

FONDAZIONE ARTURO PINNA PINTOR

Simposio

Dalla Qualità percepita alla percezione dell'errore medico.
Metodologia integrata per l'individuazione dell'errore medico



L'esperienza della Regione Toscana

Riccardo Tartaglia

rischio.clinico@regione.toscana.it

www.salute.toscana.it

Torino, 15 Ottobre 2005

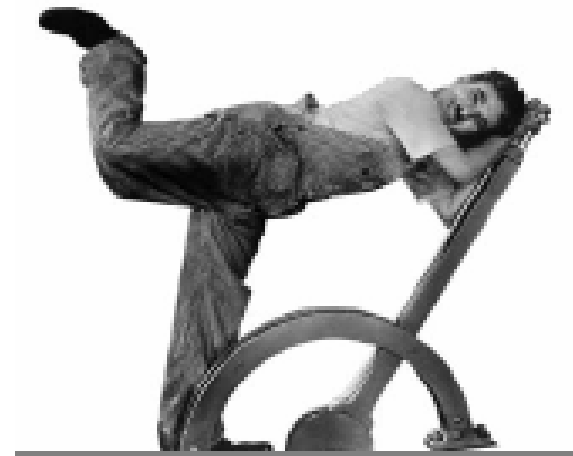
New York Times 19 Agosto 2005

THE HUMAN FACTOR or ERGONOMICS

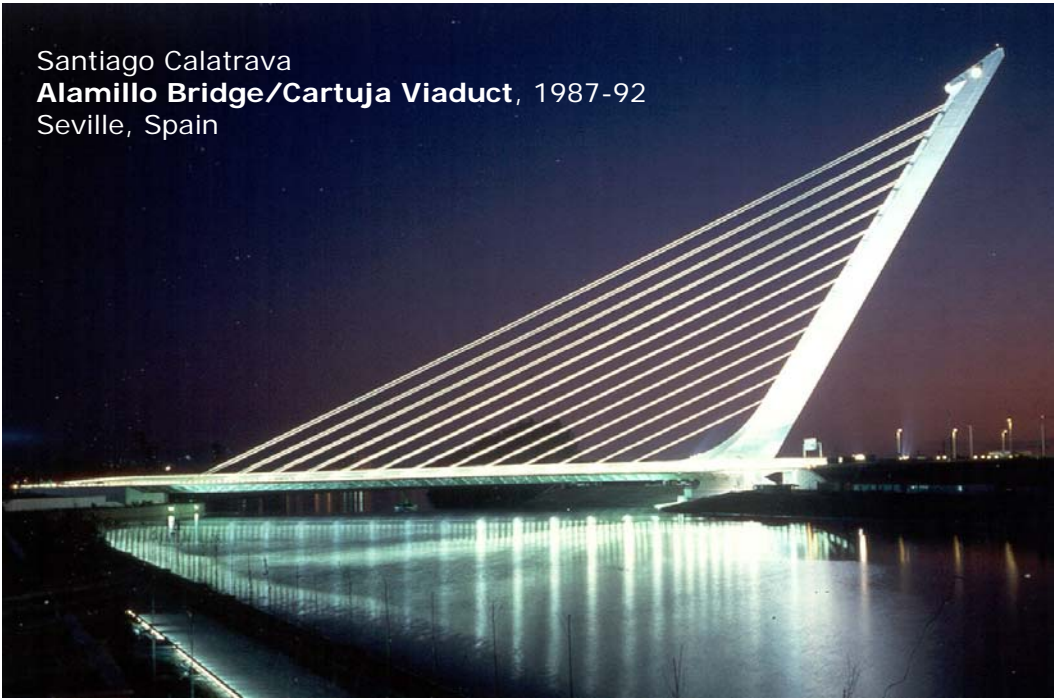
*"We cannot change the human beings
but we can change the conditions
under they work"*

(James Reason, 2003)

We must build systems that
are fitted to workers and not
workers to be fitted to
systems



ERGONOMICS BETWEEN QUALITY AND SAFETY



Santiago Calatrava
Alamillo Bridge/Cartuja Viaduct, 1987-92
Seville, Spain

Quality

Safety

ERGONOMICS



ERGONOMICS AND HUMANIZATION

Care



Cure

HUMANIZATION

Il Ponte Vecchio
attributed a Neri di Fioravante, 1345



Il rischio clinico in Toscana

Il Servizio Sanitario Regionale spende circa 40 milioni di euro/anno per assicurare la responsabilità professionale degli operatori

Non esisteva prima del 2004 un sistema informativo regionale per il monitoraggio degli eventi avversi

Alcuni ospedali avevano difficoltà a trovare una compagnia disposta ad assicurarli

Molte buone pratiche di gestione del rischio sono presenti nelle strutture sanitarie

