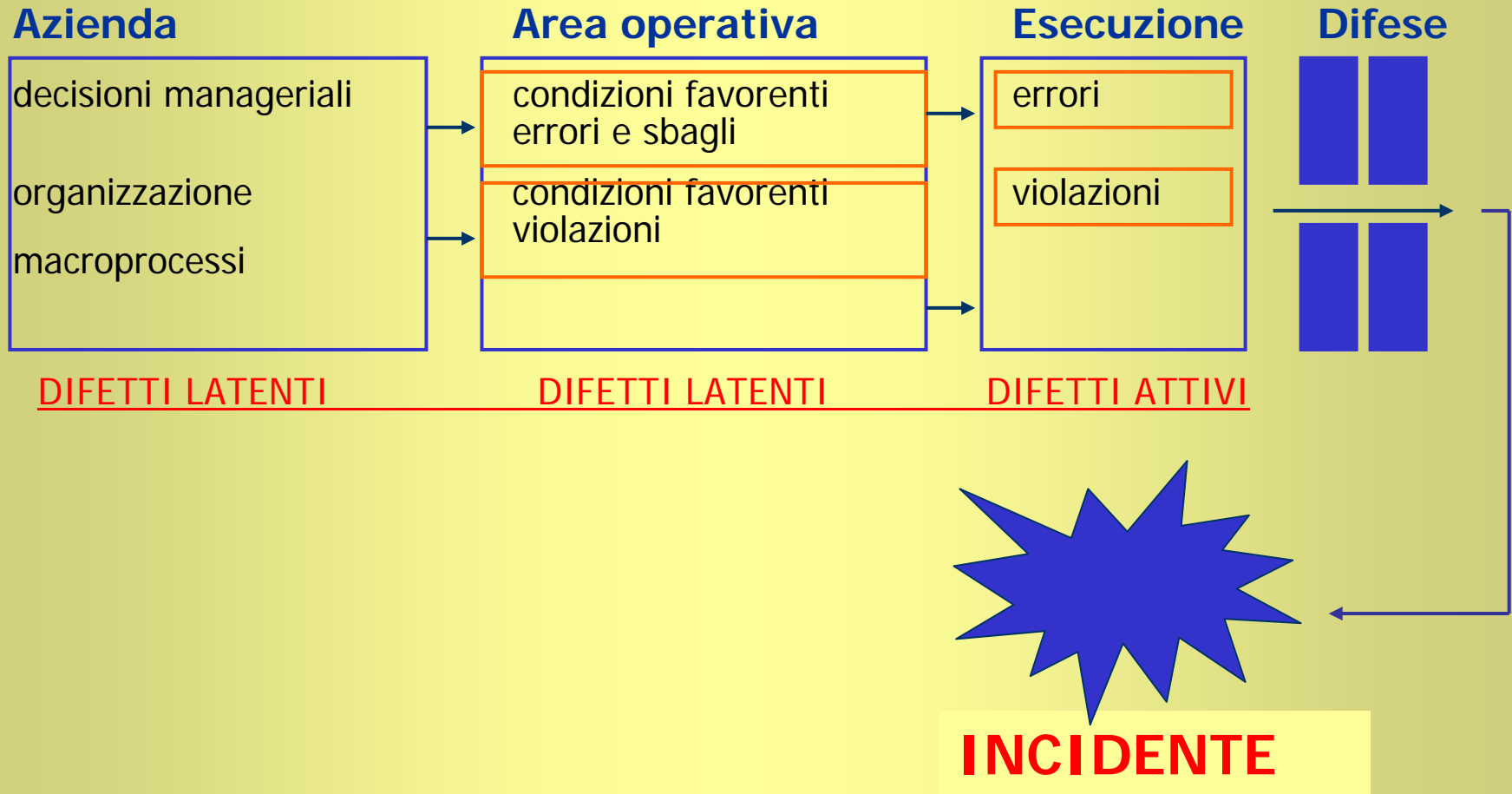
- Sono difetti nelle aree di competenza "alta"
 - pianificazione
 - distribuzione di risorse
 - management
 - cultura
- Sono sempre presenti ma poco visibili
- Agiscono in modo incostante
- Creano condizioni che favoriscono errori e violazioni

Esempio

Per il ritardo nella riparazione di una pompa da infusione, il personale cerca di aggiustare la pompa, ma la pompa funziona male causando una overdose di farmaco al paziente

