

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

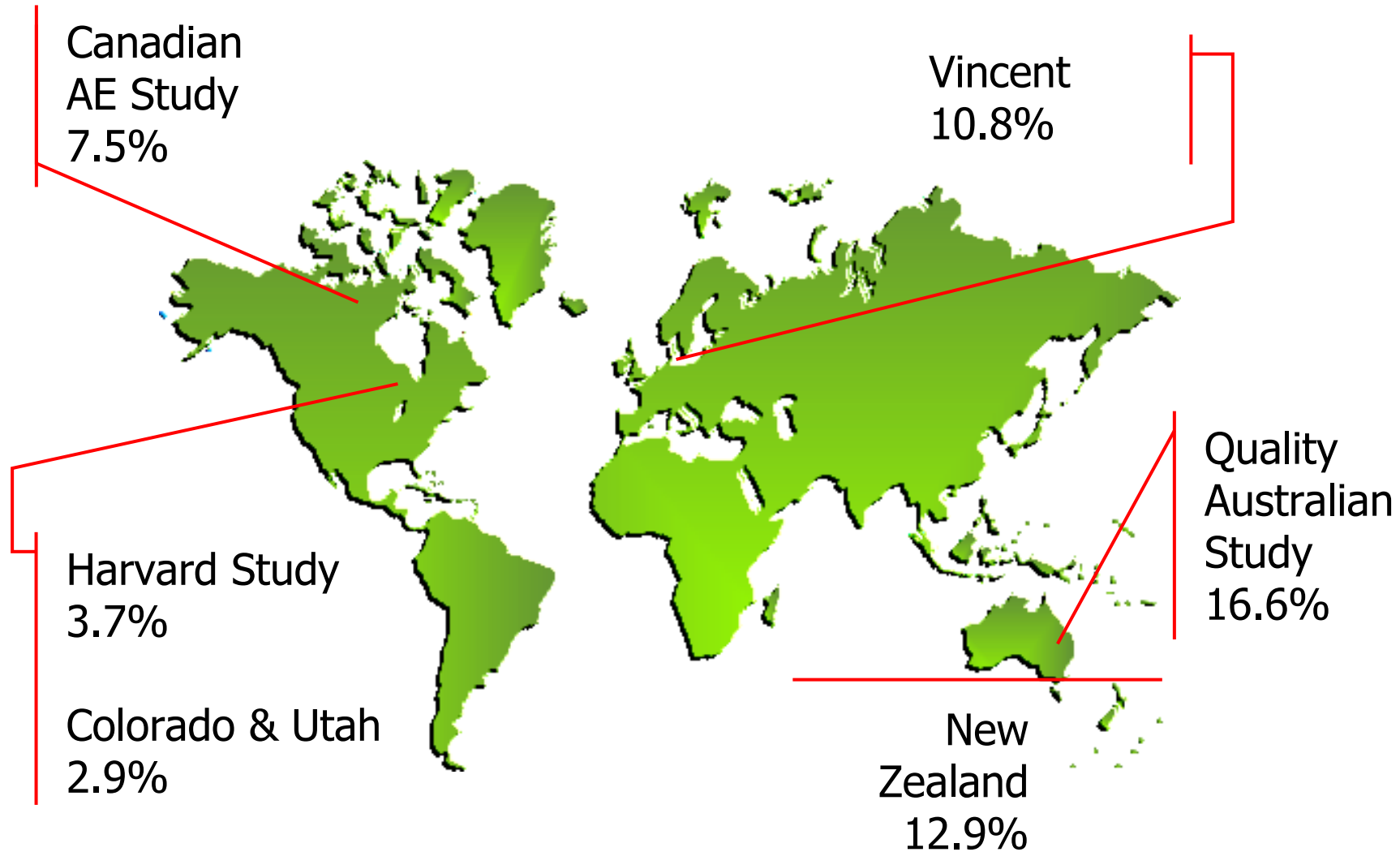
Viola Damen

Sistemi di gestione del rischio



- Mirano a “prevenire quegli eventi che impediscono alle organizzazioni di raggiungere i propri obiettivi”

La nascita della gestione del rischio clinico



Le dimensioni del rischio clinico

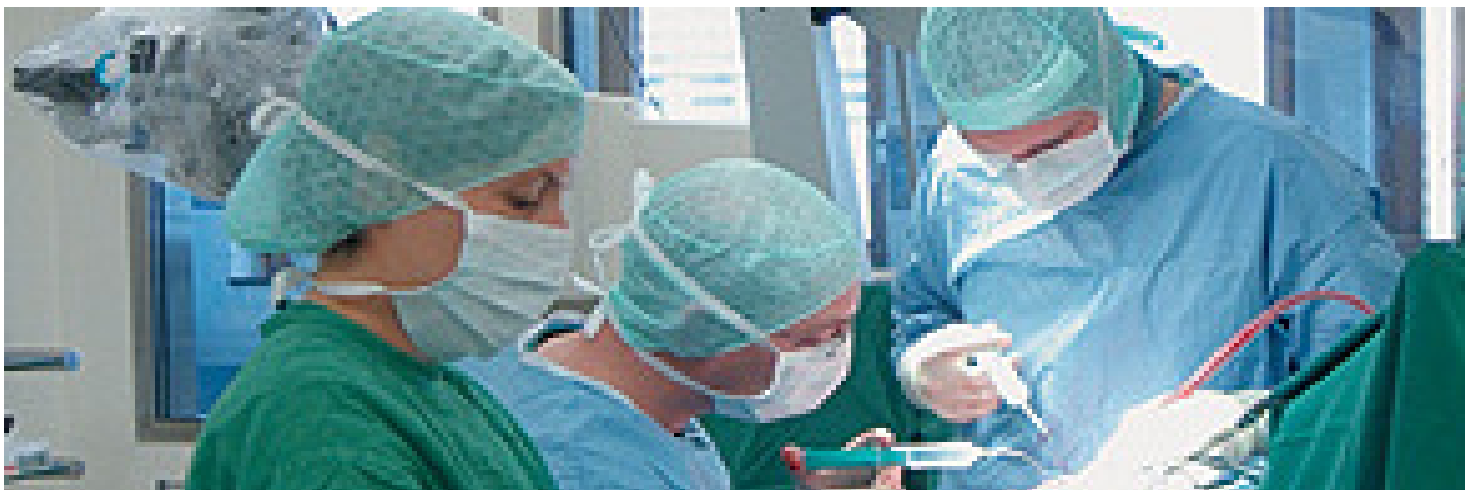
- Le conseguenze legali
- I costi assicurativi
- Il danno di immagine
- La qualità delle cure

