

Il rischio clinico nei Dipartimenti di Salute Mentale

Spunti e riflessioni dalla presentazione di casi



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Modificato da Alessandro Ghirardini , ottobre 2009

Dirigente Ufficio III Programmazione Sanitaria Ministero della Salute

▶ Intesa Stato Regioni - 20 marzo 2008

1. Funzione aziendale permanentemente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure...
2. I singoli eventi avversi, in forma anonima e confidenziale, trasmessi al Sistema informativo sanitario (SIMES)

- ▶ Il Ministero elabora un protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, per fornire alle Regioni ed alle Aziende sanitarie una modalità di sorveglianza e di gestione degli eventi sentinella → **Osservatorio Nazionale Eventi sentinella**
-

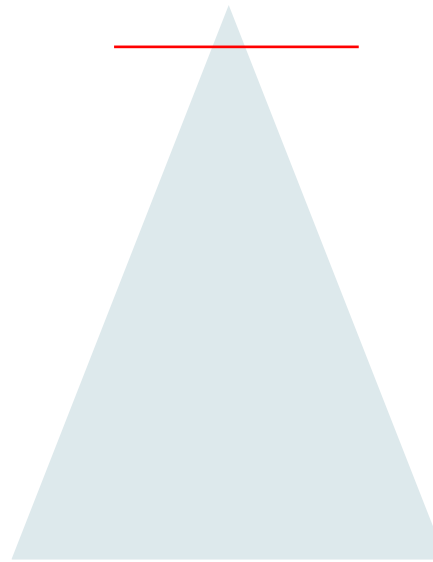




Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Monitoraggio degli eventi avversi

- **Eventi sentinella**
- Eventi avversi
- Near misses



Lista eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g



Lista eventi sentinella

9. Morte o grave danno per caduta di paziente
- 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale**
- 11. Violenza su paziente**
- 12. Atti di violenza a danno di operatore**
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno imprevisi a seguito dell'intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno



Le Raccomandazioni del Ministero della Salute

4.4/2006 → **Prevenzione del suicidio
del paziente in ospedale.**

8.8/2007 → **Prevenzione atti di violenza
a danno degli operatori sanitari.**



Evento sentinella (Sentinel event)

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare **morte o grave danno** al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi **una sola volta** perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) **un'indagine immediata** per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito

 - b) l'implementazione delle adeguate **misure correttive**
-



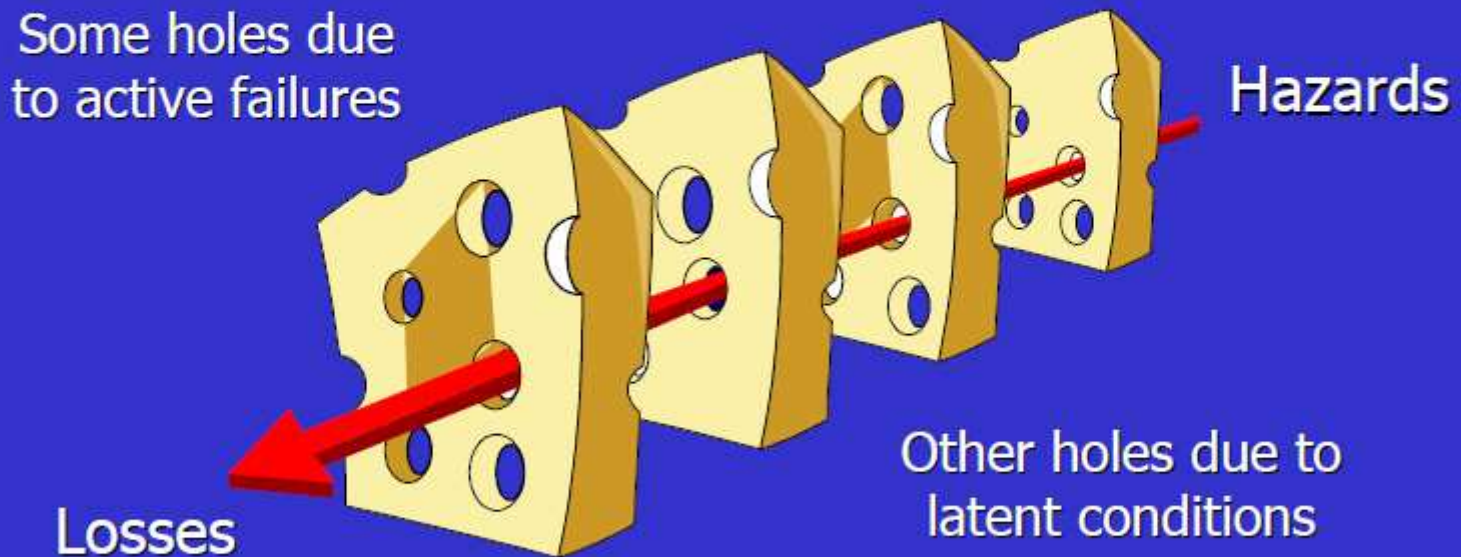
Distribuzione di frequenza degli eventi sentinella	%
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	22.6
Ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente	17,1
Morte o grave danno per caduta di paziente	9.9
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	9.3
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico	8.8
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità (ABO)	7.5
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	6.5
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	4.7
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	4.2
Atti di violenza a danno di operatori	2.9

