

# CASO R.C.A.

## *La Prevenzione dei comportamenti lesivi auto-diretti*

Bologna, 29 Aprile 2010

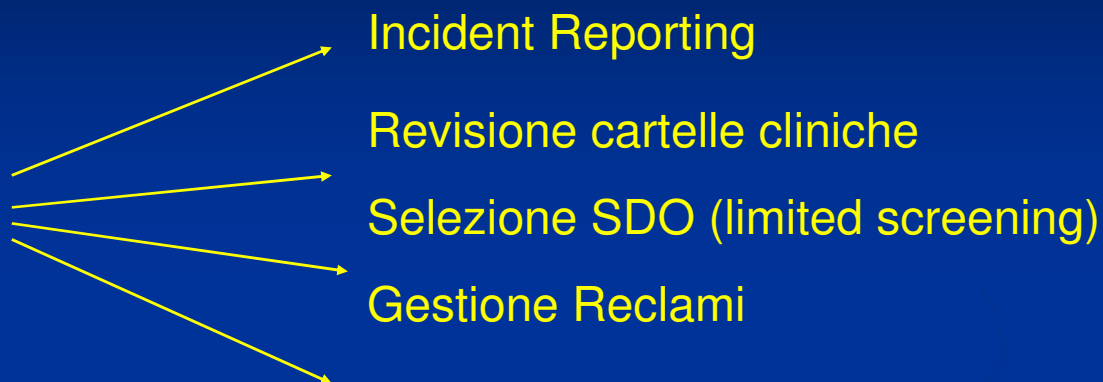
**Dott.ssa Nunzia Boccaforno**

Direttore U.O. Gestione del Rischio e Medicina Legale

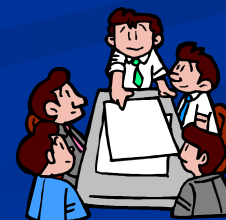
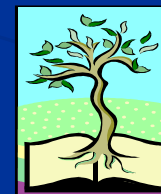
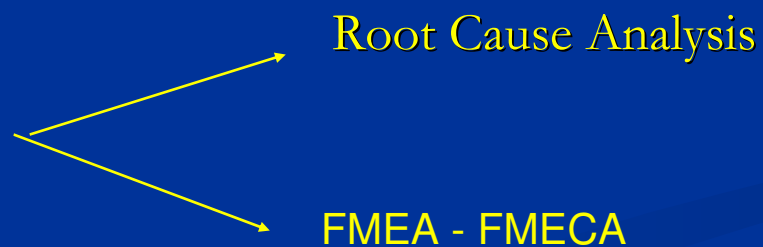
AUSL Rimini