Gestione del rischio clinico



La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi per i pazienti, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile.

Il rischio clinico nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze



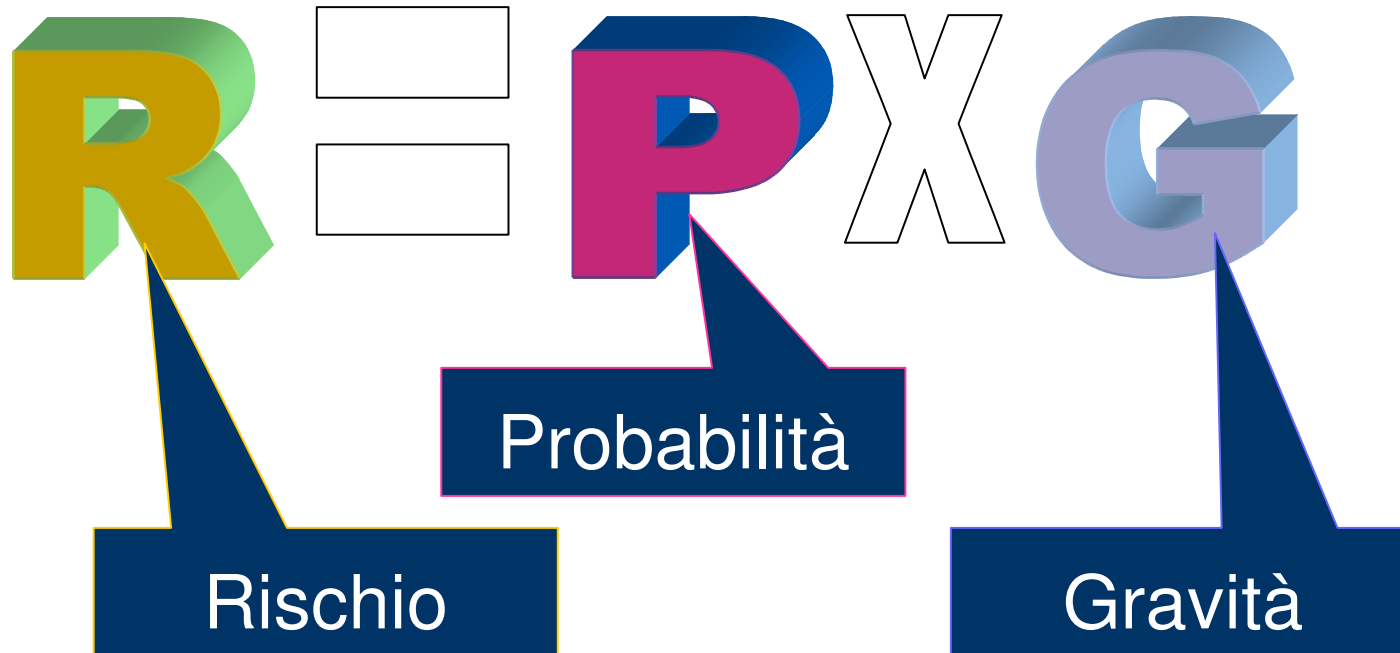
Perché a volte le cose non funzionano... ovunque

- "Nella mia città ci sono due videonoleggi – Blockbuster e West Coast Video. Ho noleggiato Pleasantville da Blockbuster e l'ho restituito a West Coast Video la sera successiva. Di solito non faccio questo errore, solo qualche volta. Quando riguarda delle videocassette è un inconveniente, quando riguarda la Vincristina è letale. Eppure è lo stesso errore."

Berwick (BMJ 2001)

Rischio

- È la possibilità che si verifichi un evento sfavorevole o dannoso.