Costituzione nel 2004 del Centro regionale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente

La Gestione del Rischio Clinico in Toscana

Mission

Promuovere la cultura della comunicazione e gestione dei rischi, con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario nelle iniziative per la sicurezza del paziente

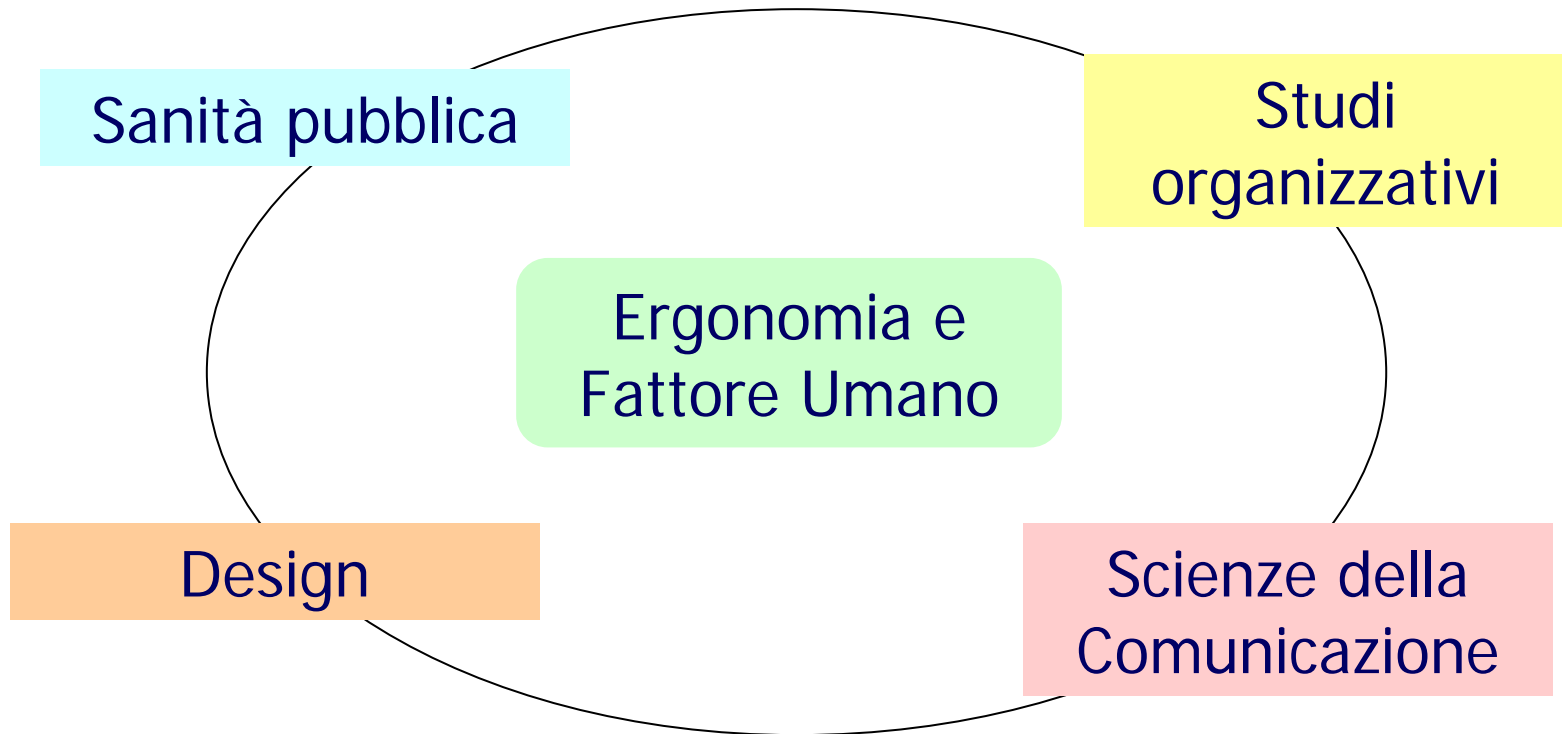
Goals

Medio termine > il sistema GRC in ogni azienda

Breve termine > Campagne per la sicurezza del paziente

La Gestione del Rischio Clinico in Toscana

Approccio interdisciplinare



La Gestione del Rischio Clinico in Toscana

Ogni azienda è tenuta ad avere:

Un Clinical Risk Manager

Il gruppo aziendale GRC

Il comitato per la sicurezza del paziente

Un facilitatore per ogni struttura complessa

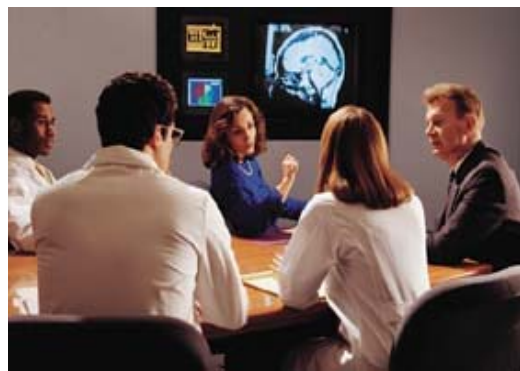
Ogni area vasta ha:

Un coordinamento gestione rischio clinico e polizze assicurative



La Gestione del Rischio Clinico in Toscana

Promuovere
una nuova cultura



Step 3
La GRC come
pratica



Step 1
Impegno
pubblico dei
leader



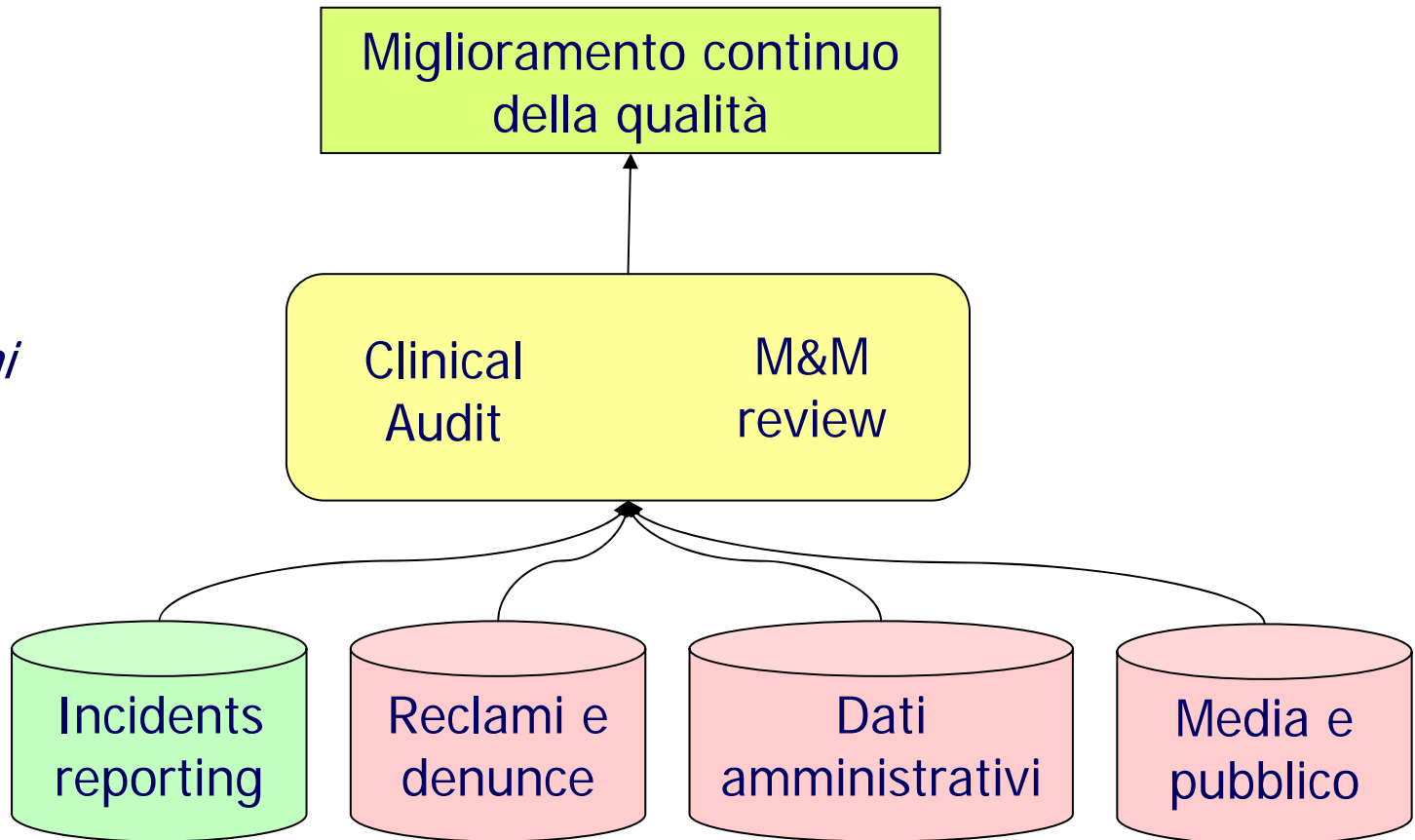
Step 2
Training

Il sistema GRC

*Prevenzione
dei rischi*

Analisi dei rischi

*Identificazione
dei rischi*



GLI ERRORI DI TERAPIA



I PROGETTI



SCHEDA TERAPEUTICA UNICA



FARMA-MEMO

LE INFEZIONI OSPEDALIERE



I PROGETTI

LE MANI PULITE



In ospedale le mani sono il veicolo più comune attraverso il quale si trasmettono i microrganismi responsabili di infezioni. L'igiene delle mani quindi è la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni.

