



Master di primo livello in

Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie

Anno Accademico 2011 – 2012

TITOLO Project Work: Analisi del rischio clinico integrato alle funzioni di risk Management; iniziative per migliorare la qualità delle prestazioni erogate e garantire la sicurezza del paziente in un DEA di 1° livello

Candidato: Paola Milani

Relatore: Dr. Antonino Buscemi

INDICE

Prefazione	pag. 4
Capitolo 1 Il Risk Management	pag. 6
1.1 Normativa . Il Risk Management in Italia	pag. 6
1.2 Le fasi del Risk Management	pag. 9
1.3 I metodi per l'analisi del rischio clinico	pag.10
1.4 Approfondimento del metodo FMECA	pag.13
Capitolo 2 Il governo clinico: gli strumenti di miglioramento della qualità	pag.18
2.1 Gestione dei reclami	pag.20
2.2 Sistemi di ricerca ed efficacia clinica	pag.21
2.3 L'audit clinico	pag.23
2.4 La formazione	pag.25
2.5 Gli stili di leadership	pag.27
2.6 L'organizzazione dei servizi	pag.28
2.7 La centralità del paziente	pag.30
Capitolo 3 Risk management: applicazione di strumenti e metodologie in un DEA di 1° livello	pag.33
3.1 Presentazione generale del progetto	pag.33
3.2 Programma applicativo"Risk DEA"	pag.37
3.3 Identificazione delle azioni di miglioramento clinico-assistenziali in una situazione specifica del DEA, considerata ad elevato rischio	pag.40
3.4 Sviluppo di scheda FMECA relativa alla situazione di sovraffollamento in DEA	pag.42
Capitolo 4 Il governo organizzativo	pag.57
4.1 Sistema PDCA di Deming	pag.57
4.2 Istruzioni di governo organizzativo	pag.59

4.3 Il ruolo dell' Infermiere coordinatore nel programma di miglioramento continuo	pag.62
Capitolo 5 Conclusioni	pag.64
Allegati	pag.66
Bibliografia	pag.74

Prefazione

Qualsiasi percorso di diagnosi e cura, come noto, ha alcuni punti particolarmente critici o delicati che possono fare la differenza tra salute/non salute malattia/guarigione, addirittura vita/morte. Alcuni di questi passaggi sono conosciuti a priori e per garantire che siano attuati nel modo corretto vengono gestiti con rigide procedure, altri emergono solo a posteriori quando qualcosa va "storto" e ripercorrendo a ritroso il percorso si riesce ad individuarli. Per questo è assolutamente indispensabile poter disporre di alcuni strumenti di "monitoraggio" dei punti critici o -comunque- delle attività, per consentire agli operatori di individuare i punti di debolezza del sistema e correggerli, prima che sia tardi.

Il tema dell'errore in medicina è una realtà che interessa tutte le organizzazioni sanitarie di tutti i paesi del mondo. Da quando è stato pubblicato nel 1999 negli USA il rapporto dell' Institute of Medicine (IOM) "To err is human: building a safer health system" la sicurezza del paziente è diventata oggetto di campagne di stampa, programmi di progetti di miglioramento di carattere nazionale e regionale e iniziative specifiche a livello locale volti a ricercare, insieme all'efficienza e all'efficacia delle prestazioni erogate, anche la sicurezza del servizio offerto.

Assunto che l'errore è ineliminabile, è necessario che ogni organizzazione sanitaria attivi sistemi per ridurre al minimo la possibilità che, nel corso dell'erogazione della prestazione sanitaria, si verifichino danni al paziente.

Questo può essere raggiunto introducendo e mantenendo attivo in azienda un sistema per la gestione del "rischio" o Risk Management, inteso come l'insieme

degli strumenti, dei metodi e delle azioni, mediante cui si misura o si stima il rischio e successivamente si sviluppano strategie per governarlo.

E' importante capire che l'evento avverso non è quasi mai conseguenza di un singolo errore umano, ma il frutto dell'interazione tra più fattori (tecnici, organizzativi, relazionali, ecc). Pertanto ciò che importa non è cercare "il colpevole", qualcuno da punire, ma promuovere invece l'analisi approfondita e la ricerca delle cause che hanno portato all'errore in modo da eliminare le carenze individuate nel sistema che ne hanno consentito il verificarsi e far sì che non si ripresentino le stesse condizioni di rischio che hanno portato al danno.

Realizzare tutto questo significa promuovere una "cultura del rischio" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano per ogni organizzazione, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e di miglioramento. Non esistono quindi organizzazioni sanitarie immuni dal problema dell'errore in sanità.

Il mio elaborato di tesi, prevede una prima trattazione bibliografica di approfondimento del Risk Management e del Governo Clinico. Nella seconda parte, tenendo a buon conto lo studio bibliografico, descrivo il mio lavoro di tirocinio nel DEA di Chieri: elaborazione di un programma di lavoro denominato "Risk DEA" e l'applicazione del processo FMECA per limitare il rischio clinico nella situazione di sovraffollamento in DEA.

Capitolo 1 Il Risk Management

1.1 Normativa. Il Risk Management in Italia

Una normativa nazionale rivolta in modo primario al Risk Management, non esiste. Linee di indirizzo e riferimento, invece, nascono a livello regionale, in modalità più o meno elaborate.

Nel 2000 il Tribunale dei Malati si è fatto promotore della stesura della Carta della Sicurezza nell'esercizio della pratica medica, con lo scopo di:

- favorire il passaggio da una visione individualistica ad una più generale, in grado d'influire sulle cause degli errori;
- promuovere una politica che prepari i professionisti a gestire, controllare e ridurre i rischi d'errore senza rinunciare all'esercizio della pratica medica;
- imparare dall'errore, evitando i sistemi di colpevolizzazione di chi sbaglia, implementando la collaborazione tra colleghi, il dialogo con il paziente, l'impegno a garantire la qualità.

Il Ministero della Salute, in tema di qualità dei servizi Sanitari, ha istituito la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003), con finalità di studio delle cause di rischio clinico, formulazione di indicazioni e tecniche per la riduzione e gestione del problema.

In Emilia Romagna, nel 1999, si è costituito un gruppo di progetto regionale, formato da professionisti di aziende sanitarie ospedaliere e territoriali ed appartenenti a differenti aree di competenza (clinica, legale, tecnica). Il gruppo ha predisposto un progetto per un approccio integrato alla gestione del rischio, che la Regione Emilia Romagna ha presentato nel 2001 al Ministero della Salute.