Percezione del rischio

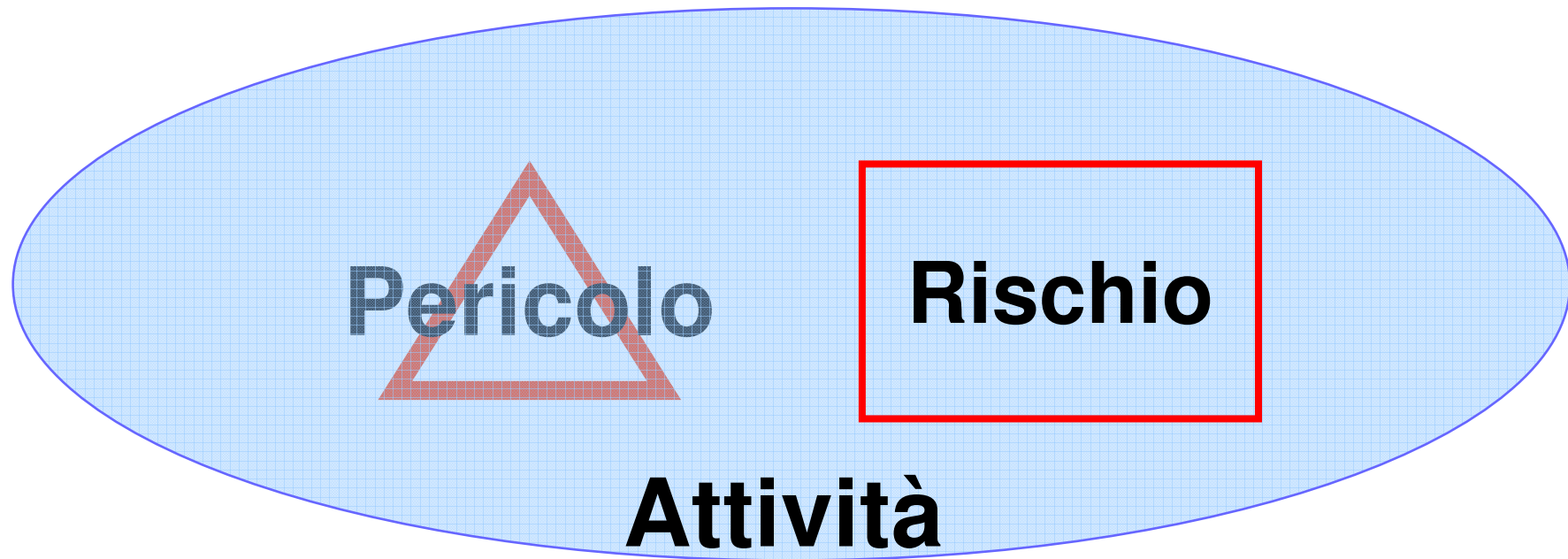
- L'incertezza dei dati scientifici
- il potenziale catastrofico
- la conoscenza abituale
- la comprensione del fenomeno
- la controllabilità
- la volontarietà
- gli effetti sulle generazioni future
- l'attenzione dei media

Pericolo



- Situazione causa potenziale di danno.

Il rapporto tra pericolo e rischio



Evento

- Accadimento che ha dato o che aveva la potenzialità di dare origine ad un danno per il paziente.

Evento avverso

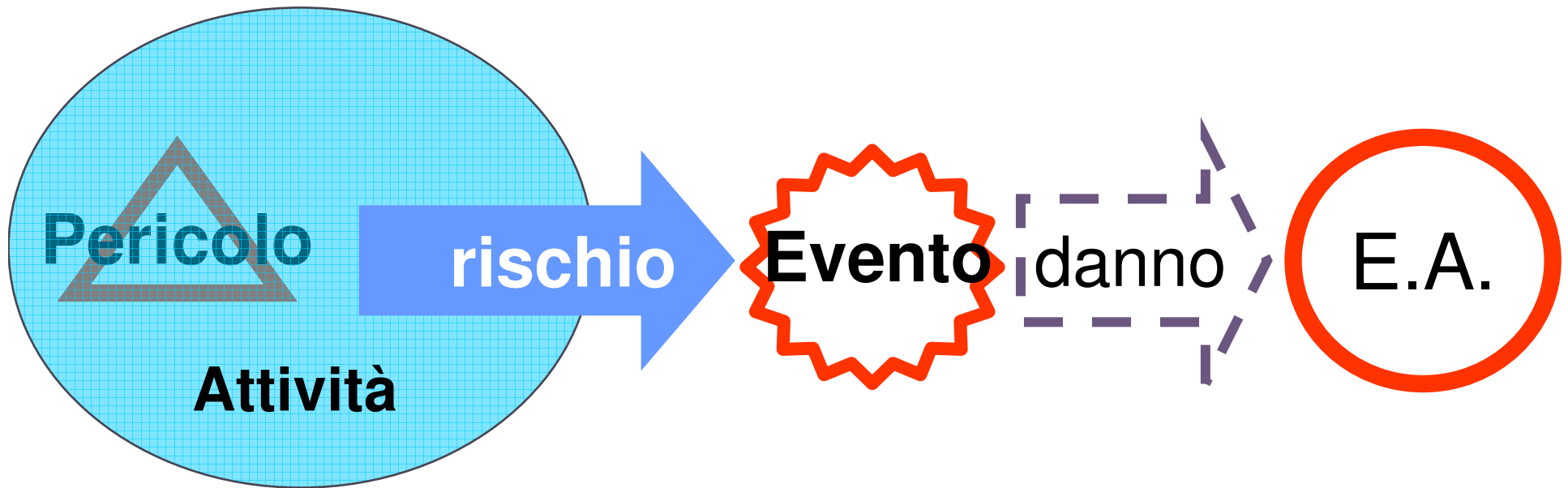


- Un danno per il paziente causato dal trattamento sanitario piuttosto che dalla patologia sottostante.