Distribuzione di frequenza degli eventi sentinella	%
Atti di violenza a danno di operatori	2.9
Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	2.6
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	1.3
Procedura in paziente sbagliato	1.0
Errata procedura su paziente corretto	1.0
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	0.3
Violenza su paziente in ospedale	0.3



DISCIPLINA/AREA ASSISTENZIALE	%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	14,8
CHIRURGIA GENERALE	13,3
MEDICINA GENERALE	12,2
NON SPECIFICATO	9,1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8,8
PSICHIATRIA	6,8
PEDIATRIA	2,3
RADIOLOGIA	2,3
GERIATRIA	2,3
UROLOGIA	2,1
PNEUMOLOGIA	1,6
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,6
TERAPIA INTENSIVA	1,6
NEUROCHIRURGIA	1,6
NEUROLOGIA	1,3
CHIRURGIA PEDIATRICA	1,3
CARDIOCHIRURGIA	1,3
CARDIOLOGIA	1,3
EMATOLOGIA	1,3
OTORINOLARINGOIATRIA	1,3
OCULISTICA	1,0

A system model of accident causation



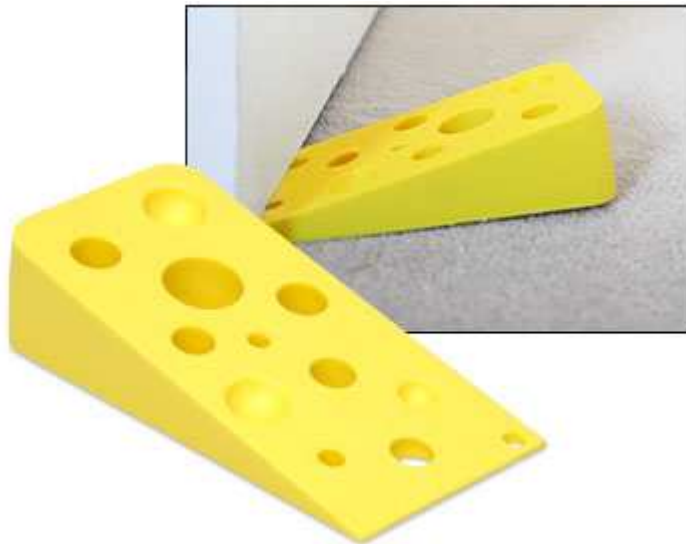
Successive layers of defences, barriers, & safeguards

La root cause analysis (RCA)

(modificato da Dossier I 30/2006 RER)

è una tecnica di indagine su eventi di interesse, in particolare incidenti, che esamina quanto accaduto alla ricerca del **perché è accaduto**.

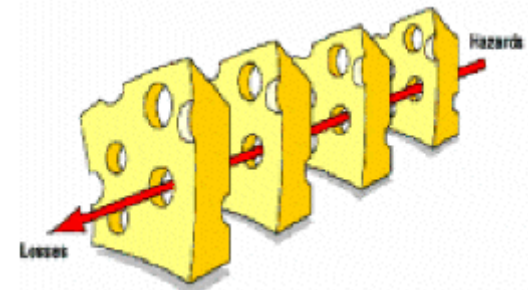
Rispetto alle indagini di tipo tradizionale quindi, l'obiettivo è focalizzato non tanto sulla ricerca delle responsabilità (chi è stato), quanto sulla identificazione di **azioni di miglioramento** (affinché ciò che è successo non riaccada).