Il programma ministeriale biennale, ha avuto inizio nel febbraio 2002 e si è formalmente concluso nel febbraio 2004. I primi risultati di tale programma hanno permesso la validazione di metodi e strumenti per la gestione e riduzione dei rischi a livello nazionale.

In Lombardia, con Circolare n. 46/SAN del 27/12/2004, la Direzione Generale dell'Assessorato Sanità della Regione, ha previsto l'avvio in tutte le aziende di un progetto di risk management in merito al rischio sanitario.

Certo è che, anche in assenza di legislazione specifica, nel nostro Paese l'attenzione alla Clinical Governance è elevata: nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si afferma che "Il governo clinico (o governo della qualità clinica) è il "cuore" delle organizzazioni sanitarie nell'ospedale: il controllo dei costi e degli aspetti finanziari dovrebbe essere, almeno per larga parte, conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi un obiettivo di efficienza se non vi è innanzitutto garanzia di qualità. [...] L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse, e con la massima soddisfazione per il paziente. Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale a cui tendere: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità. Pertanto, il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione: la logica sottostante a tale nuovo concetto è

quella della programmazione, gestione e valutazione del 'sistema' in forma mirata all'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione"¹.

L'importanza della materia è ribadita nel documento preliminare informativo al Piano Sanitario Nazionale 2010-2012, ove si afferma che "vanno implementati gli strumenti del governo clinico tramite l'integrazione dei suoi numerosi determinanti, dando seguito, in particolare, a quanto stabilito con l'accordo Stato regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure"².

¹ Ministero della Salute Piano sanitario Nazionale 2006-2008 pag. 54-55

² Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012

1.2 Le fasi del risk Management

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca un danno o un disagio, da cure sanitarie durante la degenza, potenzialmente lesive in termini di prolungamento della degenza o di peggioramento delle condizioni di salute o di morte.

Tale rischio può essere controllato attraverso la politica del clinical risk

Management, un processo che si sviluppa attraverso quattro fasi:

- a. Identificazione del profilo di rischio. Analizzare l'ambito di cura specifico per identificare i rischi più frequenti, attraverso la considerazione della tipologia di servizio, di paziente, di organizzazione.
- b. Adozione di misure preventive per evitare il ripetersi degli eventi avversi.
- c. Attivazione di un sistema di controllo atto ad osservare l'efficacia delle misure di prevenzione.
- d. Proposte continuative di progressivo miglioramento del sistema specifico.

1.3 I metodi per l'analisi del rischio clinico

La metodologia di cui si può disporre, allo stato dell'arte della materia, si avvale di due tipologie di analisi:

- Analisi reattiva
- Analisi proattiva

L'analisi reattiva considera gli incidenti a posteriori, al contrario, l'analisi proattiva mira all'individuazione ed elaborazione ed eliminazione delle criticità dei sistemi sanitari, in modo preventivo.

Analizziamo ora gli approcci più comunemente usati per l'analisi reattiva:

- INCIDENT REPORTING

Si tratta di un sistema in cui gli operatori segnalano spontaneamente gli eventi significativi a rischio per il paziente (eventi avversi, eventi senza danni, quasi eventi). Il fine è quello di definire un profilo di rischio di uno specifico ambito operativo o assistenziale, utile per delineare strategie di miglioramento.

I sistemi di "incident reporting" sono nati nelle organizzazioni ad alto rischio di catastrofi (nucleare, aeronautico, petrolchimico). Tra i sistemi di reporting più autorevoli, in campo sanitario, si cita quello australiano AIMS (Australian Incident Monitoring System).

- REVIEW

Rappresentano studi condotti con la metodologia della revisione della documentazione clinico-sanitaria. Questa tipologia di studi fonda la validità scientifica sulla statistica.

- ROOT CAUSES ANALYSIS

Le RCA sono analisi che, partendo dagli errori riscontrati in un sistema, attraverso un metodo induttivo che procede in profondità, ricercano le cause dell'evento avverso. Secondo la definizione della JCAHO, la RCA è un processo per identificare le basi o i fattori causali che sono responsabili di una variazione della performance, inclusa l'occorrenza o la possibile occorrenza di un evento sentinella. Le cause individuate, vengono allora classificate in categorie e, attraverso tecniche di analisi, quali il diagramma a spina di pesce, i 5 perché, la mappa dei processi, si mettono a punto le cause del problema.

La RCA si conclude con la l'individuazione delle azioni correttive per ciascuna delle cause individuate, allorchè vengano considerate passibili di aggiustamento aggredibile: si giunge allora alla fase di trattamento del rischio.

- INDIZI

Attraverso la revisione di cartelle ed in generale della documentazione clinica, si ricercano indizi, con lo scopo di individuare possibili errori.

L'analisi proattiva

Si fonda sulla filosofia della prevenzione degli errori. Le metodologie adoperate, di tipo qualitativo e quantitativo, analizzano il processo nelle sue varie fasi, al fine di individuare le criticità del sistema ed i possibili ambiti di: tale errore umano per porvi rimedio.

Metodologie:

IDEF (Integration Definition Language): tale metodo propone

di creare modelli che permettano di raffigurare le funzioni in considerazione

(attività, azioni, procedimenti, operazioni) attraverso collegamenti funzionali evidenziando come i protagonisti dell'agire organizzativo sono in relazione tra loro.

SHELL (software, Hardware, Environment, Livewire); tale strumento si occupa di monitorare le sinergie presenti all'interno dell'organizzazione ma individua i focus della propria attenzione sulla componente umana adattabile e sensibile ai cambiamenti che si verificano nelle altre parti. Si pone il problema di identificare quale sinergia non ha funzionato.

La FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) e la FMECA (Failure Mode and Effect Criticality Analysis) sono tecniche specialistiche adoperate da team multidisciplinari, che permettono di individuare preventivamente e "pesare" le criticità (errori, difetti, guasti. Ecc.) di un processo o di un prodotto. Il metodo è stato ideato negli Stati Uniti nel 1949, in ambito militare ed applicato al mondo sanitario a partire dagli anni '90.