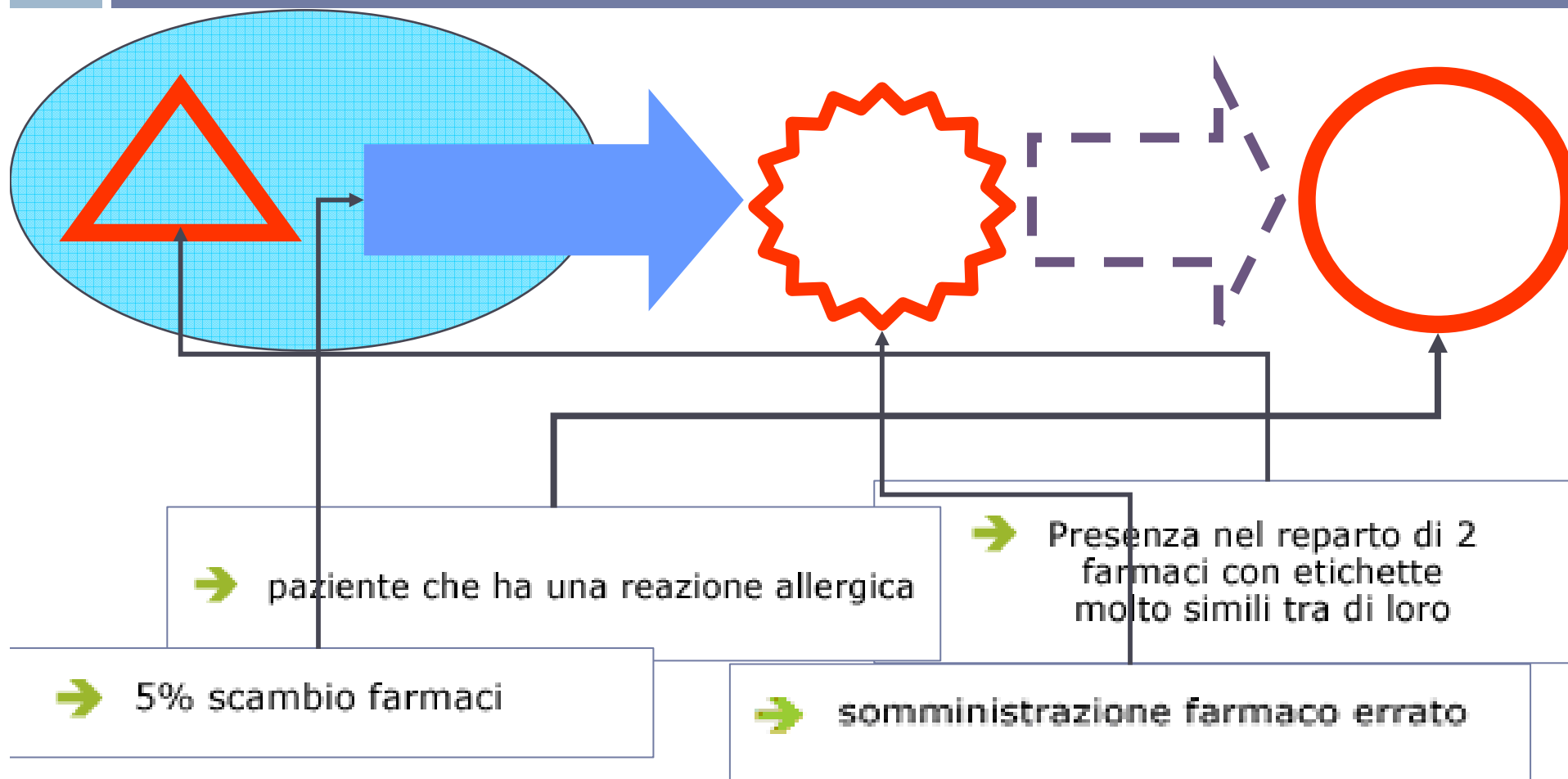
Near-miss



- Si tratta di situazioni ad elevato potenziale di rischio, che solo per ragioni fortuite o per l'intervento tempestivo di un operatore non hanno determinato un evento.



Esercizio



Prevenibilità



- Non tutti gli eventi sono prevenibili.
- Solo gli eventi avversi prevenibili sono oggetto della gestione del rischio

Un caso

- È la “storia” del paziente?
- È un percorso terapeutico?
- È una cosa che succede tutti i giorni?
- È una cosa che “da noi non sarebbe mai successa”?
- È un evento avverso?



LA GENESI DEGLI ERRORI NEI SISTEMI COMPLESSI

Esito sfavorevole

Trattamento adeguato

E.A. non prevenibile

Trattamento non adeguato

E.A. prevenibile

Esito favorevole

Trattamento adeguato

OK

Trattamento non adeguato

Near-miss



Cosa rende il trattamento inadeguato?



- Inidoneità di quanto pianificato al raggiungimento dello scopo = errore di pianificazione
- Azione od omissione che determina insuccesso nel compimento di una azione pianificata come disegnata = errore di esecuzione

Lavoriamo in un sistema complesso?

- Multi-disciplinarietà e multi-professionalità
- Variabilità dei processi
- Alto grado di innovazione

- Elevata frequenza di emergenze
- Incertezza della pratica medica
- Vulnerabilità dei pazienti

- ...
- ...
- ...

l'errore nei sistemi complessi



1970

L'Approccio ingegneristico

1980


Il fattore umano

1990

L'Approccio sistemico

2000

High reliability organizations



La vera attitudine professionale del pilota era definita con il classico “avere la stoffa”. Chi la possedeva aveva le caratteristiche del buon aviatore, grandi abilità e grandi risorse psicofisiche individuali.

Pezzopane, 1999



**L'uomo è la causa principale di errore nei sistemi
ad alta automazione e complessità**

60-80%


Se l'uomo è la causa dell'errore?

- Perché spendere tempo e risorse nello studio di modelli dell'errore e della sicurezza quando bastano, buoni sistemi automatici, una buona manutenzione e una buona normativa?