La root cause analysis (RCA)

(modificato da Dossier I 30/2006 RER)

La RCA trova le sue basi nell'approccio metodologico promosso da **James Reason**, che presenta l'incidente come l'evento finale non voluto di un percorso che parte dai cosiddetti **latent condition** (condizioni organizzative e di contesto di lavoro con buchi, inefficienze ed errori di tipo progettuale) e **latent failure** (condizioni concrete in cui gli individui si trovano ad operare), attraversa l'ambito degli **active failure**, cioè si sviluppa in azioni non sicure, errori umani e violazioni, infine infrange le barriere appositamente erette per evitare l'incidente ma che si rivelano inefficaci, ed esplode nell'evento indesiderato.



RCA

La **RCA** è lo strumento più frequentemente utilizzato per l'analisi del rischio in tutti i settori in cui è attivo un sistema di risk management.



In particolare per quanto riguarda la gestione del rischio clinico e la sua applicazione **in ambito sanitario**, bisogna considerare l'esistenza di **alcune difficoltà**



L'investigazione su un evento che può avere procurato un danno a un paziente, coinvolge **emotivamente** (e in casi specifici anche **legalmente**) il personale.

Effettuare un'analisi delle cause può quindi essere impossibile se non sussiste una **cultura accettante**, un ambiente organizzativo che non si focalizzi immediatamente sulla ricerca dell'errore e non cerchi necessariamente un colpevole.



Nel contesto industriale è molto più significativa **l'automazione** del sistema in cui si colloca l'azione umana; è pertanto più chiaramente determinabile la relazione causale fra eventi

Nel contesto sanitario (organizzazioni ad **alta componente umana**) viceversa trova spazio il concetto di **fattore concorrente** al realizzarsi dell'evento.

Nel mondo industriale questi fattori non vengono considerati, mentre in sanità bisogna prestarvi una grande attenzione perché sono importanti catalizzatori delle **insidiose concatenazioni di eventi banali**, a mala pena significativi in se stessi ma devastanti
▶ nella loro combinazione.



Non sempre esiste o è applicabile una **soluzione risolutiva** del tipo on/off;

In sanità anche una **soluzione parziale** è eticamente e praticamente degna di considerazione (ad esempio riduzione dell'incidenza).

Inoltre, quando ci si trova di fronte ad eventi del tipo sentinella, a bassa frequenza e alta gravità, si può essere costretti ad **azioni di revisione di sistema la cui efficacia sarà valutabile, forse, in un lungo periodo di tempo.**



ROOT CAUSE ANALISYS

Data evento: 10/10/1000

Luogo evento: SPDC

Evento sentinella:

Data effettuazione RCA 25/10/1000

Metodologia di lavoro e strumenti adottati in sequenza:

FASE 1

Metodologicamente si è scelto di operare favorendo anche la dimensione cd. di BRAINSTORMING

Il team di lavoro è composto da: **operatori direttamente coinvolti** nell'evento (Medico di guardia, infermieri in turno), **responsabili gestionali** di struttura semplice e complessa, **medico referente** del caso in SPDC, **coordinatore infermieristico** SPDC, **resp. infermieristico** dipartimentale, **responsabile aziendale per il rischio clinico**

Nell'ordine, sono stati adottati i seguenti strumenti:

- 1.MAPPATURA DELLE INFORMAZIONI: **LINEA TABELLARE DEL TEMPO**
- 2.ANALISI DEL CAMBIAMENTO
- 3.ANALISI DELLE BARRIERE (CONTROLLI)
- 4.DIAGRAMMA A LISCA DI PESCE
- 5.RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

FASE 2

Raccolta del materiale, elaborazione informatizzata
Invio per email ai componenti del gruppo di lavoro, raccolta di altri elementi utili emersi nella fase 1
Stesura del documento definitivo
Elaborazione del materiale e stesura definitiva del documento

MAPPATURA DELLE INFORMAZIONI: LINEA TABELLARE DEL TEMPO

Mappare informazioni in coincidenza degli eventi-chiave

Data e ora	19/10	19/10	22/10 ore 16
Evento			
Informazione supplementare			
Elementi di buona pratica			
Problema/fattore			



ANALISI DEL CAMBIAMENTO

verificare dove la procedura normale non è stata seguita e se questo è in relazione con l'evento