2.3 Approfondimento del metodo FMECA

La metodologia di lavoro FMECA, si compone delle seguenti fasi:

a) Scelta del processo da considerare

Le riflessioni dirimenti possono focalizzarsi su processi critici o particolarmente complessi, o piuttosto su quelli i cui outcome sono ad alta rischiosità, oppure ancora quelli che evidenziano situazioni di allarme.

b) Costituzione del team di lavoro FMECA

Il team leader (esperto della tecnica FMECA) individua le figure professionali multidisciplinari (non più di 7-8), cercando di scegliere professionisti competenti e a conoscenza diretta del processo preso in esame, pena la scarsa validità dei risultati finali.

c) Analisi del processo: fase istruttoria

Prevede l'analisi della letteratura, la raccolta della documentazione, analisi del processo, con scomposizione in fasi e attività semplici mediante l'uso di diagrammi di flusso. Sarebbe bene sia creare diagrammi che rappresentano lo standard, sia il reale accadimento.

d) Identificazione dei potenziali inconvenienti/guasti (failure mode)

I componenti del gruppo sono chiamati ad individuare i possibili inconvenienti e guasti, fonte di potenziali rischi per la sicurezza ed incolumità del paziente.

Potrebbe essere utile formulare delle domande tipo: "cosa potrebbe andare storto in questa situazione?" . Al fine di essere il più esaustivi possibile, sarebbe proficuo identificare delle categorie (esempio: personale; attrezzature; organizzazione).

e) Identificazione delle possibili conseguenze (effect)

Questa fase mira ad identificare le possibili conseguenze degli inconvenienti guasti: "cosa potrebbe accadere al paziente qualora accadesse questo inconveniente?". E' necessario descrivere tutte le possibili conseguenze, dalle più lievi alle più gravi, attingendo dall'esperienza e dalla competenza dei professionisti del gruppo di lavoro.

f) Individuazione delle possibili cause

Di fronte al caso specifico, il gruppo di lavoro, può utilizzare il diagramma causa-effetto (o di Ishikawa o a lisca di pesce) al fine di esplodere le possibili cause e concentrarsi poi sulle più pertinenti.

Il diagramma è costruito nel seguente modo:

-viene tracciato un vettore orizzontale (la spina) marcato, alla cui destra vi è il problema formulato in modo chiaro, del quale si cercano le principali cause.

-Dal vettore principale si dipartono delle linee inclinate, ad ognuna delle quali vengono fatte corrispondere delle categorie.

-Sulle linee inclinate, vengono fatte giungere delle linee orizzontali, che indicano le possibili cause specifiche del problema.

g) Stima della gravità, della probabilità, della rilevabilità

Per gravità si intende la lesione o danno che il paziente può subire in conseguenza dell'accadimento dell'inconveniente.

Per probabilità si intende la frequenza con la quale l'inconveniente accade realmente.

Per rilevabilità si intende la possibilità che il possibile inconveniente venga

intercettato dalle misure di controllo adottate dall'organizzazione (check list; sistemi di allarme...).

Esistono diverse scale numeriche di misura che possono essere utilizzate: il gruppo di lavoro individuerà la più assonante.

Ciò che è importante sottolineare è che solitamente si utilizzano scale che comprendono valori da 1 a 10 e che le stime di maggiore gravità e probabilità di accadimento di un inconveniente corrispondono all'attribuzione dei valori più elevati, mentre la stima della rilevabilità dello stesso corrisponde ai valori più bassi della scala.

h) Determinazione dell'indice di criticità

Una volta che gli inconvenienti/guasti sono stati messi in scala è necessario individuare la criticità complessiva, calcolando per ognuno di essi, l'indice di priorità del rischio (IPR): si tratta della moltiplicazione dei tre valori precedentemente misurati.

$$\text{IPR} = G \times P \times R$$

I valori ottenibili (qualora si sia usata una scala con punteggi da 1 a 10) variano da 1 a 1000.

Un punteggio IPR elevato esprime che il possibile inconveniente/guasto presumibilmente: -provoca gravi conseguenze per il paziente - ha un'elevata probabilità di accadere - ha scarse possibilità di essere intercettato prima di produrre danni.

Tutti gli IPR vengono così ordinati in ordine decrescente, in modo tale da definire le priorità di azioni di miglioramento.

i) Definizione e attivazione delle azioni di miglioramento

Il team di lavoro, si trova, a questo punto, a definire le azioni appropriate ed attuabili per eliminare/ridurre le probabilità che i potenziali inconvenienti/guasti prioritari accadano e/o che, qualora non eliminabili, vengano adottate misure di riduzione della gravità delle conseguenze.

l) Valutazione dell'efficacia degli interventi

Il team FMECA è chiamato, a monitorare nel tempo l'efficacia delle azioni intraprese, nei termini del miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Conclusioni dell'indagine FMECA

L'applicazione di questa tecnica è ampia e può essere impiegata prima di introdurre nuovi processi, per modificare processi esistenti, per utilizzare in altri contesti processi già consolidati ed infine per prevenire il ripetersi di un evento già occorso.

I vantaggi sono:

- migliorare la qualità, l'affidabilità e la sicurezza del processo
- identificare le aree critiche di un processo attraverso un procedimento logico e strutturato
- ridurre il tempo necessario per lo sviluppo di un processo ed i relativi costi
- documentare e rendere rintracciabili le attività di riduzione del rischio
- aiutare ad identificare le criticità
- fornire una base dati

La maggior limitazione di questa tecnica di analisi è che le insufficienze vengono trattate come se fossero unità singole ed analizzate staticamente, mentre in

sanità gli eventi avversi sono il risultato di molteplici insufficienze e di condizioni spesso correlate fra loro. Inoltre, con questa tecnica, non si elimina la soggettività dei professionisti del team FMECA e pertanto i risultati hanno scarsa misurabilità comparativa con altri contesti operativi.

Capitolo 2 Il governo clinico: gli strumenti di miglioramento della qualità

Il governo clinico (GC), liberamente tradotto da Clinical Governance, è una "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali"³, stimolando la creazione di sistemi di qualità.

L'efficacia del GC è condizionata dalla sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, per consentire ai professionisti di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

Il GC richiede uno specifico orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale.

Considerando che la mission principale delle Aziende sanitarie è quella di fornire assistenza di elevata qualità, sono tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per la governance dell'organizzazione.