**Volereste da Milano a New York su un
aereo senza piloti?**

***Vi fareste operare da un sistema
robotizzato senza chirurgo?***



**If a machine is expected to be infallible,
it will not be intelligent;
if it is expected to be intelligent, it will
not be infallible.**

A. Turing

Approccio basato sulla persona

- Limitata capacità di lavoro
- Limitata capacità di attenzione
- Adattamento dei dati alle proprie teorie
- Incapacità di elaborare elevate quantità di dati
- Short-term memory
- Attenzione
- Calcolo

Classificazione degli errori

In base al tipo di competenze in gioco:

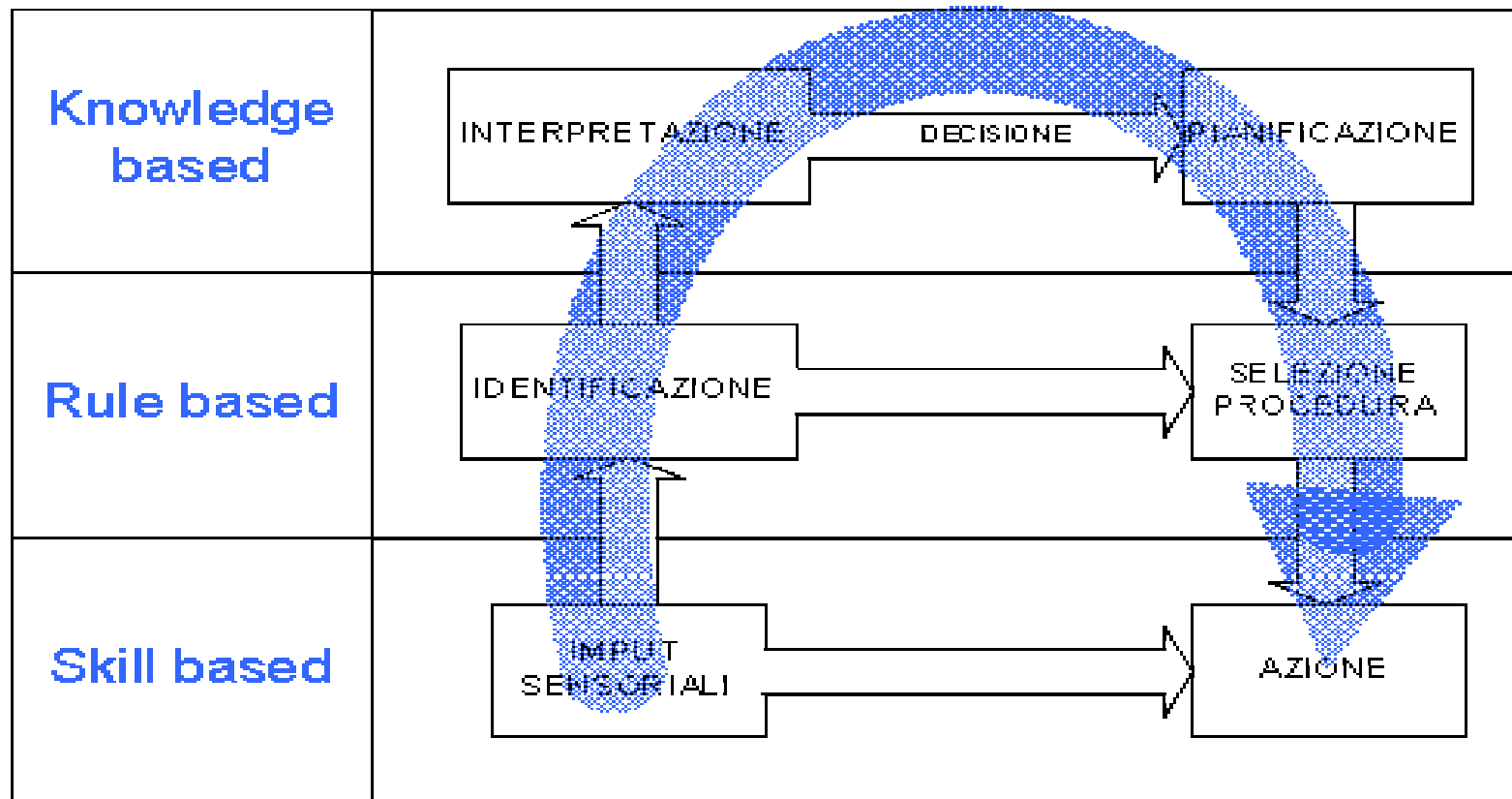
- SKILL BASED
- RULE BASED
- KNOWLEDGE BASED

