

HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES

Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



HPH *Una Rete dell'OMS*

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

# LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: UN SISTEMA DI PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

dott. Stefano Russian  
Direzione Medica  
IRCCS Burlo Garofolo

III Conferenza Regionale HPH – Monfalcone, 5 maggio 2011

# RISCHIO CLINICO

Possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario imputabile alle cure sanitarie, che causi un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

## DEFINIZIONI

Evento avverso o dannoso (Adverse event):

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad un errore è "*un evento avverso prevenibile*".

Evento potenzialmente dannoso (Near miss o close call):

Errore che ha la potenzialità di causare un evento dannoso che non si verifica per caso fortuito o perchè intercettato o perchè non ha conseguenze avverse per il paziente.

## INCIDENZA EVENTI AVVERSI

### PAZIENTI OSPEDALIZZATI

USA	1992	5,4 %
AUSTRALIA	1992	16,6 %
UK	1992-2000	11,7

## INCIDENZA EVENTI AVVERSI DA FARMACI

### PAZIENTI EXTRAOSPEDALIERI

Eventi non evitabili	17 %
Eventi evitabili	3 %

*(Gandhi, New England J.of Medicine, 2003)*

# INCIDENZA EVENTI AVVERSI DA FARMACI IN PEDIATRIA

- L'errore terapeutico avviene in ambito pediatrico 3 volte più frequentemente che per l'adulto  
*Medical Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients, R.Kaushal, et all (JAMA. 2001)*
- L'errore compare 12 volte più spesso che in altre branche specialistiche
- L'errore più frequente riguarda il DOSAGGIO (28 % degli errori inerenti la terapia)
- Gli antineoplastici sono in ordine di frequenza al terzo posto (8 %) dopo gli analgesici e gli antibiotici.

# GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Complesso coordinato di politiche e strategie aziendali messe in atto per il governo dei rischi

# GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

DCS dd.517/2005, "Gestione del Rischio Clinico al Burlo Garofolo".

Identificazione delle figure e relative funzioni

- clinical risk manager (Direttore Sanitario)
- componenti del Team aziendale e dei referenti di Struttura

Il clinical risk manager, assieme al Team aziendale, definisce e coordina gli interventi per la gestione del rischio clinico al Burlo Garofolo

# Team Direzione

- Direzione Sanitaria
- Centro Attività Formative
- Farmacia
- Ingegneria clinica
- Servizio Controllo Infezioni Ospedaliere
- Servizio di Epidemiologia e biostatistica
- Servizio Infermieristico
- Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
- Struttura Qualità
- Ufficio Relazioni con il Pubblico

# PIANO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Insieme delle azioni per la prevenzione e la protezione dell'errore

1. Identificazione e analisi del profilo del rischio
2. Attivazione di un sistema di monitoraggio
3. Pianificazione e applicazione di tutte le misure per la prevenzione
4. Verifica delle azioni di miglioramento

# IDENTIFICAZIONE e ANALISI DEL RISCHIO

- Briefing sulla sicurezza e safety walkaround
- Sistemi - fonti informative istituzionali (revisione Cartelle cliniche, reclami, gestione sinistri)
- Sistemi di segnalazione (Incident reporting)
- Audit