ANALISI DI INCIDENTI

La catena causale



I FATTORI CHE POSSONO FAVORIRE GLI ERRORI

Impariamo qualche cosa dalla "Root Analysis"

Fattori individuali che causano errori da difetti attivi

- correlati con il paziente (clinici, sociali, fisici, psicologici, relazionali) (*es. paziente non collaborativo*)
- correlati con l'individuo (*stato fisico, stato psicologico, personalità*)
- correlati con l'attività/compito (linee-guida, regole organizzative, decisioni) (*es. preparazione complessa di un farmaco*)
- correlati con la comunicazione (verbale, non verbale, istituzionale, tra professioni) (*es. prescrizione verbale di farmaco*)
- correlati al team (ruoli, leadership, cultura, sociologia informale) (*es. costituzione di gruppi informali in competizione*)

Fattori di sistema che causano errori da difetti latenti

- correlati con la formazione e l'addestramento (*es. cambio di reparto*)
- correlati con risorse ed attrezzature (*es. manutenzione, forniture*)
- correlati con le condizioni di lavoro (*es. ambiente*)
- correlati all'organizzazione (*politiche, standards, obiettivi, priorità*)

CAUSE E RIMEDI DEGLI INCIDENTI

	ERRORI/DIFETTI INDIVIDUALI	ERRORI/DIFETTI DI SISTEMA
INCIDENZA	15%	85%
AZIONI CORRETTIVE	98%	2%

PERCHE' GLI ERRORI ED I DANNI
NELLE CURE MEDICHE

SONO COSI' NUMEROSI?

PERCHE' GLI ERRORI ED I DANNI NELLE CURE MEDICHE
SONO COSI' NUMEROSI?

Spear JS. FIXING HEALTHCARE FROM INSIDE, TODAY. *Harvard Business Review*, September 2005

La domanda che si pone Spear è :
Perché, nonostante i grandi avanzamenti della medicina,
le cure mediche non
riescono a ridurre i difetti nella fornitura delle cure?

La risposta che si dà Spear è chiara
Esiste un grave divario tra:
*La performance del sistema sanitario
E l'abilità e la competenza delle persone*

Il divario dipende
*Dalla complessità del **sistema***

Che crea
*Numerose ambiguità sul come il lavoro dei singoli
si può combinare con l'organizzazione*

Spear JS. FIXING HEALTHCARE FROM INSIDE, TODAY. *Harvard Business Review*, September 2005

L' AMBIGUITA' ORGANIZZATIVA

L'ospedale non è organizzato attorno al paziente Ma in base alle funzioni

I farmaci vengono forniti dal farmacista
L'anestesia viene praticata dall'anestesista
I farmaci vengono somministrati dall'infermiere

Il sistema non dispone di meccanismi di integrazione tra individui

Ne deriva l'ambiguità delle responsabilità
Ne deriva l'abitudine a risolvere i problemi e non controllare i risultati
Ne deriva la frequente risposta dopo un incidente
"non sono intervenuto perché toccava a qualcun altro"

Il problema non è costituito dalle persone
IL PROBLEMA E' COSTITUITO DAL SISTEMA

La domanda

POSSIAMO CONSIDERARE IL SISTEMA DI FORNITURA
DELLE CURE COME UN SISTEMA ORGANIZZATO?

La risposta

Health Care is the the bigger
cottage industry surviving in modern world

Peter F. Drucker

PERCHE' GLI ERRORI ED I DANNI NELLE CURE MEDICHE
SONO COSI' NUMEROSI?

Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. FIVE SYSTEM BARRIERS TO ACHIEVING ULTRASAFE HEALTH CARE. Ann Int Med 2005;142:756-64

Oltre l'ambiguità dell'organizzazione

LE CINQUE BARRIERE DI SISTEMA CHE SI OPPONGONO ALLA SICUREZZA

La prima barriera alla sicurezza: la mancata limitazione della massima performance (che obbliga a lavorare oltre i limiti)

L'attività svolta oltre i limiti della massima performance aumenta il rischio di errore e danno.
Viene eliminata mediante limiti espliciti alla massima produzione (Es. riposo obbligato per i piloti di aerei di linea)

La seconda barriera alla sicurezza: l'autonomia professionale (che impedisce controlli esterni sull'attività professionale)