Abilità Automatiche

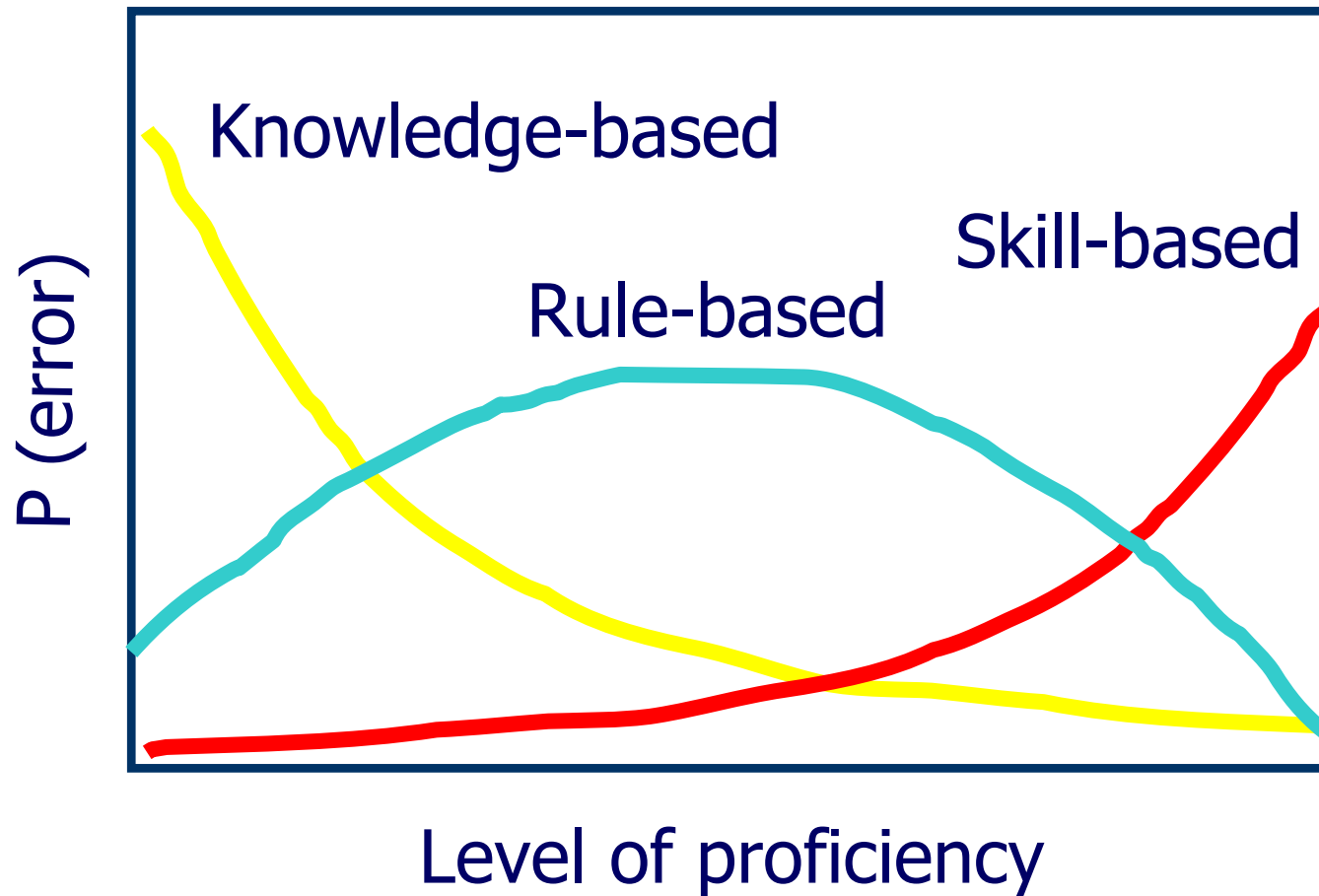
Applicazione di regole

Capacità di ragionamento

I livelli cognitivi di controllo

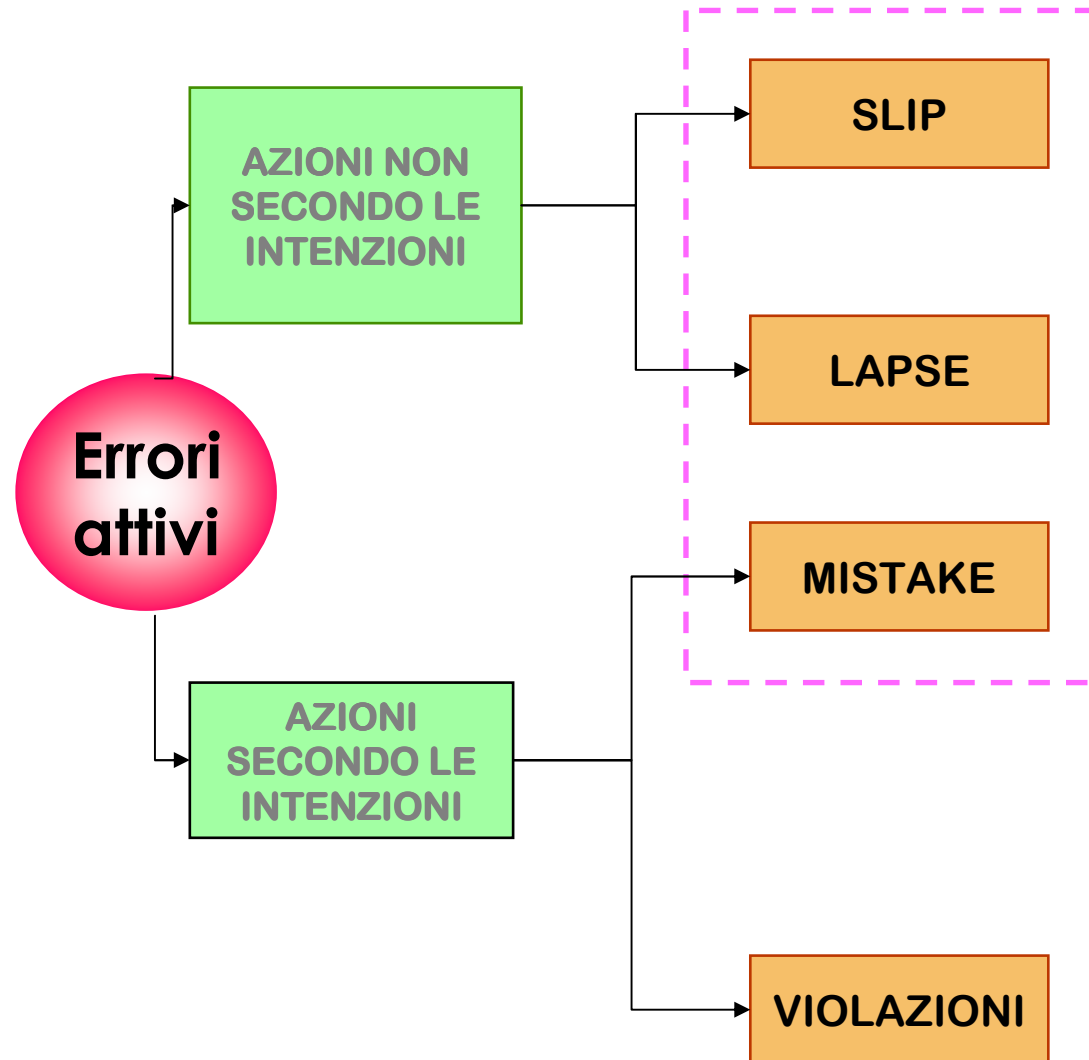


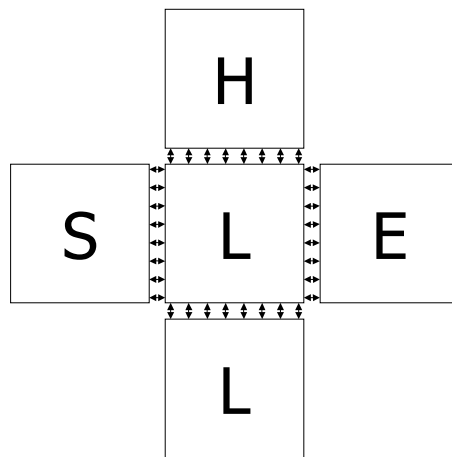
La pratica modifica il tipo di errori




Reason, 2002

Errori e violazioni





- ✓ **Strutture**
- ✓ **Attrezzature**
- ✓ **Formazione**
- ✓ **Organizzazione**
- ✓ **Caratteristiche individuali**
- ✓ **Cultura organizzativa**
- ✓ **....**

- 
- **La sicurezza è una proprietà emergente del sistema, non è riconducibile al buon funzionamento dei suoi singoli elementi, ma all'interazione complessa tra essi.**



Il contributo degli operatori alla sicurezza



- Se dall'errore umano deriva l'insicurezza è altrettanto vero che la maggior parte degli incidenti sono evitati grazie alla capacità degli operatori di gestire l'imprevisto, di adattarsi alla situazione di pericolo individuando soluzioni innovative.

Imparare dall'errore



- Gli errori tendono a ripetersi
- Gli errori hanno una componente di sistematicità
- Gli errori sono prevenibili
- Si può imparare dagli errori.



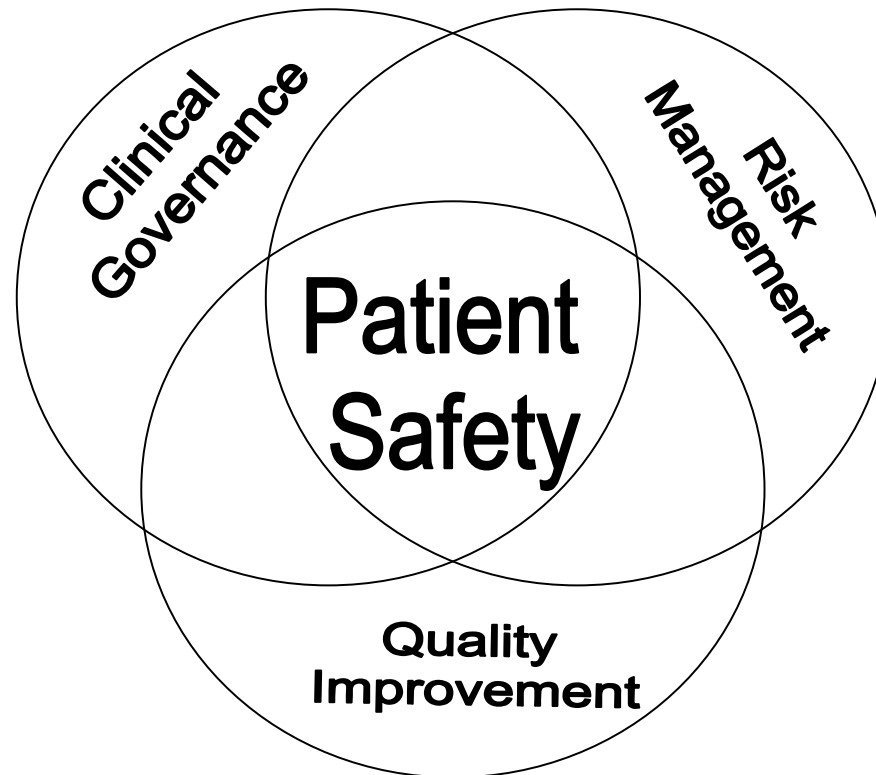
IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E L'ACCREDITAMENTO

L'accreditamento

- 8.5 Sono redatte procedure per la sicurezza dei pazienti e degli operatori?

- È tutto qui?

Il modello australiano



Vincent C.:

Risk, safety, and the dark side of quality.