Il numero di batteri normalmente presenti sulle mani può aumentare anche di cento o mille volte compiendo semplici gesti assistenziali che prevedono il contatto con il paziente, la biancheria e le attrezzature presenti in stanza. Rendere più facile la pratica del lavaggio delle mani per gli operatori e per gli utenti diminuisce in maniera significativa il numero di infezioni che colpiscono i pazienti.

Lavati le mani con acqua e sapone prima e dopo il contatto con qualunque paziente, dopo aver toccato qualsiasi oggetto presente in ospedale, e quando esci dall'ospedale.

Se un lavandino non è disponibile nelle immediate vicinanze può essere conveniente sostituire il lavaggio tradizionale utilizzando un gel a base alcolica.

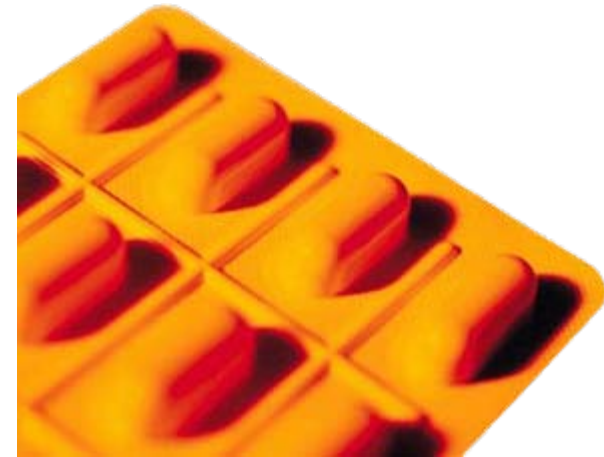
Per questo motivo in alcuni reparti di questo ospedale è in corso una sperimentazione sull'efficacia dell'utilizzo del gel.

L'incaricato "Le mani pulite" promuove le pratiche di igiene delle mani per operatori sanitari, pazienti e visitatori, al fine di ridurre le infezioni contratte in ospedale.

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

SST Servizio Sanitario della Toscana

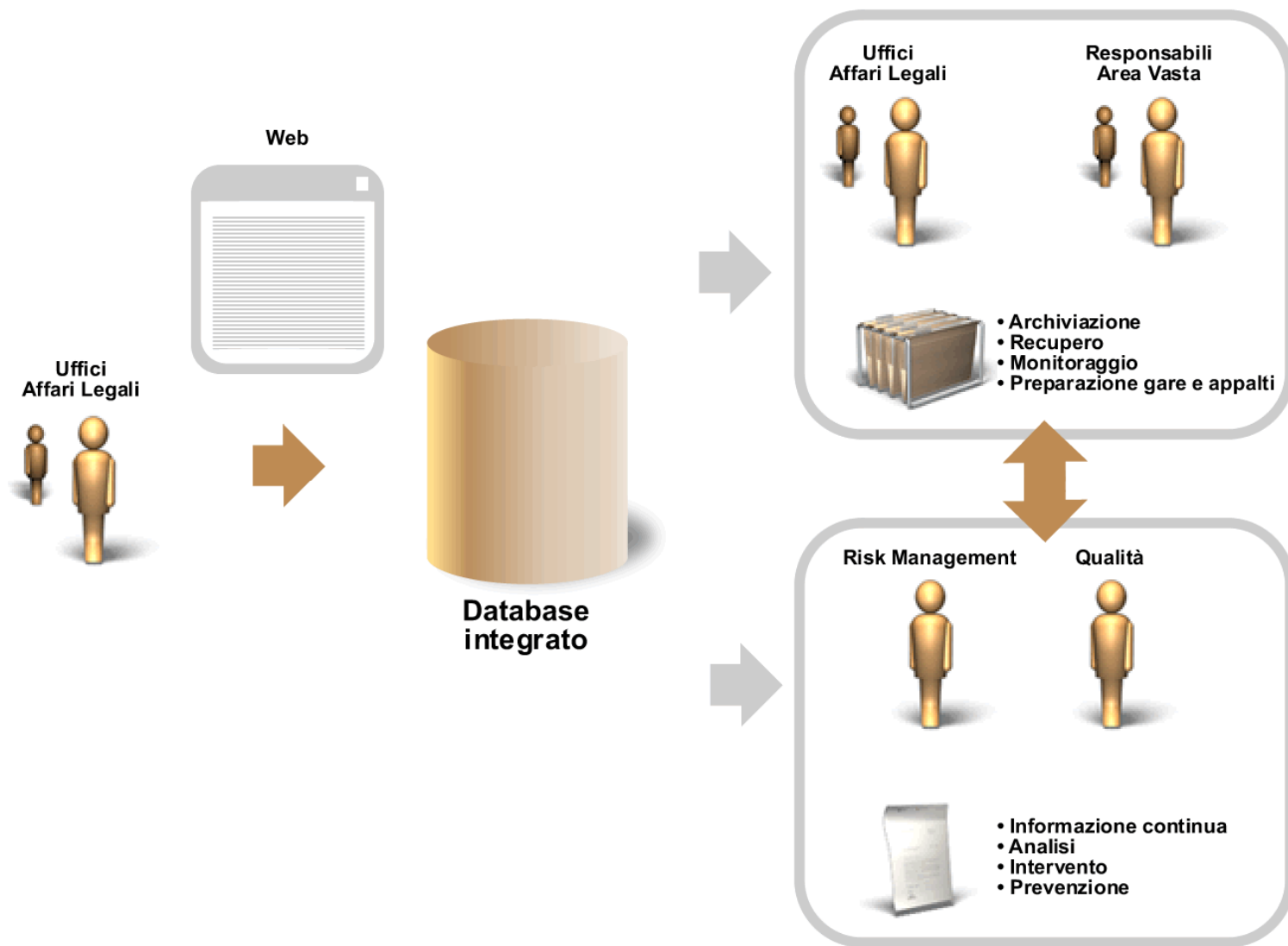
In collaborazione con:
Società Italiane di Malattie Infettive e Tropicali
Sezione Toscana