L'autonomia professionale è connessa con l'incertezza e l'ambiguità delle conoscenze e dell'organizzazione. Viene regolata dal lavoro in team

La terza barriera alla sicurezza: la mancata presenza di "attori equivalenti" (alta interscambiabilità dei professionisti permessa da una elevata formalizzazione di conoscenze ed addestramento)

L'anestesia appare al momento la specialità medica che ha raggiunto il più alto grado di interscambiabilità tra professionisti

La quarta barriera alla sicurezza: la paura delle denunce che innesca la medicina difensiva

L'aumento delle denunce per malpractice sta mettendo in crisi il sistema sanitario francese e sta favorendo la medicina difensiva, che tuttavia ha una sua potenzialità di danno

L'eccesso delle regole professionali e la stratificazione di regole organizzative (spesso in conflitto), crea aumento della complessità del sistema senza fornire vantaggi

Vecchie regole e nuove regole convivono felicemente creando buona parte dell'ambiguità organizzativa ed appesantiscono continuamente il sistema.

RISK MANAGEMENT CLINICO ESPERIENZE VENETE

Sul piano istituzionale

Solo nel maggio 2005 la Regione Veneto "si accorge" che le soluzioni di potassio ad alta concentrazione sono pericolose

IL PERCORSO CRITICO(CRITICAL PATHWAY) DELLA FRATTURA DI FEMORE 1998/2001

Ricerca finalizzata Regione Veneto n° 839/06/98 Project Leader: G. Marcon

Progetto multidisciplinare ed interprofessionale destinato a migliorare gli outcomes dei fratturati di femore mediante analisi organizzativa e reingegnerizzazione del percorso ospedaliero e postricovero

L'analisi della letteratura e lo studio epidemiologico preliminare identificava nei difetti organizzativi, nelle complicanze e negli eventi avversi le determinanti principali degli outcomes

Risultati organizzativi

Riduzione del 44% della degenza preoperatoria e del 49% della degenza postoperatoria

Prevenzione dei rischi critici per l'outcome (182 casi)

Riduzione

del 23% la mortalità precoce

del 64% dei decubiti*

del 72% delle infezioni urinarie*

del 70% delle TVP

del 75% del delirio *

** Dati superiori ai benchmark internazionali per la patologia*

LA LEGGE DI SUTTON

Mr. Sutton di lavoro faceva il ladro di banche a Chicago, ma veniva spesso arrestato dalla polizia

All'ennesimo arresto, un poliziotto sbotta "senti, Sutton, ma perché ti ostini a rubare nelle banche?"

"Ma è semplice" risponde Sutton" perché nelle banche ci sono i soldi!"

Chi può finanziare una ricerca sul Clinical Risk Management?

GLI ASSICURATORI

Rischiosanità

Rivista di Clinical Risk Management nata nel 2001

Dir. Scientifico: G.Marcon

Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare sul Clinical Risk Management (clinici, infermieri, assicuratori, editori, brokers, providers di formazione) (2000)

Realizzazione di una rivista specifica (Rischiosanità) (2001)

Realizzazione di una serie di Workshops sul Clinical Risk Management nelle maggiori città Italiane (2001)

Torino

Milano

Padova

Bologna

Attività Formativa eseguita

1 .Giornata singola, uditorio composito (alfabetizzazione)

- AO Udine, 1 giornata, 2001
- ASL Mantova (medici di base) 1/2 giornata, alfabetizzazione. 2002
- ASL Alto Friuli (medici, Infermieri, Tecnici) alfabetizzazione, 2002
- ASL Thiene (medici, coordinatori) 2 giornate, consenso informato e documentazione, 2002
- ASL Mirano (medici, infermieri) 2 giornate, formazione interprofessionale medici ed infermieri (consenso informato, documentazione clinica)
- Decidere in Medicina, Bologna (medici) 1 giornata alfabetizzazione e formazione,2003
- Decidere in Medicina, Roma (medici) 1 giornata alfabetizzazione e formazione,2005

2. Piano di formazione su più giornate (formazione di base)

- ASL Cesena (medici, coordinatori, tecnici, infermieri, direzione Sanitaria) 6 giornate formazione interattiva sul rischio clinico. 2002)
- ASL Cesena (Direttori) Risk Management e Dipartimenti- 3 giornate, 2003
- ASL Pieve di Soligo (Direttori, coordinatori, copertura totale) 2 giornate, alfabetizzazione e formazione