BMJ 1997;314:1775.



Sinergie concettuali



- Focus sull'organizzazione
- Visione sistemica
- Approccio al miglioramento continuo

Sinergie operative

- Analisi dei processi
- Valutazione
- Identificazione delle criticità
- Comunicazione
- ...

Gestione del rischio e qualità



QUALITY ASSURANCE

GETTING IT RIGHT MORE OFTEN

CLINICAL RISK MANAGEMENT

GETTING IT WRONG LESS OFTEN

La gestione del rischio in RER

Fine anni '90

- Forte interesse della letteratura agli errori in Medicina
- Attenzione dei mass media agli episodi di malasanità
- Crisi di assicurabilità (aumento premi/franchigie, abbandono del mercato)
- Maggiore consapevolezza dei pazienti/ utenti

Un gruppo di progetto in Emilia-Romagna



PSR- ER 1999 - 2001 il tema del RM viene affrontato:

- Nell'ambito delle azioni per il Governo Clinico
- Per promuovere una cultura 'positiva' della sicurezza
- integrando approcci multiprofessionali e multidisciplinari
- in coerenza con il percorso di accreditamento istituzionale

Un gruppo di progetto in Emilia-Romagna

PSR- ER 1999 – 2001:

‘il governo clinicosi esercita attraverso l’uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativi-gestionali tesi ad evitare i rischi, ad individuare tempestivamente e apertamente gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori, a disseminare la buona pratica clinica, a garantire che siano in opera adeguati strumenti per il miglioramento continuo della qualità’.