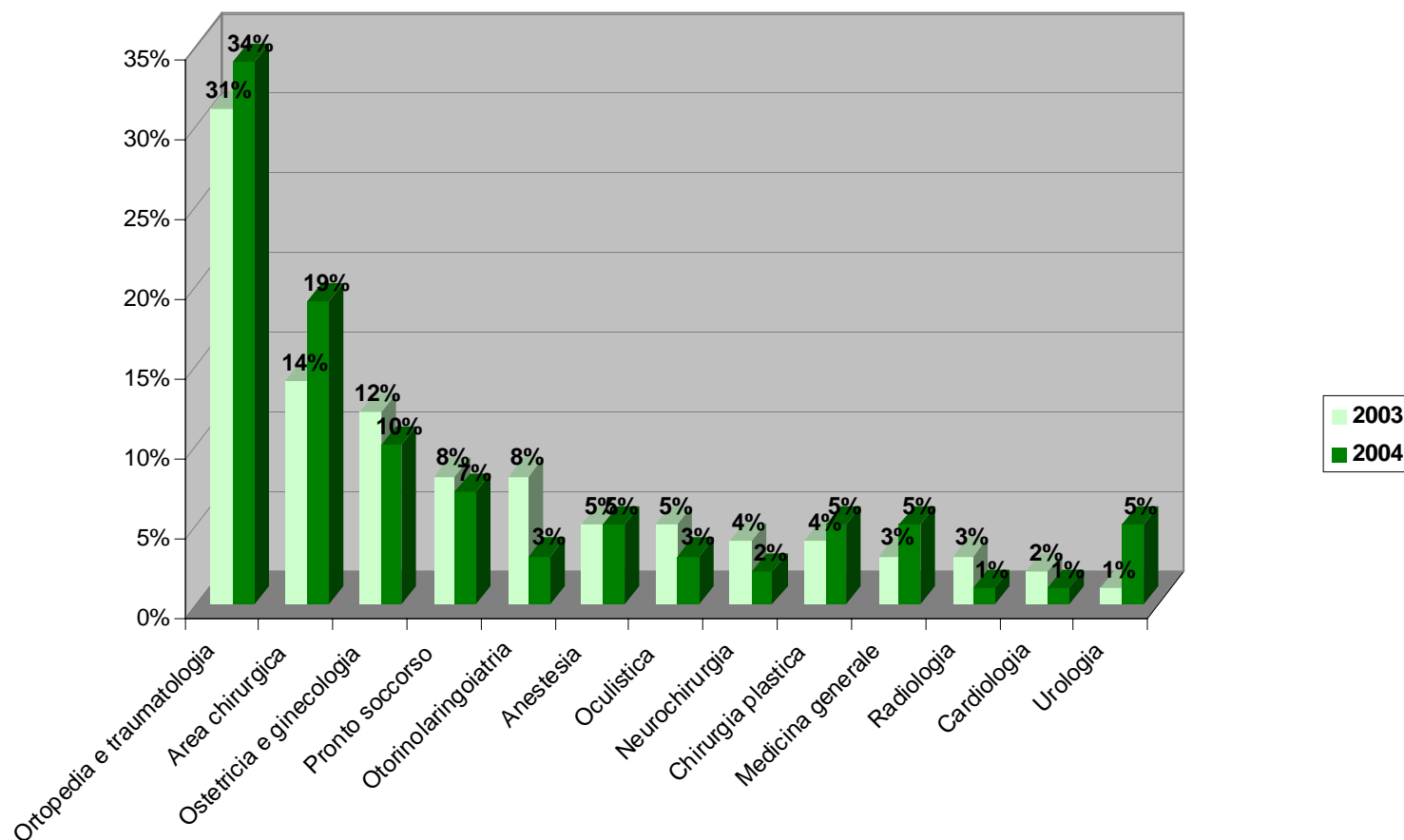
L'ANTIBIOTICO GIUSTO AL MOMENTO GIUSTO

LE MANI PULITE