Gli strumenti del GC dovrebbero essere utilizzati in maniera continuativa e con

³ Degeling PJ, Maxwell S., Iedema R., et al., Making clinical governance work. BMJ 2004; 329:679-81

obbiettivi specifici; dovrebbero essere, inoltre, integrati in tutti i processi di governo aziendale: strutturali-organizzativi, finanziari e professionali.

2.1 Gestione dei reclami

Il reclamo, secondo il Ministero della Sanità, è qualunque espressione di insoddisfazione per la quale è richiesto che un Servizio dedicato (URP Ufficio relazioni con il Pubblico) gestisca la risposta. E' riconosciuto che "chi presenta reclamo compie un gesto attivo di partecipazione diretta e costruttiva dimostrando fiducia nell'istituzione".

Il coinvolgimento dei cittadini nelle valutazioni e nelle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie costituisce, intanto, un diritto, inoltre può certamente contribuire al miglioramento continuo della qualità dei processi.

La dimensione dei disservizi è difficilmente quantificabile, perché non tutte le segnalazioni arrivano agli Uffici competenti: si pensi alle segnalazioni verbali fatte ai professionisti nelle Unità Operative. Solo l'integrazione di tutti i dati consente una maggiore attendibilità nell'identificazione dei rischi e quindi un valore aggiunto al sistema di Risk Management.

2.2 Sistemi di ricerca ed efficacia clinica

La Medicina basata sulle Prove di Efficacia, o Evidence Based Medicine (EBM) consiste nell'utilizzo consapevole, esplicito e giudizioso delle migliori prove di efficacia disponibili nel corso del processo decisionale riguardante la scelta degli interventi di sanità pubblica. Essa si propone di integrare l'esperienza clinica individuale con le migliori conoscenze disponibili derivate dalla ricerca.

Negli ultimi anni l'EBM ha assunto sempre maggiore importanza, insieme all'"Evidence Based Nursing (EBN), che consiste nell'integrare nella pratica infermieristica quotidiana le migliori prove d'efficacia disponibili, sempre a partire dall'esperienza professionale e dai valori dei pazienti.

Per garantire un'assistenza basata su prove di efficacia, i professionisti della salute, devono sviluppare quelle capacità di valutazione della qualità delle evidenze nonché della completezza delle informazioni ;è necessario cioè che acquisiscano competenze di approccio critico e mirato.

Oggi è più corretto parlare di "pratica professionale basata su prove di efficacia" per dare corpo al processo dell'assistenza, nelle sue peculiarità teorico-pratiche.

Le diverse forme di prove di efficacia fanno riferimento a diverse modalità di ricerca:

-trial randomizzati controllati

-studi caso-controllo

-studi su coorti

-studi osservazionali

-ricerca qualitativa

-consenso professionale.

Le fonti di reperimento delle prove forniscono il core di conoscenze da applicare alla pratica clinica al fine di perseguire l'efficacia clinica.

Nell'ottica, secondo cui le politiche di governo clinico, permettono di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriato, ecco che la pratica professionale basata su prove di efficacia, necessita dell'adozione di metodi espliciti e riproducibili per la definizione di linee guida con le relative raccomandazioni e l'adozione di percorsi assistenziali.

2.3 Audit clinico

Il termine audit, dal latino audio, richiama ad un processo di ascolto e partecipazione ed è comunemente usato in ambito economico e finanziario per indicare la verifica dei dati di bilancio e delle procedure di una azienda per controllarne la correttezza.

È opportuno sottolineare che l'audit clinico si differenzia dalla semplice raccolta di dati, la quale si limita a confrontare la pratica clinica da quella definita dagli standard; ciò costituisce solo una parte del processo di audit che prevede la valutazione degli scostamenti della pratica clinica rispetto a standard, le azioni di miglioramento e la valutazione delle iniziative intraprese.

Il Ministero della Salute, nel 2006, ha definito l'Audit clinico come:

“metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte”⁴.

L'audit clinico è uno strumento di miglioramento della qualità dei servizi e delle cure offerte. In tal senso esso è considerato uno dei principali determinanti della Clinical governance .

Ambiti di utilizzo:

L'audit clinico è una metodologia che si focalizza su specifici problemi clinico/assistenziali o su aspetti della pratica corrente.

⁴ Ministero della Salute dipartimento della qualità pag. 5

Ciò che lo connota è la competenza clinico-assistenziale dei partecipanti, la confidenzialità dei risultati e l'esplicito interesse al miglioramento della qualità delle cure. L'audit clinico è applicabile ad aree dell'assistenza per le quali sia ipotizzabile sviluppare interventi di miglioramento; ciò significa che non è ragionevole impegnarsi in un processo di audit allorché il divario tra la prassi esistente e quella ottimale sia minimo o quando, pur avendo livelli di assistenza sub-ottimali, le possibilità di introdurre cambiamenti siano limitate o quando non siano conosciuti i livelli ottimali di assistenza.

I professionisti e le organizzazioni sanitarie hanno l'obbligo di implementare le Buone pratiche disponibili e di mettere in atto le iniziative per accrescere la sicurezza dei pazienti. In tal senso l'audit clinico, condotto in modo rigoroso, risponde ad un imperativo etico del servizio sanitario, di cui possono beneficiare sia i professionisti che i pazienti.

2.4 La formazione

Il Decreto Legislativo 19 giugno 1999 N. 229 detta disposizioni innovative in merito all'educazione continua in medicina. La formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente e consiste in attività specifiche per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a Corsi, convegni, partecipazione a studi clinici controllati e di ricerca.

E' diventato operativo il sistema di accreditamento obbligatorio ECM (Educazione continua in medicina) dal 2002, anno in cui si è costituita la Commissione nazionale per la formazione continua.

Analizzando il tema della formazione nell'ambito del governo Clinico, è da sottolineare come la costante formazione rappresenti una condizione indispensabile affinché i professionisti e i team multidisciplinari acquisiscano e perfezionino le capacità di autorganizzazione di assunzione di responsabilità della qualità del lavoro. L'operatore aggiornato e qualificato diventa sempre più innovativo, flessibile, capace di perseguire le missioni aziendali in modo condiviso. Naturalmente accanto alla formazione professionale, è necessaria la formazione sui processi in funzione dei quali i vari ruoli si devono integrare.

Si evidenzia la necessità di consolidare tra gli operatori sanitari la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale e di inserire le attività di ECM (in particolare, la formazione sul campo) nelle strategie multifattoriali mirate alla modifica dei comportamenti professionali e di sviluppare strumenti per misurare la qualità tecnico-professionale, sino a definire criteri di training e accreditamento, standardizzando la valutazione di conoscen

ze, competenze e attitudini.