# Strumenti per la gestione del rischio clinico

## IDENTIFICAZIONE



## ANALISI



Alcuni buchi sono dovuti a  
**ERRORI ATTIVI**

# DIFESE DEL SISTEMA

**RISCHI**

**Fattori legati  
al sistema**

**Fattori legati  
al personale**

**Fattori legati  
alla tecnologia**

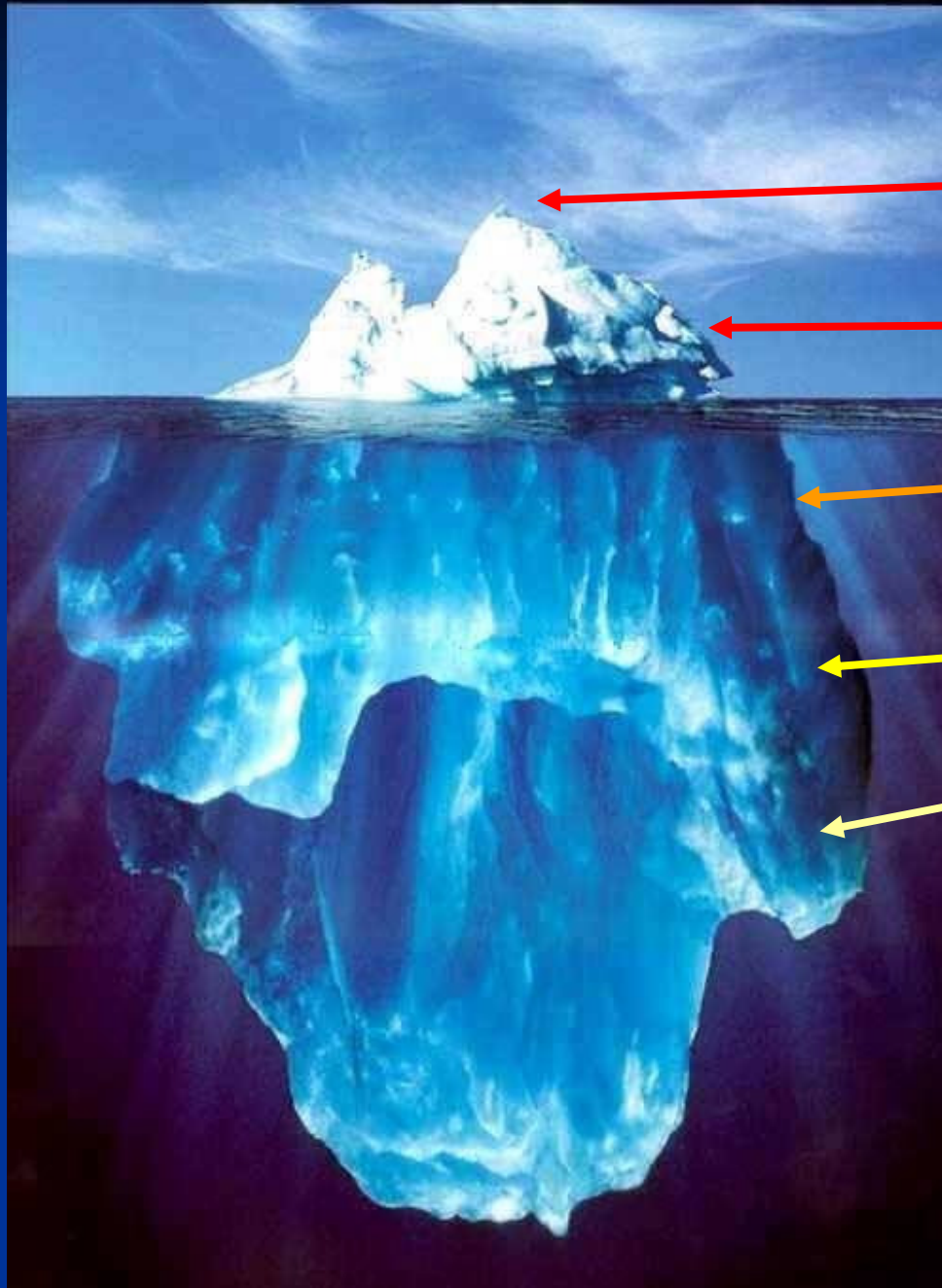
**Altri sono dovuti a  
FATTORI  
LATENTI**