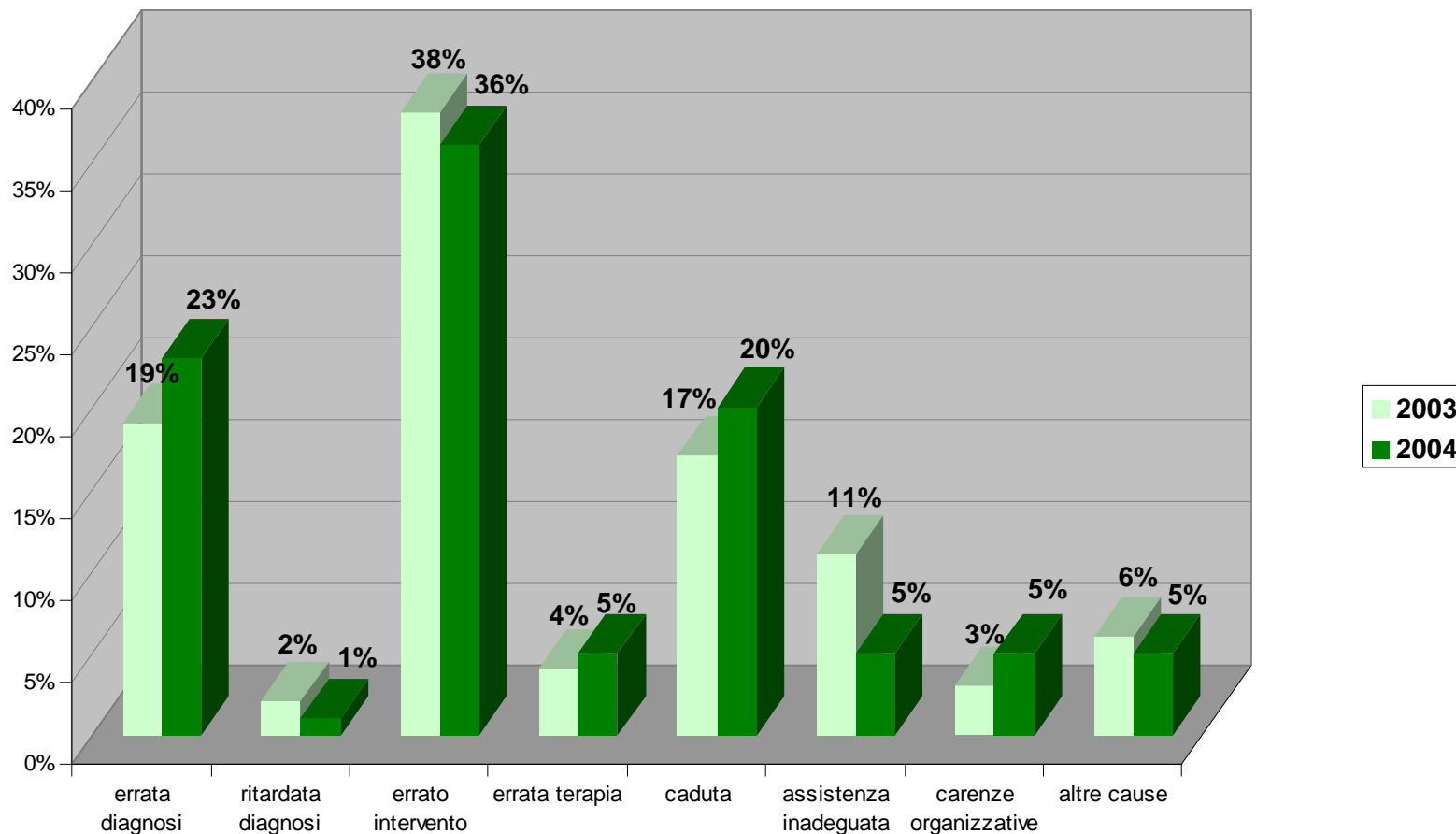
Verso un sistema integrato di gestione degli EA