2.5 Gli stili di leadership

Il contesto nel quale ci troviamo a discernere, vede un Infermiere Coordinatore che esercita la propria leadership, nel processo di Governo Clinico assistenziale, con il fine di sviluppare le capacità degli operatori in termini di competenze e calando nell' Unità Operativa i mandati Dipartimentali e della Direzione Aziendale. Per poter creare un cambiamento culturale orientato alla gestione del rischio clinico, alla prevenzione, alla valutazione degli errori, l'Infermiere Coordinatore può adottare uno stile di leadership di tipo democratico e partecipativo.

Questo stile stimola i collaboratori a sviluppare gli obiettivi, a formulare piani e ad adottare meccanismi di feedback valutativi. La modalità tipica della leadership partecipativa è quella secondo la quale il leader evidenzia al gruppo la sua visione dei problemi, propone la propria strategia di analisi chiedendo pareri critiche e suggerimenti. Formula poi, fra le varie proposte, la decisione finale che il gruppo metterà in azione.

Lo stile democratico e partecipativo è particolarmente adatto nel produrre lavori di qualità elevata in un gruppo creativo ed autonomo.

L'Infermiere coordinatore che intende ispirarsi ai principi della leadership democratica può avvalersi dell'approccio dell'empowerment (letteralmente "rendere potenti"), ovvero un sistema atto a sprigionare le potenzialità di autoregolazione e di adattamento dei professionisti, tale da responsabilizzarsi e renderli consapevoli di far parte di una catena produttiva con anelli a monte e a valle, tutti tendenti a realizzare gli obiettivi del governo clinico.

2.6 L'organizzazione dei Servizi

Secondo le indicazioni del GIMBE, appare utopistico definire un modello Organizzativo unitario per l'attuazione del Governo clinico, in quanto vi è una consistente variabilità delle Aziende Sanitarie oltre che dei Piani Socio Sanitari regionali. I pre-requisiti organizzativi, al fine di una buona riuscita delle politiche di Governo Clinico, consistono nella definizione di un modello dipartimentale ben strutturato e funzionante, nella costituzione delle reti multi professionali con le modalità bottom-up.

Le reti multi professionali devono comprendere i facilitatori del Governo Clinico, riconosciuti con l'istituzione di ore dedicate.

Per ottimizzare il coordinamento delle reti e dei progetti di Governo Clinico, gli uffici di staff (governo clinico, rischio clinico, qualità, formazione, accreditamento) dovrebbero essere adeguatamente qualificati oltre che sottoposti ad un processo di riorganizzazione. La definizione degli obiettivi e delle attività di Governo Clinico dovrebbe essere effettuata in occasione della concertazione del budget.

In un'Azienda sanitaria possono essere identificati due livelli di attuazione del Governo Clinico:

un livello macro, il cui ambito è Aziendale ed il riferimento organizzativo è il Collegio di Direzione ed un livello micro, il cui ambito è il Dipartimento ed il riferimento organizzativo è il Comitato di Dipartimento.

Non si ottiene piena attuazione del Governo Clinico qualora non esista un modello dipartimentale adeguatamente strutturato, come già detto.

I progetti dovrebbero essere ben definiti e limitati, pena l'insuccesso: a livello macro l'Azienda dovrebbe delineare 2-3 progetti l'anno, (sono spesso su commitment regionale), a livello micro i dipartimenti dovrebbero essere tutti coinvolti in almeno 1 progetto.

Il Decreto Legislativo 229 del 1999, all'Art. 17-bis, definisce, come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie, l'organizzazione Dipartimentale.

Il Direttore di Dipartimento ha responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione e responsabilità gestionali in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

2.7 La centralità del paziente

Lo scopo fondamentale del Governo Clinico è il continuo miglioramento dell'esperienza di cura del paziente.

La qualità dei servizi sanitari passa doverosamente dal coinvolgimento attivo e partecipativo del paziente e dei suoi famigliari.

E' necessario che sia a livello clinico che organizzativo, si sviluppino strategie di coinvolgimento del pubblico attraverso politiche di comunicazione, nonché stili di comunicazione, e attraverso informazioni efficaci al pubblico.

Il riuscire a far rendere consapevole il paziente del tipo di attesa ragionevole che può ottenere dai servizi sanitari, e ad avvicinarsi alle migliori compliances possibili, alle cure – processi fa parte di un sistema che davvero mira alla realizzazione del Governo Clinico.

La Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, emanata con D.P.C.M. del 19 maggio 1995, è un patto con i cittadini: le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere si assumono impegni e responsabilità a favore del perseguimento di standard di qualità il cui rispetto è verificabile dal cittadino-cliente.

I principi fondamentali della Carta dei Servizi Sanitari sono:

- imparzialità
- eguaglianza
- continuità
- diritto di scelta
- partecipazione
- efficienza ed efficacia

Considerazioni

In definitiva, sia per analisi della letteratura internazionale, sia per quanto approfondito dal GIMBE, l'elemento innovativo del Governo Clinico sta nella consapevolezza che gli strumenti per attuarlo possono essere utili solo se sostenuti da

una politica sanitaria che ne incentivi e renda possibile concretamente l'utilizzo, oltre che dalla costruzione di relazioni tra le diverse competenze presenti nelle organizzazioni sanitarie che favoriscano una cultura della responsabilizzazione verso la qualità come "dovere istituzionale".

Inoltre, Le politiche del governo clinico possono essere applicate con successo soltanto laddove si sviluppi una "rete" di collaborazioni professionali aperta, ove le scelte siano condivise e non imposte e lo scambio di idee (feed-back) elevato; infatti, un meccanismo gestionale che imponga standard calati dall'alto non determina risultati positivi e non induce a cambiamenti dell'agire professionale. L'esperienza sul campo, ha dimostrato che in tema di Clinical Governarce, solo se vi è una forte integrazione tra gli staff (Qualità, Rischio Clinico, Accredimento, Servizio Infermieristico, Direzioni Mediche di Presidio, Formazione) ed i Dipartimenti Clinici, e con "la regia" di una Direzione Sanitaria autorevole si riescono ad ottenere risultati d'eccellenza, con il fine ultimo di rendere più sicure e di qualità le prestazioni erogate ai pazienti.