3. Attività formativa pianificata in più anni (formazione globale)

- ASL Belluno, (commissione per il Rischio Clinico) alfabetizzazione, 2002
- ASL Belluno (Coordinatori) Risk Management ed Organizzazione 2003
- ASL Belluno (infermieri, copertura totale) alfabetizzazione su Nuova Infermieristica, OTAA/OSS e responsabilità (9 edizioni)2003 9 edizioni
- ASL Belluno (copertura totale infermieri e coordinatori) 1 giornata, 9 edizioni, interattiva su Risk management ed attività infermieristica, 2004
- ASL Belluno (copertura totale medici) 2005
- ASL Belluno (visite nella Unità Operative) 2006
- ASL Treviso: progettazione ed avviamento di Sistema di Risk management Aziendale (outcome: installare ed avviare la Funzione Aziendale di Clinical Risk Management). Periodo previsto: 2004/2006

4. Altre attività relative al Clinical Risk management

- Valutazione di rischiosità di Aziende Sanitarie ai fini assicurativi (per conto London Lloyds) con assistenza all'analisi organizzativa, redazione di piano di reingegnerizzazione organizzativa, monitoraggio risultati intermedi e finali

5. Partnership tra provider di formazione, Aziende sanitarie, Assicuratori e Brokers: piani triennali di implementazione di sistemi aziendali di Clinical Risk Management

- ASL Vicenza: piano 2005/2007
- ASL Legnago:piano 2005/2007

Obiettivo del Clinical Risk Management:
Messa in sicurezza e manutenzione del sistema di fornitura delle cure a livello aziendale

A. Tappe dell' intervento

.Identificazione a livello "macro" delle principali aree di rischio clinico

Analisi preliminare della rischiosità storica mediante esame dei claims, delle segnalazioni URP significative, e di campioni di documentazioni cliniche (di base una/due per Unità Operativa), utile per tracciare una prima mappatura della rischiosità aziendale

Identificazione dei processi organizzativi ed operativi di front-line, di back-office e trasversali (aventi caratteristiche di rischio potenziale) mediante interviste e/o visite a livello dipartimentale o di altre articolazioni organizzative

Valutazione della qualità attuale e potenziale di alcuni processi selezionati

Individuazione e valutazione dei principali fattori di sistema aventi effetti attuali o potenziali sul rischio clinico

.Progetto generale

- Formazione di un nucleo di coordinamento (da addestrare al Risk Management Clinico), che garantisca i contatti con le strutture e con le attività trasversali

.Redazione ed implementazione di un piano di formazione, analisi diretta, interventi correttivi

Definizione ed implementazione di un piano di formazione globale del personale professionale dell'Azienda, e di eventuali piani di formazione mirati alla definizione e progettazione degli interventi correttivi dei processi a rischio identificati in base all'analisi sui riscontri dell'analisi diretta (vedi punto D, pagina successiva)

.Individuazione degli indicatori di processo, di attività, di costi, di errori e danni

A partire dalle fasi iniziali dell'intervento si inizierà a definire il sistema di indicatori necessari per misurare i risultati delle fasi del piano

B.Procedimento di avvio

analisi dei claims (presso il Broker. Utile disporre inoltre di un congruo numero di segnalazioni URP significative (vedi A1).

Tempo: 20/30 ore *Esito:* redazione di una prima mappatura generale del rischio clinico
definizione del nucleo di coordinamento del rischio clinico. Tale nucleo è destinato a diventare il riferimento aziendale stabile per il rischio clinico.

Nella fase di formazione sarà il tramite tra team di formazione e le unità operative.

Nelle fasi successive funzionerà da raccordo tra le unità operative/dipartimenti ed il team di formazione.