**Fattori legati  
al paziente**

**INCIDENTE**

Reason 2002





CONTENZIOSO

EVENTI AVVERSI

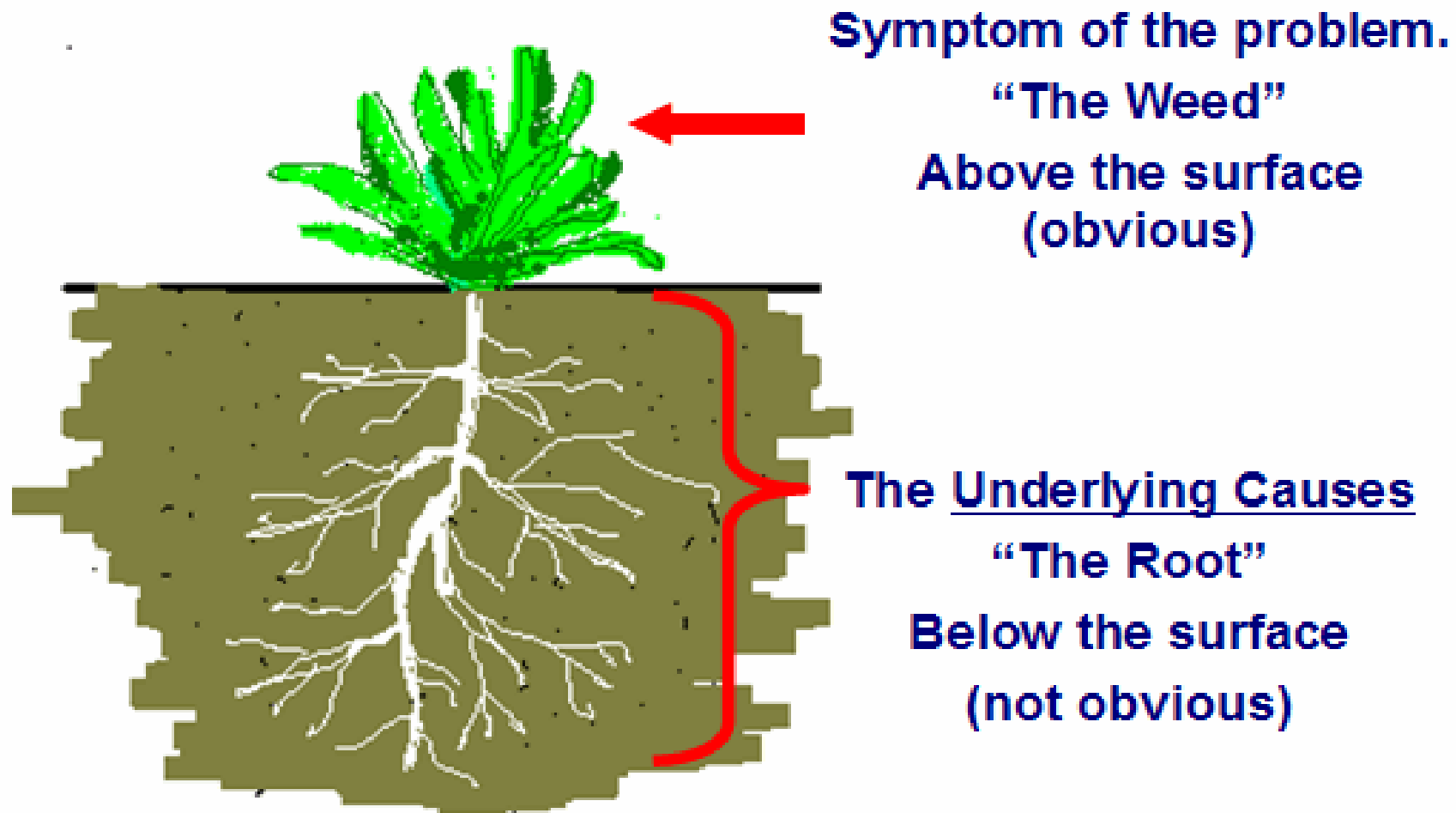
EVENTI  
SENZA DANNI

QUASI EVENTI

PERICOLI

# Root Cause Analysis Basics

---



The word root, in root cause analysis, refers to the underlying causes, not the one cause.