Più in particolare, si può affermare che solo con le seguenti caratteristiche culturali di Governo Clinico è possibile approcciarsi in maniera globale al sistema di Governo stesso.

- Porre il paziente al primo posto

- Conferire responsabilità e ascoltare il personale

- Offrire un ambiente di lavoro aperto e non oggetto di biasimo

- Far permeare nel personale la consapevolezza del significato di governo clinico

- _ Favorire la partecipazione del personale alle discussioni che abbiano per oggetto il governo clinico.

- Chiarire quali sono le competenze e le abilità che dovrebbero avere gli operatori.

- Eeguire regolarmente verifiche

- Far sì che i clinici imparino dall'errore.

- Utilizzare in modo efficace le informazioni e i dati.
- Avvallare le decisioni cliniche che abbiano evidenza fornita dalla ricerca
- Porsi in discussione a seguito di lamentele del paziente ed errori clinici
- Volere veramente cambiare il proprio atteggiamento nel lavoro per migliorare l'assistenza al paziente.
- Offrire le opportunità di crescita professionale mediante l'istruzione e formazione.
- Consentire al personale l'accesso ai sistemi informativi ad alto contenuto tecnologico.
- Introdurre il governo clinico quale parte integrante della pratica giornaliera.

Capitolo 3 **Risk management: applicazione di strumenti e metodologie in un DEA di 1° livello**

3.1 Presentazione generale del progetto

Durante il periodo di tirocinio in DEA, ho sviluppato il progetto di tesi, basandomi su una mia particolare inclinazione, presente sin dall'inizio della mia attività lavorativa, ovvero la ricerca del continuo miglioramento del gruppo di lavoro a favore dell'utenza, in un'organizzazione clinico assistenziale mutevole, frenetica e dinamica ed esposta a forte rischio di errori, quale è il Dipartimento di Emergenza Accettazione.

Più in particolare, ho elaborato considerazioni secondo le quali, la maggior parte dei pazienti è curata con esito positivo: la quota minoritaria, con esito negativo trova causalità nelle caratteristiche intrinseche di alcune malattie, incidenti, nonché nei limiti della medicina, e anche, certamente, nella presenza di errori che influenzano il processo clinico-assistenziale, superando le barriere a difesa e tutela del paziente. Le azioni umane che violano la sicurezza del paziente sono non intenzionali e intenzionali, secondo il modello di J. Reason.

Le azioni non intenzionali comprendono gli slips e i lapses, cioè i fallimenti della memoria e dell'attenzione. Nel gruppo delle azioni compiute consapevolmente dal professionista si distinguono gli errori dovuti a mancanza di conoscenza ed esperienza e violazioni di applicazione di norme, procedure.

Da questa prima analisi ho potuto disaminare quanto può essere fallibile l'essere umano, ma l'approccio psicologico che avrei potuto approfondire non mi dava conto di tutte quelle situazioni vissute e sentite nell'arco di vita professionale,

nelle quali appare evidente come siano molteplici le cause presenti e latenti all'interno dell'organizzazione.

Sono partita, allora, dalla considerazione che non esistono metodi e sistemi per evitare completamente i rischi nei Dipartimenti di Emergenza ma se assumiamo, con la dovuta consapevolezza che il seguente elenco di situazioni è da considerare costantemente, allora siamo almeno nella condizione della giusta allerta sensibilizzante.

-I pazienti giungono al pronto soccorso ansiosi, spaventati e con una capacità talvolta diminuita di comprendere ciò che accade loro.

-Ogni operatore sanitario è nel suo piccolo un risk manager e deve fare in modo che i bisogni del malato siano compresi ed esauditi.

-Se è evidente che i bisogni del paziente non sono stati soddisfatti, ogni membro dello staff ha il dovere di riferire al proprio Dirigente che potrebbe verificarsi in quell'area una situazione di potenziale rischio.

-Una costante comunicazione e rapporto con il paziente è la via migliore per mostrare preoccupazione e dare buona assistenza.

-Ogni qualvolta i conflitti tra pazienti e operatori non possano essere risolti semplicemente sul posto, è necessario riferirsi ad un sistema strutturato ed organizzato che abbia il compito, non solo di rispondere a quel particolare problema, ma anche di chiarire le ragioni del perchè nel sistema ciò si sia verificato, e agire affinché possa essere prevenuto in futuro.

-I malati tendono ad essere visitati non nelle condizioni migliori, ma peggiori.

-Le lamentele più frequenti riferite da pazienti visitati in un Pronto Soccorso

sono: che hanno aspettato troppo a lungo e il dottore non ha detto loro "niente".

-La principale arma nella guerra del risk management è l'atteggiamento: il professionista sicuro e contento del suo lavoro trasmette tale attitudine ai pazienti e a tutto lo staff.

-Il periodo del cambio turno ed delle consegne sia mediche che infermieristiche è un momento a rischio di errori;

-I pazienti che ritornano in Pronto Soccorso per visite non programmate e che spesso vengono classificati "scocciatori" possono essere fonte di pregiudizi e di errori;

-occorre evitare di dare consigli telefonici senza visitare il paziente;

-l'eseguire aprioristicamente terapie e medicazioni consigliati dal medico curante può ingenerare errori;

-le prestazioni eseguite da studenti non sufficientemente tutorati risentono della mancanza di esperienza;

- le situazioni di "abbandono" del Pronto Soccorso da parte del Medico che per organizzazione aziendale deve recarsi in altri reparti per visitare altri pazienti, mette a rischio il Servizio;

- i pazienti che lasciano il Pronto Soccorso senza attendere la Visita Medica, a causa dei lunghi tempi di attesa e i pazienti che giungono da altre strutture e che hanno già una diagnosi, potrebbero avere patologie a rischio o rivelarsi più gravi del quadro descritto. Consapevole che i progetti di Risk Management efficaci passano attraverso un sistema, a più livelli, regolamentato con specialists e team multiprofessionali, ho comunque progettato una bozza di programma in

formatizzato ad uso del DEA, utile per raccogliere, elaborare, gestire i dati relativi ai fallimenti latenti e attivi e, nel contempo, facilitare il lavoro del Coordinatore, perché in un unico database sono raccolte tutte le procedure aziendali, i protocolli e le linee guida di pertinenza.