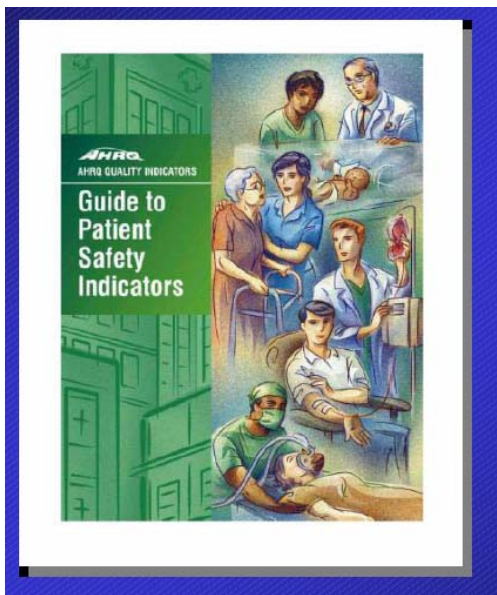
Frequenza dei sinistri per specialità



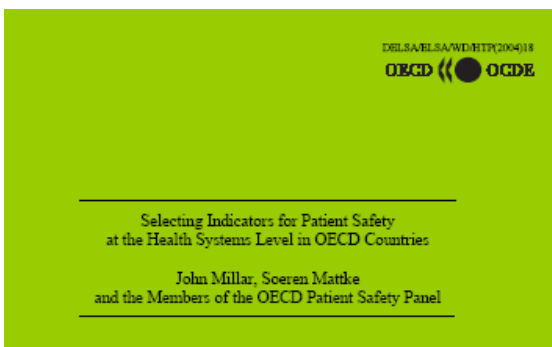
Cause più frequenti di eventi avversi



Patient safety indicators



- **Punture accidentali e lacerazioni**
- **Trauma alla nascita – lesione neonatale**
- **Complicanze da anestesia ***
- **Mortalità nei DRG a bassa mortalità**
- **Ulcera da decubito**
- **Failure to rescue**
- **Corpi estranei lasciati durante un'intervento**
- **Pneumotorace iatrogeno**
- **Trauma ostetrico - parto cesareo**
- **Trauma ostetrico - parto vaginale strumentale**
- **Trauma ostetrico - parto vaginale non strumentale**
- **Ematoma o emorragia post-operatori**
- **Frattura del femore post-operatoria**
- **Squilibri fisiologici e metabolici post-operatori**
- **Embolia polm. o trombosi venosa prof.post-operatorie**
- **Insufficienza respiratoria post-operatoria**
- **Sepsi post-operatoria**
- **Deiscenza di ferita interventi chirurgici pelvico-addominale**
- **Infezioni selezionate attribuibili a cure mediche**
- **Reazioni trasfusionali ***