## Che Cos'è

“Si tratta di uno strumento che permette di interpretare l'evento individuato in riferimento alle cause (soprattutto di tipo organizzativo) che l'hanno provocato, ai fini della prevenzione di rischio futuro attraverso azioni efficaci di miglioramento. Utilizzando una check list, vengono individuate le cause-radice di un evento, che sono poi classificate in uno schema di riferimento. L'accertamento delle cause, a sua volta, consente di decidere le azioni da intraprendere. Occorre tenere presente che le cause-radice non sono assimilabili tout court alle determinanti causali dell'evento (e alle effettive responsabilità collegabili), ma sono anche "insuccessi latenti", cioè per esempio, scarsa o scadente progettazione, controlli inefficaci, ecc., che di solito non hanno alcun effetto sugli accadimenti, ma semplicemente non sono in grado di prevenirli efficacemente.” (V. Basini)

La tecnica della RCA è costituita da una serie di fasi logiche di analisi e azione:

- definizione degli attori organizzativi da coinvolgere;
- acquisizione della descrizione di ciò che è avvenuto;
- individuazione delle cause prossimali (fattori contribuenti) all'evento e valutazione del "peso" causale;
- approfondimento delle cause "pesanti" nel determinare l'evento;
- stesura di un rapporto conclusivo che comprenda l'individuazione dei possibili trattamenti del rischio.

La R.C.A.

*va oltre*

- l'analisi del caso in termini medico- legali
- il principio diretto della causa-effetto
- l'analisi retrospettiva del singolo evento

*induce*

- alla identificazione dell'asse rischio-pericolo
- all'identificazione delle con-cause
- alla valutazione delle barriere di protezione

# Metodologia di analisi del caso

- Raccolta informazioni
- Valutazione informazioni
- Individuazione dei fattori contribuenti
- Determinazione delle cause

# Raccolta informazioni

- ☞ Scheda di segnalazione incidente da parte del Direttore della U.O.
- ☞ Analisi delle cartelle cliniche del percorso assistenziale del paziente a livello territoriale e di SPDC.
- ☞ Procedure di prevenzione adottate e linee guida esistenti (Raccomandazioni Ministeriali)
- ☞ Turni del personale
- ☞ Sopralluogo con ufficio tecnico
- ☞ Interviste / audit con operatori / ufficio tecnico

# Valutazione informazioni

- E' stata effettuata l'elaborazione della tabella del tempo relativa all'intero periodo considerato focalizzando l'analisi, attraverso la griglia attori/tempo, all'arco temporale di effettiva manifestazione dell'evento (circa 40 minuti).
- La tabella del tempo ha consentito la raccolta di numerose informazioni allineate secondo l'ordine cronologico di reale svolgimento degli eventi, indagandone natura, data , orario di avvenimento, eventuali informazioni supplementari ed elementi di buona pratica.
- Il raffinamento dell'analisi temporale ottenuto mediante la griglia attori/tempo è teso a tracciare i movimenti di operatori, e del paziente negli istanti precedenti, successivi e concomitanti all'evento.

# Individuazione dei fattori contribuenti

L'analisi dell'evento è proceduta mediante l'identificazione delle principali criticità connesse al processo mappato e i relativi fattori contribuenti. Le tecniche adottate a tal scopo sono state il Brainstorming con il personale di reparto, ufficio tecnico e gestione del rischio, correlato da un'analisi delle barriere fisiche (tecnico-logistiche), umane (operatori) ed amministrative (procedure) tesa a valutarne l'effettiva attivazione ed efficacia durante l'accadimento dell'incidente.

# Determinazione delle cause

- Il consolidamento dell'analisi del caso è avvenuto mediante l'individuazione dei fattori contribuenti e relative cause radice.
- Lo strumento utilizzato è stato la Check list: con questa metodologia è stato possibile ripercorrere tutti gli elementi significativi emersi nelle fasi precedenti di analisi e finalizzare la ricerca delle cause radice a livello di contesto operativo, lavorativo e organizzativo.