Obiettivo dell'elaborato di tesi:

Costruire un programma applicativo di Risk Management ad uso del DEA






Identificare le azioni di miglioramento clinico-assistenziali in una situazione specifica del DEA, considerata ad elevato rischio.

3.2 Programma applicativo "Risk DEA"

Il programma è costituito da 5 fogli excel di cui 1 di presentazione-indice e 4 di lavoro.

Ad ogni casella dei fogli di lavoro, corrispondono collegamenti ipertestuali a file di archivio documenti e/o testi. Questa struttura permette di ottenere sia un database specifico, sia un modello di procedura di analisi del rischio.

RISK DEA

	FOGLIO 1 SCHEMA RISK DEA
	FOGLIO 2 •DATI GENERALI DELL'AZIENDA
	FOGLIO 3 •GESTIONE DEL RISCHIO
	FOGLIO 4 •MODULISTICA
	FOGLIO 5 ° VERBALI RIUNIONI ° EVENTI CRITICI DEA

dati generali dell'azienda

ASL
INDIRIZZO

DIPARTIMENTO DI
EMERGENZA
ACCETTAZIONE

RESPONSABILE
MEDICO

RESPONSABILE
INFERMIERISTICO

data stesura
:
21/01/2013

data
revisione1:

data
revisione2:

data
revisione3:

Denominazione del settore: TRIAGE

azioni	modi di difetto	effetti	cause dei modi di difetto	Misure di controllo previste	P	S	D	IPR	Semaforo	Azioni correttive
Accogliere il paziente										
Identificare il paziente										
Valutare il paziente										
Attribuire codice di priorità										
Presidiare i trasferimenti a rischio										
Identificare l'area e la posizione di attesa										
Adottare i DPI										
Identificare il problema prioritario tra le										
Definire area di competenza										
Eseguire Check list										
Rivalutare il paziente										
Rispettare la privacy										
Controllare sistemi di chiamata	Campanello difettoso: non emette suono	Il paziente non può chiamare né entrare nei locali interni del DEA	batteria scarica	nessuna						
Comunicare-allertare-informare										

MODULISTICA

protocolli aziendali

dal ministero della salute

procedure aziendali

linee guida

schede di segnalazione

verbali delle riunioni di Risk Management DEA

data _____	data _____	data _____	data _____
data _____	data _____	data _____	data _____

eventi critici DEA

tipo di evento data _____	tipo di evento data _____	tipo di evento data _____	tipo di evento data _____
tipo di evento data _____	tipo di eventod ata _____	tipo di evento data _____	tipo di evento data _____

3.3 Identificazione delle azioni di miglioramento clinico-assistenziali in una situazione specifica del DEA, considerata ad elevato rischio.

Al fine di comprendere quali sono le attività e/o le situazioni, ritenute a maggior rischio clinico nel nostro DEA di 1° livello, ho proceduto somministrando ai colleghi Infermieri un questionario (allegato 1) con lo scopo di scorporare le macro attività Infermieristiche (es.: assistere il paziente, valutare il paziente in emergenza...), ritenute poco utili ad individuare delle criticità, in attività specifiche e ben definite (es. accogliere il paziente al triage; rilevare e notificare il dolore...).

La somministrazione del questionario è avvenuta a 28 Infermieri del DEA di Chieri. Ho ritirato e spogliato 20 questionari tutti compilati in ogni parte.

L'esito di questo primo lavoro, è un elenco di attività e valutazioni infermieristiche, suddivise nelle fasi che contraddistinguono il processo assistenziale in DEA: triage – visita medico-infermieristica nelle sale di Medicina o Chirurgia o Emergenza – OBI (Osservazione Breve Intensiva) – situazioni gestionali / organizzative. Tale elenco è il risultato dell'apporto individuale di tutti i colleghi.

A questo punto ho ritenuto opportuno, somministrare l'elenco delle microattività infermieristiche, chiedendo ai colleghi di fornire una valutazione di rischiosità /potenziale danno per il paziente (vd. Allegato 2).

Le deduzioni di cui posso disporre sono:

La fase di triage, nei suoi compiti più specifici di attribuzione dei codici di priorità e valutazione del paziente , è ai primi posti nella considerazione di fase ad elevato rischio.

Nell'esperienza locale, tutti gli Infermieri sono formati come da linea guida G.U.

N. 196 del 25/08/03 e vengono affiancati a Tutor prima di iniziare autonomamente l'attività. Nonostante il tema sia altamente pertinente al pro della mie valutazioni ho scartato l'analisi dettagliata in quanto è in corso un lavoro di audit interno.

La trasfusione di emocomponenti e la somministrazione della terapia (soprattutto in OBI) sono altrettanto ai primi posti della classifica di alta rischiosità/grave danno per il paziente. Ho tralasciato anche questo tema, in quanto è corposamente affrontato, sia a livello di unità operativa, sia a livello diringeziale.

Un'altra priorità tralasciata è la situazione di eventi pericolosi (incendio, crolli, aggressioni) in quanto è tema di formazione aziendale, nonché giudico essere insito nella tipologia di eventi il pregiudizio di pericolosità.

Arrivo dunque a prendere in considerazione il SOVRAFFOLLAMENTO, che con il punteggio sommatorio di 56 esprime un forte potenziale di danno/rischiosità per il paziente.

3.4 Sviluppo di scheda FMECA relativa alla situazione di sovraffollamento in DEA

L'iperafflusso dei pazienti in pronto Soccorso è una condizione non

programmabile conosciuta e studiata e facente parte, a poussè delle cronache.

Nonostante l'attenzione al fenomeno, persistono deficit di inquadramento e

definizione univoci. Ovviamente il periodico sovraffollamento del Pronto soccorso

va distinto dalle situazioni di maxiemergenza, nelle quali i meccanismi sono del

tutto diversi per causalità e vengono affrontati da apposite linee guida.

Non si intende con questa tesi analizzare né le cause del fenomeno né fornire

progetti di approccio alla prevenzione di tale condizione, bensì si intende

prendere atto della situazione ed evidenziare i possibili rischi ed errori che


potrebbero accadere e trovarvi barriere preventive.

Per l'applicazione del sistema FMECA, ho seguito tutte le fasi che vado ad

illustrare con uno schema tabellare.