### Briefing sulla sicurezza

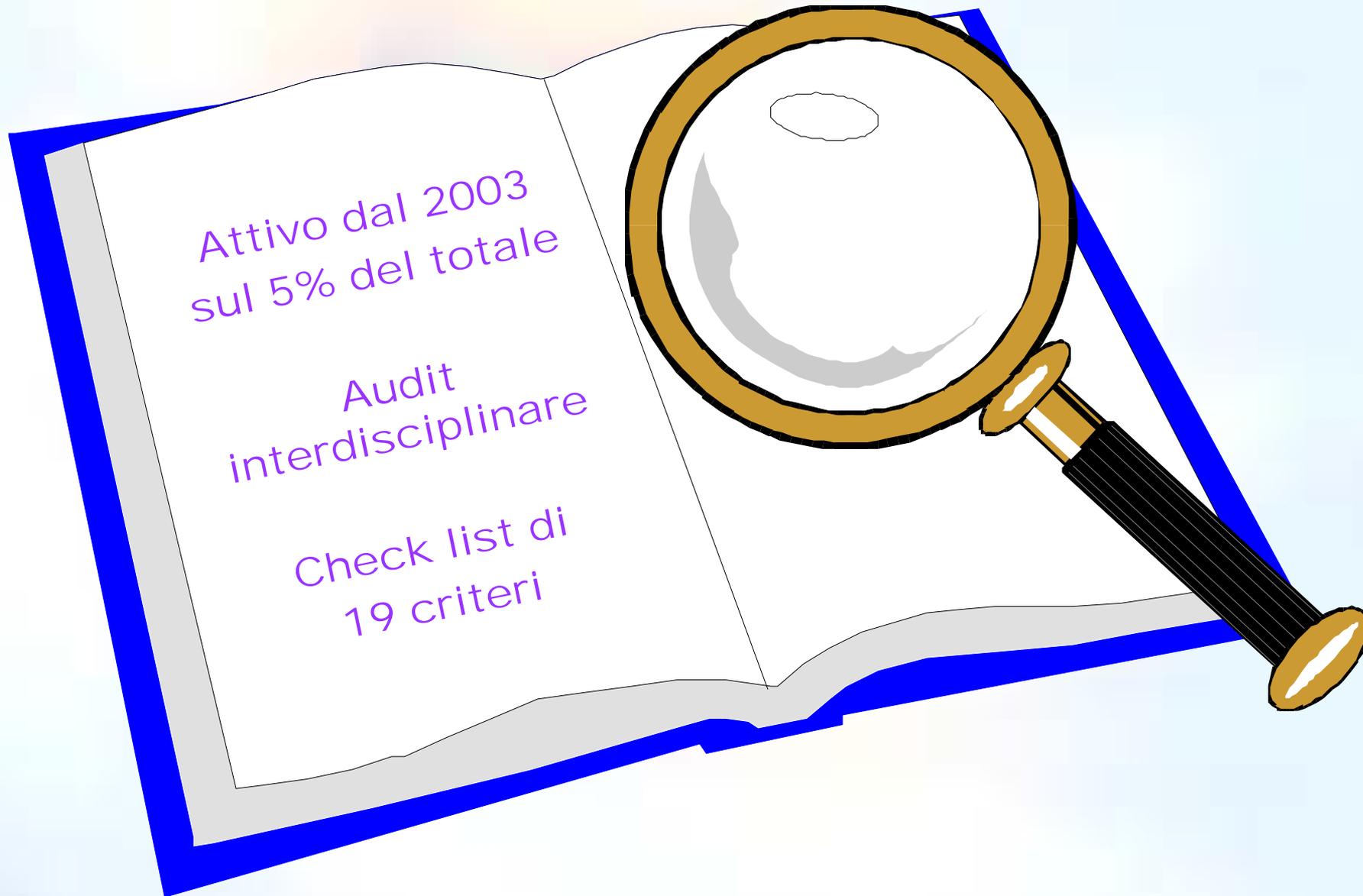
Confronto periodico e strutturato riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nelle diverse strutture/servizi. Viene condotto da un moderatore esperto, all'inizio del turno, con tutti gli operatori.

### Safety walkaround (facility tour)

Periodiche visite che i "referenti per la sicurezza" effettuano nelle strutture per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza.

Oltre alla verifica diretta delle problematiche inerenti alla sicurezza, gli esperti si confrontano direttamente con gli operatori, raccogliendo e stimolandone la segnalazione sulle situazioni a rischio di danno per i pazienti e/o per gli operatori.

Controllo di Qualità della Cartella Clinica



Attivo dal 2003  
sul 5% del totale

Audit  
interdisciplinare

Check list di  
19 criteri

## Incident reporting

Raccolta volontaria, anche anonima, delle segnalazioni, in modo strutturato, su:

- eventi avversi (o dannosi)
- potenzialmente dannosi (near miss)

## IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO INCIDENT REPORTING

- Schede IR disponibili presso tutti i Dip
- Compilate in forma anonima dagli operatori e inserite negli appositi contenitori
- Settimanalmente raccolte dalla Direzione Medica che può promuovere un audit ed eventuali azioni correttive
- Mensilmente verificate dal team aziendale rischio clinico
- Annualmente reportistica

## LO STRUMENTO

- Questionario a risposta multipla con una parte descrittiva dell'evento
- Segnalazione degli eventi dannosi e degli eventi potenzialmente dannosi
- Anonimo
- Linee guida per la compilazione

# IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO INCIDENT REPORTING

- Settimanalmente le schede IR sono raccolte dalla Direzione Medica che:
- valuta il livello di gravità della segnalazione;
- avvisa eventualmente il Referente Qualità, e/o il referente del rischio clinico di Dipartimento;
- assieme al responsabile della struttura, si valuta se attivare un *audit* e l'eventuale azione correttiva.