Composizione di rappresentanti suggerita (numero dei rappresentanti tra parentesi)

- Ufficio Qualità (1)
- Farmacia (1)
- Rappresentati dei dirigenti medici (1) + 1 sostituto
- Rappresentante dei Dipartimenti (1 x n° Dipartimenti)
- Rappresentante dei Direttori di UO (1) + 1 sostituto
- Rappresentante dei Coordinatori e Capotecnici (2) + 1 sostituto
- Rappresentante del Servizio Infermieristico (1) + 1 sostituto
- Rappresentante della Dirigenza Medica (1)
- Rappresentante dei pazienti (1)
- Rappresentante dei medici del territorio (1) + 1 sostituto
- Rappresentante delle strutture aziendali territoriali (1 x struttura)
- Medico Legale (1)
- Rappresentante Direzione Amministrativa (ufficio legale) + 1 sostituto

.Il Nucleo di coordinamento sarà oggetto di una formazione specifica strutturata articolata in 5/6 giornate

Sarà il tramite tra Unità operative, Direzione e Team di formazione/intervento.

Al suo interno si dovranno sviluppare conoscenze e competenze specifiche

Un componente parteciperà alle sedute di formazione estesa (vedi punto C)

Realizzazione: novembre 2005/febbraio 2006

C. Formazione estesa

Obiettivo: alfabetizzazione generale di tutto il personale professionale mediante giornata singola.

Contenuti: 1/3 medici, 1/3 infermieristici, 1/3 interprofessionali e/o trasversali

Modalità didattiche: 1/3 frontale, 1/3 discussione di casi, 1/3 lavoro di gruppo

Composizione aule:

Tipologia 1 : 20/30 persone per 1 aula

medici, infermieri, direttori, coordinatori (preferibile, se possibile, il mix di figure diverse)

Ipotizzabili 30/35 giornate

Tipologia 2: Mattino: due aule parallele

1 aula di medici e direttori (temi medici, mattino)

15/20 persone per 1 aula

1 aula di infermieri e coordinatori(temi infermieristici, mattino)

20/30 persone per 1 aula

Pomeriggio :

1 aula di medici ed infermieri (temi interprofessionali e trasversali, analisi di casi in gruppi)

35/50 persone per 1 aula

Ipotizzabili 30/35 giornate(in base al numero di dipendenti

D. Valutazioni dirette (visita ed interviste) in Unità Operativa/Dipartimento

La valutazione diretta viene preimpostata in base ai riscontri dell'analisi dei claims

Definizione della scala di priorità delle visite nelle UO/Dipartimenti, a partire da quelli con rischio di più elevata

1 a 2 UO per giornata (a seconda della complessità e della rischio di più elevata)

Necessità di presenza di un rappresentante della UO, uno della Dirigenza Medica, uno della Dirigenza Infermieristica.

Struttura della valutazione

Dati da analisi rischio di più elevata storica

Interviste dirette alle figure professionali

Visita Unità

Aree di valutazione

Rischio di più elevata generale

Valutazione dei processi operativi

Valutazione dei processi organizzativi

Rischio di più elevata nei processi trasversali, di team, interprofessionali

Rischio di più elevata derivante dal sistema

Rischio di più elevata da dipendenze operative e funzionali

Esito della valutazione

Quadro e priorità dei problemi relativi alla sicurezza del paziente

Definizione degli interventi correttivi e degli indicatori

Progettazione guidata degli interventi correttivi

Verifica dei risultati

D1 (parallela alla D)

Definizione delle modalità di segnalazione di errori, danni ed incidenti

Definizione delle modifiche organizzative da implementare per ridurre errori e danni

Formazione alla “root analysis” (1 rappresentante medico ed infermieristico per UO o dipartimento, + 1 rappresentante del nucleo di coordinamento)

Esame (guidata dal team di formazione e del nucleo di coordinamento) “in itinere” di eventuali errori, danni od incidenti che si verificassero o di casi preformati

Follow-up dei progetti in corso

D2 Analisi incidenti e danni gravi

Nel caso si manifestino incidenti o danni gravi, disponibilità da parte del team di formazione ad esaminare tempestivamente gli incidenti sul piano organizzativo/manageriale utilizzando l'analisi come momento di formazione (con la presenza di un rappresentante della UO, uno della Dirigenza Medica, uno della Dirigenza Infermieristica.

Obiettivo: autonomizzare l'Azienda nell'analisi degli incidenti

E. (opzionale)

Incontri informativi periodici (trimestrali? altra frequenza?) tra team di formazione e nucleo di coordinamento relativi a:

-nuove conoscenze ed evidenze relative al rischio clinico

-altri problemi relativi al rischio clinico

Costituzione di gruppi di ASL (es. provinciali) con programma di incontri periodici di formazione ed aggiornamento (anche in teleconferenza)