Patient safety indicators

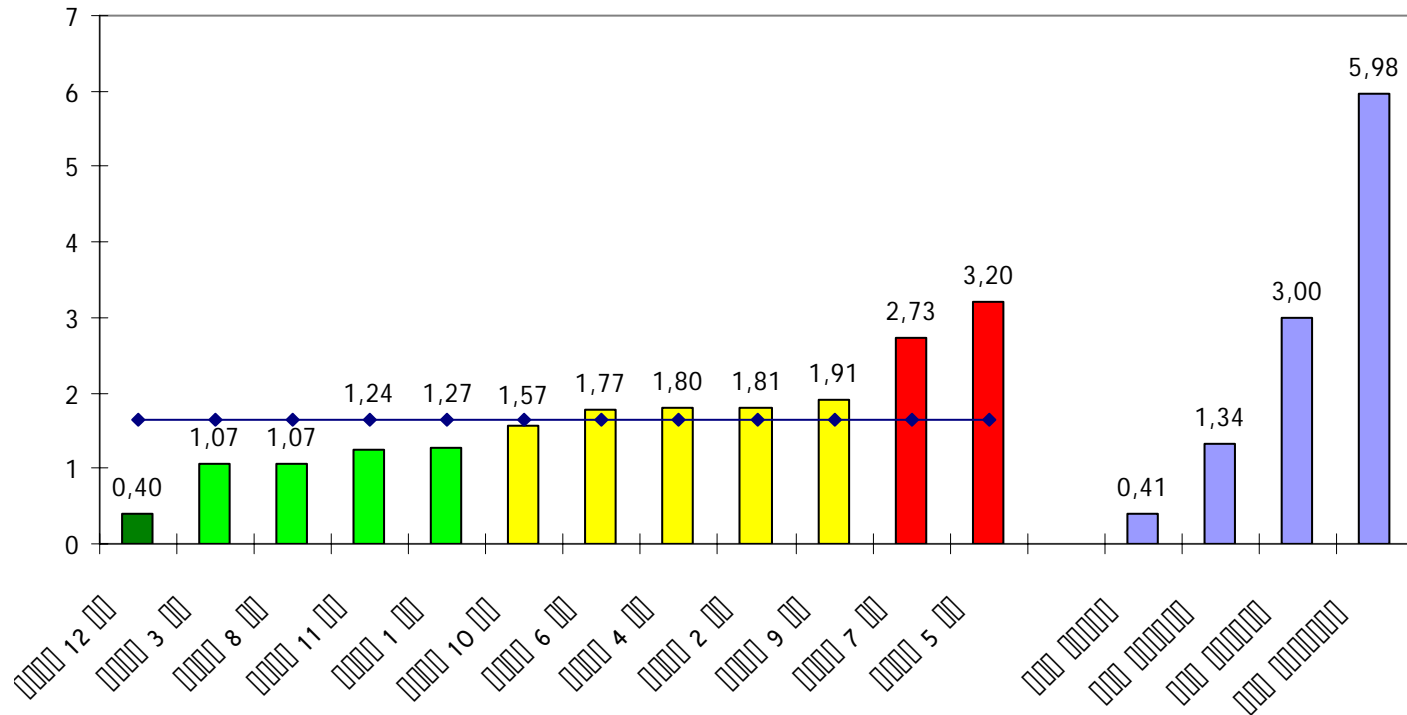
Definizione:	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
Numeratore:	Dimessi con codici ICM-9-MC per trombosi venosa profonda o embolia polmonare in ogni campo di diagnosi secondaria
Denominatore:	Numero dimessi con DRG chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero dimessi con embolia polmonare e/o trombosi venosa profonda in diagnosi secondaria}}{\text{Numero dimessi con DRG chirurgico}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p><i>Codifiche ICD-9 CM:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Embolia polmonare: 415.11; 415.19 ♦ Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9 <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - I dimessi con diagnosi principale di embolia polmonare o trombosi venosa profonda - I dimessi appartenenti alla MDC 14 - I pazienti con procedura principale di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa è l'unica procedura effettuata - I pazienti con procedura secondaria di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa procedura viene eseguita il giorno stesso o il precedente dell'intervento principale
Fonte:	<p>Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO</p> <p>Si fa riferimento a: "AHRO_Patient Safety Indicators", PSI 12 – Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis</p>
Parametro di riferimento:	<p>Media regionale</p> <p>Tasso di popolazione (USA, 2002): 8.83 per 1.000 pazienti a rischio</p>
Significato:	L'indicatore intende identificare i casi di trombosi venosa profonda/embolia polmonare insorti in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. E' utile per valutare l'efficacia (appropriatezza, tempestività, durata) della prevenzione di malattia tromboembolica del paziente chirurgico.

Patient safety indicators

Azienda	Tasso di embolie polmonari / trombosi venose profonde post-chirurgiche	N. embolie polmonari / trombosi venose profonde post-chirurgiche	N. dimessi con DRG chirurgico
AUSL	1,266	13	10.271
AUSL	1,806	18	9.965
AUSL	1,068	14	13.103
AUSL	1,799	17	9.451
AUSL	3,197	18	5.630
AUSL	1,765	26	14.729
AUSL	2,734	14	5.120
AUSL	1,072	19	17.716
AUSL	1,906	19	9.967
AUSL	1,573	27	17.160
AUSL	1,238	12	9.692
AUSL	0,402	4	9.953
MEDIA AUSL	1,652	17	11.063

AOU	1,338	43	32.136
AOU	3,000	43	14.331
AOU	5,975	202	33.807
AOU	0,406	1	2.463

Patient safety indicators



- +** CONOSCENZA DEI RISCHI (database sinistri, contenzioso, SDO)
- RISCHIOSITA'
- =** ARRIVARE ORGANIZZATI ALL'INCONTRO CON LE ASSICURAZIONI

Il confronto con il sistema assicurativo

Il passato



Il presente



Attestare le buone pratiche di gestione del rischio e diffonderle mediante i CRM

Attivare la collaborazione con i medici legali per lo studio dei casi

Operare in sinergia operatori sanitari e colleghi dell'area amministrativa per articolare le polizze in base ai rischi

Non delegare a consulenti esterni la gestione del rischio o a strutture ad hoc

Convincere sulla inutilità della “blame culture”

Non sovrapporre attività dovute (inchiesta interna) alla gestione del rischio

Considerazioni finali

I professionisti della sanità sentono il bisogno di cambiamento

I pazienti chiedono sempre più qualità e sicurezza

Stakeholders possono dare un contributo sostenendo e promuovendo le iniziative per la sicurezza del paziente

La Gestione del Rischio Clinico è una responsabilità di tutti, quindi deve essere partecipativa per rinforzare la fiducia tra aziende, professionisti e pazienti

Grazie per l'attenzione

“I problemi che abbiamo oggi non saranno mai risolti all'interno della stessa cultura che li ha generati”