L'intero percorso di analisi ha seguito le direttrici principali di rischio elaborate sulla base della descrizione dell'evento e della documentazione/letteratura inerente:

- a) *strumenti di valutazione del Paziente rispetto al profilo assistenziale del rischio suicidiario o tentano suicidio;*
- b) *processi organizzativi (documentazione e vigilanza del paziente)*
- c) *idoneità ambientale e strutturale*

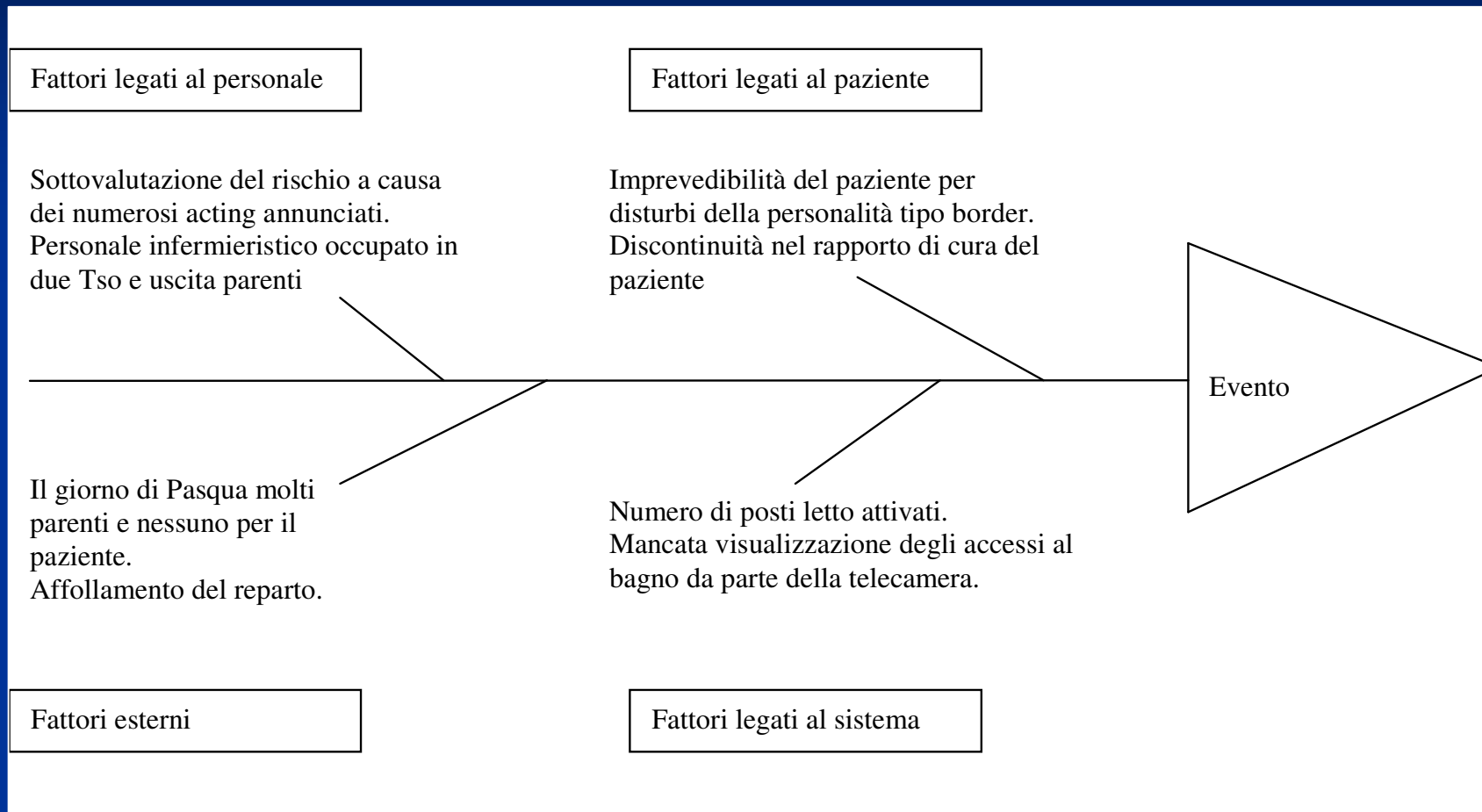
# Fattori contribuenti

- Paziente affetto da disturbi della personalità tipo border, discontinuità nel rapporto di cura del paziente, numerosi acting
- Turni di guardia effettuati da medici non appartenenti al reparto
- Giorno di Pasqua con elevato numero di TSO in reparto.
- Numero dei parenti elevato nel corso dell'orario visite.
- Mancata visita dei familiari
- Personale infermieristico non disponibile per il paziente perché occupato in un ulteriore TSO.
- Promiscuità fra ricoveri volontari e TSO.
- Numero di posti letto attivati
- Affollamento del reparto
- Mancata visualizzazione degli accessi al bagno da parte della telecamera
- Non tenuta della bocchetta di erogazione dell'acqua nella posizione di installazione.

# Elementi di buona pratica

- Numero di personale infermieristico congruo
- Pronta reattività del personale
- Buon livello logistico di prevenzione
- Buon livello logistico-tecnologico per la vigilanza
- Buona osservanza delle linee guida

# Diagramma a lisca di pesce



# Analisi delle barriere

Quali barriere / difese erano in situ	Le barriere / difese hanno funzionato?	Perché non hanno funzionato? Quale impatto hanno causato?
Valutazione del rischio suicidiario da parte del medico che accetta il ricovero	No	Numerosi acting annunciati dal paziente. Il paziente prima valutato quale grave attraverso elementi fuorvianti, quali annuncio del suo arrivo in reparto da parte di un'altra paziente. Forte sintonia del paziente con la paziente R.C.M. dal momento del ricovero fino all'evento. Miglioramento umore del paziente.
Valutazione del nuovo acting del paziente	No	Il paziente accettato dal medico di reparto viene poi seguito nelle successive 30 ore da medici del territorio non referenti del caso che non conoscono la storia clinica del paziente (cambio modalità di acting).