Il governo clinico



QUALITY

SAFETY IN FACILITIES

**WORKER
SAFETY**

PATIENT SAFETY

CLINICAL RISK

1999

Quali strumenti?

“gli strumenti attualmente a disposizione sono stati progettati in ambiti diversi da quello sanitario ed applicati principalmente a livello internazionale e quindi in contesti culturali, organizzativi e legislativi diversi da quello locale.”

Gli strumenti

analisi dei flussi informativi

check-list

incident reporting

F.M.E.A. audit clinico

linee guida

Root cause analysis

revisione della documentazione clinica

Attualmente



- Incident reporting applicato in modo sistematica alla rete ospedaliera
- RCA sperimentata nelle aziende come strumento per la valutazione del rischio
- FMEA utilizzata per l'analisi di processi ad alto rischio

Gli strumenti “esistenti”

- PDCA
- Procedure/procolli/linee-guida
- Check-list (es. accreditamento)
- Audit clinico
- Indicatori e standard
- Flussi informativi
- Documentazione clinica

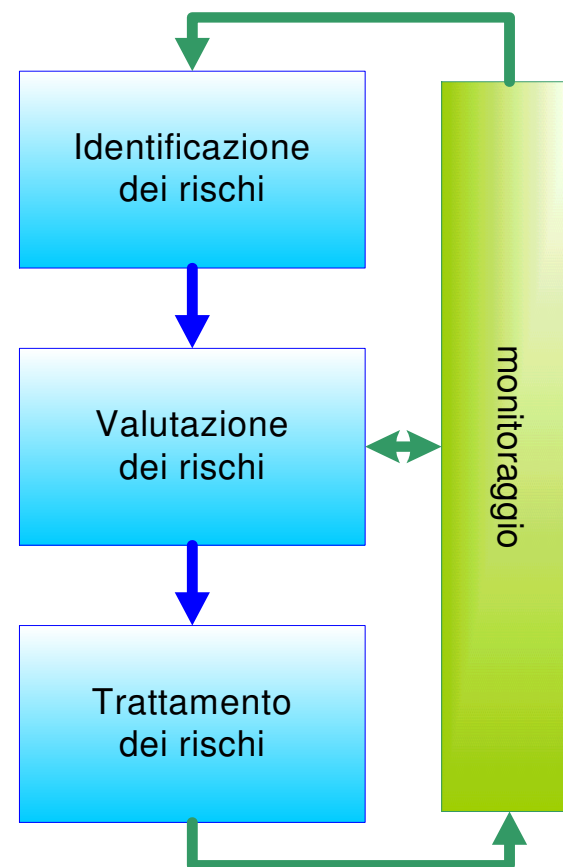
Gli strumenti devono essere...

- Standardizzati
- Validati
- Maneggevoli
- Accettabili
- Efficaci

Appropriati alla realtà locale

Il processo della GRC

La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile.



Comunicazione




- Verso l'interno: per imparare dall'errore
- Verso gli altri elementi dell'organizzazione: per individuare strategie complessive
- Verso l'esterno: per aumentare la trasparenza

Implementazione del processo

- Identificare gli strumenti per ciascuna fase del processo
- Identificare le responsabilità
- Formare e sensibilizzare
- Garantire il feed-back agli operatori
- Monitorare i miglioramenti a livello di sistema
- Comunicare all'interno e all'esterno
- Resistere

Fattori di successo

- Coinvolgimento degli operatori
- Integrazione nell'attività clinica
- Sistematicità
- Definizione di priorità
- Clima favorevole

Azienda USL Modena	Modello di Accreditamento della Regione Emilia Romagna	Sez. 8.5	Pag. 1 di 9
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	PROCEDURE	Codice	3P08GRC
Sistema Qualità	<i>Procedura per l'identificazione, analisi e riduzione del rischio clinico</i>	Rev.00	Del 01/01/05

- Campo di applicazione (evento)**
- Definizioni (glossario)**
- Modalità**
- Responsabilità**
- Strumenti specifici (allegati)**
- Indicatori**

Accreditation's role in reducing medical errors.


- “il processo di accreditamento è fondamentalmente un’attività di riduzione del rischio”

- BMJ 2000; 320: 727-8.

- L’adozione di sistemi qualità strutturati migliora la performance di un’organizzazione ma non azzerava le possibilità di fallimento quindi ...

L'accreditamento

- 8.5 Sono redatte procedure per la sicurezza dei pazienti e degli operatori?
 - ▣ Redigere procedure relative al controllo di rischi specifici
 - ▣ Redigere tutte le procedure con l'attenzione volta i possibili rischi
 - ▣ Redigere una procedure che descriva il processo di gestione del rischio

Azienda USL Modena	Modello di Accreditamento della Regione Emilia Romagna	Sez. 8.5	Pag. 1 di 9
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	PROCEDURE	Codice	3P08GRC
Sistema Qualità	<i>Procedura per l'identificazione, analisi e riduzione del rischio clinico</i>	Rev.00	Del 01/01/05

- Campo di applicazione (evento)**
- Definizioni (glossario)**
- Modalità**
- Responsabilità**
- Strumenti specifici (allegati)**
- Indicatori**