Procedura normale	Procedura seguita nel caso in oggetto	Relazione causale tra cambiamento e problema (si/no)

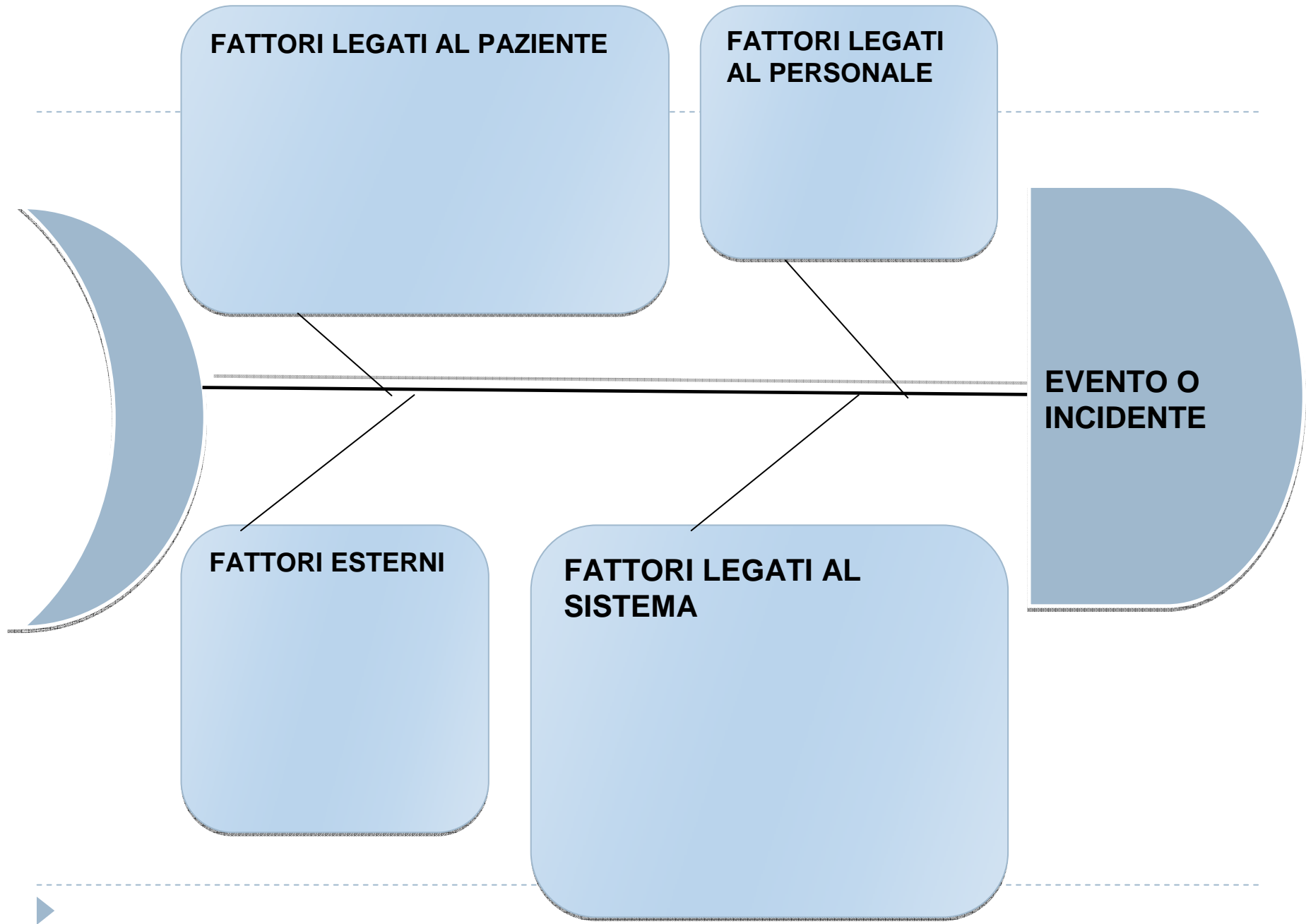


ANALISI DELLE BARRIERE (CONTROLLI) sui problemi evidenziati.

Quali barriere/controlli erano presenti?	Le barriere/controlli hanno funzionato?	Perché non hanno funzionato e che impatto hanno causato?



DIAGRAMMA A LISCA DI PESCE (causa-effetto: cause "radice" più importanti)



RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

1

2

3

4