Gli infermieri effettuano una vigilanza attiva su tutti i pazienti	No	Due ricoveri in corso (TSO) in contemporanea con la visita parenti (giorno di Pasqua)
Il reparto è strutturato con dispositivi di sicurezza	No	Zona d'ombra delle telecamere davanti all'ingresso dei bagni. Non tenuta della bocchetta dell'erogatore dell'acqua nella posizione di installazione

# Principali fattori

- Sottovalutazione del rischio a causa dei numerosi acting annunciati
- Affollamento del reparto per numero di posti letto attivati e di familiari durante la visita.
- Mancata visualizzazione delle zone di accesso ai bagni

# Proposte per il cambiamento

- Definizione delle procedure per la valutazione del grading di rischio con relativo programma di attività terapeutica/vigilanza.
- Organizzazione delle guardie utilizzando personale del territorio esclusivamente per i turni notturni: presenza del personale del SPDC nei turni diurni con effettuazione della visita ed attività anche di domenica.
- Miglioramento strutturale dell'area soggetta a monitoraggio con telecamera comprendendo le zone ombra.
- Organizzazione di attività evasiva dei pazienti che non ricevono visite durante l'orario di apertura ai parenti.

# AZIONI DA INTRAPRENDERE

Definizione scala di valutazione del rischio

Definizione assistenza infermieristica (vigilanza) per paziente a rischio suicidiario

Definizione camere per collocazione pazienti a rischio

Criteri terapeutici

Definizione modalità colloqui, visita medica durante festivi

Definizione criteri per presenza familiari

Definizione criteri per presenza operatori servizio civile

Definizione procedura per gestione crisi

Definizione criteri appropriatezza ricoveri

# Le tre sfide

- Scrupolosità: è diabolicamente difficile
- Fare la cosa giusta: la medicina è una professione umana alterata dai difetti quali l'avarizia, l'arroganza, l'insicurezza, l'incomprensione.
- L'ingegnosità: saper pensare in modo nuovo. Non è una questione d'intelligenza ma di carattere.

(Atul Gawande; Arvard Medical School)