- analisi delle cause che hanno generato l'evento dannoso o potenzialmente dannoso
- pianificazione delle azione necessarie, con individuazione delle responsabilità, delle attività, dei tempi e delle date di verifica successiva;
- attuazione delle azioni pianificate;
- la verifica dell'efficacia.

## IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO INCIDENT REPORTING

Le Schede IR sono mensilmente verificate dal team aziendale rischio clinico

L'analisi delle schede di incident reporting costituisce un elemento essenziale per l'identificazione delle aree critiche e per la definizione del Piano annuale di miglioramento.

# Vantaggi

- Rilevazione degli eventi potenzialmente dannosi
- E' più facile rimanere anonimi
- Sono una lezione senza costi
- Allena al sistema della segnalazione
- Consentono di imparare anche prima che si verifichino i danni
- Favorisce lo scambio professionale con caduta dei "muri" tra reparti

# Criticità

- Tempi lunghi per “forma mentis”
- Utilizzo improprio
- False aspettative
- Necessità di presenza continua
- Investimento risorse umane

# Incident Reporting Monitoraggio 2010

SC Direzione Medica

Dott.ssa M. Urriza

Medico in formazione specialistica

## Schede raccolte – Anno 2010

Dipartimento	n. schede	%
Dip Medicina e Trap	31	29,8
Dip Ost e Gin	28	26,9
Dip Chirurgia	11	10,6
Sale Operatorie	20	19,2
Dip Medicina di Laboratorio	9	8,7
Altro	5	4,8
<b>Totale</b>	<b>104</b>	<b>100,00</b>

Nota: Nel anno 2009 sono state raccolte 128 schede



CHI ha segnalato di più

- **Sale Operatorie (20 segnalazioni)**
- **Degenze di ostetr. e ginecol. (13 segnalazioni)**
- **Sala Parto (11 segnalazioni)**
- **Pronto Soccorso pediatrico (10 segnalazioni)**
- **Laboratorio (9 segnalazioni)**

## Distribuzione eventi dannosi e potenzialmente dannosi

	Totale		Totale		$\Delta$ %
	2010		2009		2010-2009
	N	%	N	%	%
Eventi dannosi	20	19,2	16	12,5	6,7
Eventi potenzialmente dannosi	80	76,9	109	85,2	-8,3
Non noto	4	3,9	3	2,3	1,6
<b>Totale</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

## Tipologie principali di eventi

TIPOLOGIA DI EVENTI	N	%
Altro	44	38,3%
Farmaci	14	12,2%
Procedure diagnostiche	14	12,2%
Errata identif accettaz esami	11	9,6%
Procedure terapeutiche	8	7,0%
Errata selezione paziente	8	7,0%
Mobilizzazione paziente	5	4,3%
Caduta paziente	3	2,6%
Intervento accompagnatore	3	2,6%
Non noto	5	4,3%
<b>TOTALE</b>	<b>115</b>	<b>100,0%</b>

# Distribuzione degli eventi connessi a farmaci

TIPOLOGIE DI EVENTI	N	%	Dipartimento che ha segnalato
Prescrizione mancata o errata	6	42,9%	Trapianti di Midollo osseo/Farmacia/SO
Dosaggio errato	2	14,3%	Dipartimento di Medicina e dei Trapianti di Midollo osseo
Farmaco a paziente errato	2	14,3%	Dipartimento di Medicina e dei Trapianti di Midollo osseo
Farmaco errato	1	7,1%	Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia
Via di somministrazione errata	1	7,1%	Dipartimento di Chirurgia
Sottovalutazione delle interazioni	1	7,1%	Dipartimento di Medicina e dei Trapianti di Midollo osseo
Farmaco non correttamente conservato	1	7,1%	Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>100,0%</b>	

# Distribuzione dei fattori contribuenti