Fasi del Processo FMECA	Azione	Contenuto	Esito
Scelta del processo da considerare	_mandato N. 1 rivolto ai colleghi del DEA, ai quali ho chiesto di scorporare le attività di assistenza in microattività e situazioni organizzative	Vedi allegato 1	Elenco di microattività e situazioni organizzative proprie del DEA
	_mandato N. 2 rivolto ai colleghi del DEA, ai	Vedi allegato 2	Classificazione delle azioni ritenute a maggiore rischiosità

	quali ho chiesto di assegnare a ciascuna attività e situazione un valore di rischio		
costituzione del team di lavoro	Ho chiesto la collaborazione di alcuni colleghi e del Coordinatore Infermieristico	Ho fissato alcune date di incontro	Gruppo costituito da 4 Infermieri e 1 Coordinatore
Analisi del processo (il sovrappollamento in DEA): fase istruttoria	Censimento della letteratura e dei protocolli-procedure aziendali	Individuazione di articoli e lettura accurata della procedura aziendale in caso di sovrappollamento-iperafflusso	Processamento di uno standard ipotetico e della realtà attuale
<p>Dalla disamina della procedura aziendale è subito emersa la sensibilità della Direzione Sanitaria verso le criticità in situazioni di sovrappollamento in DEA.</p> <p>E' ben delineato il fatto che il sovrappollamento non deve più essere considerato come un solo problema del DEA, bensì di tutta l'azienda.</p> <p>La premessa che lo stazionamento dei pazienti in barella lede la dignità delle persone, è sembrato un buon punto di partenza.</p> <p>Il protocollo prevede la gestione dell'iperafflusso su più livelli di complessità e ha l'obbiettivo di far fluire i pazienti in attesa di ricovero verso i reparti di degenza e, qualora ci siano discrepanze fra posti letto liberi e pazienti da ricoverare, allora si dà avvio al protocollo iperafflusso. Il Medico responsabile, in collaborazione con il coordinatore Infermieristico e la Direzione Sanitaria cercano di trasferire i pazienti verso altri ospedali dell'ASL, oppure in Reparti di "appoggio".</p>			

	<p>L'esperienza lavorativa del team di lavoro FMECA evidenzia alcune lacune, probabilmente ritenute non facenti parte del nucleo di questo protocollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Non sono definite le modalità di gestione assistenziale dei numerosi pazienti presenti, in attesa che i preposti all'organizzazione trovino soluzioni. 2) La reticenza del paziente e dei suoi famigliari ad essere trasferiti in Ospedali più lontani 3) La difficile applicabilità del protocollo nei giorni festivi e serali, quando la Direzione Sanitaria e i Referenti e Responsabili del DEA e del Dipartimento non sono in servizio. 4) Non è chiaro quale sia il momento-soglia, per attivare il protocollo, ovvero manca l'indicatore Di buona performance (esempio: lo stazionamento in DEA per un periodo non superiore a 6 ore, oltre il quale deve far seguito la dimissione o l'osservazione breve o il ricovero o il trasferimento) 		
<p>identificazione dei possibili inconvenienti /errori</p>	<p>Il team di lavoro FMECA ha risposto alla domanda "Cosa potrebbe andare storto in una situazione di sovraffollamento in DEA?"</p>	<p>#</p> 	<p>Si è formulato un elenco di possibili inconvenienti, sulla base dell'esperienza lavorativa e su eventi occorsi, dopo che si è ragionato sulle differenze tra i termini di iperafflusso e sovraffollamento</p>
<p>Risposte:</p> <ul style="list-style-type: none"> -documentazione clinica medico infermieristica lacunosa -difficoltà di comunicazione tra operatori -ritardo di presa in carico -perdita di informazioni relative alla totalità del paziente 			

(psico-mediche-sociali)

- omissione / ritardo /errori di somministrazione terapie
- mancate forniture e rifornimenti di materiale
- omissione di procedure di sanificazione e deterzione
- omissione di applicazione di check-list e controlli delle apparecchiature
- ritardi nell'effettuazione di esami diagnostici
- difficoltà di comunicazione con i pazienti e parenti
- errori di identificazione dei pazienti
- ritardi nelle risposte ai bisogni dei pazienti
(cure igieniche; pasti; mobilitazione; prevenzione lesioni da pressione; informazione del percorso clinico assistenziale;)
- riduzione delle regole della privacy
- smarrimenti della documentazione clinica o parte di Essa
- smarrimenti di beni
- omissioni di consegna
- ritardi nell'identificazione dei segnali di peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti
- insoddisfazione degli utenti in attesa della prima visita e dei pazienti in attesa di rivalutazione
- infortuni degli operatori
- riduzione del lavoro in team a favore del lavoro Individuale
- omissione della somministrazione della terapia domiciliare
- omissione / riduzione delle attenzioni al dolore psico-Fisico
- riduzione delle misure di protezione da Contaminazione.
- maggior rischio cadute
- errori di etichettatura delle provette

<p>individuazione delle possibili conseguenze</p>	<p>Il gruppo di lavoro FMECA ha risposto alla domanda: "Qualora accadessero questi inconvenienti, cosa potrebbe succedere al paziente?"</p>		<p>Si è prodotto un elenco di eventi, riconoscibili come errori, near misses, eventi sentinella.</p>
<ul style="list-style-type: none"> -riduzione / perdita della fiducia nei confronti dell'equipe e dell'organizzazione -riduzione della compliance ai consigli terapeutici e di percorso medico-assistenziale -peggioramento delle condizioni cliniche -complicanze cliniche -reazioni avverse a farmaci -alterazioni dell'umore -manifestazioni di violenza nei confronti degli operatori -desiderio di allontanarsi dal DEA prima della fine percorso -fuga -subire un danno economico -subire dei traumi di diversa entità da caduta -contrazione di infezioni ospedaliere -morte 			
	<p>Il team di lavoro FMECA ha risposto alla domanda "Quali potrebbero essere le cause dei possibili inconvenienti?"</p>	<p>#</p> 	<p>Si è formulato un elenco di possibili cause</p>
<p>-discrepanza tra il numero di operatori (medici/Infermieri/OSS) e numero utenti</p>			

-l'ambiente affollato è disturbante

- rumore
- continue e perpretate interruzioni. Es. domande di pazienti e famigliari; telefono; comunicazioni con colleghi Specialisti.
- confusione
- aumento delle prestazioni da fornire in un tempo ristretto.
- contrazione del tempo per le consegne e per le comunicazioni tra operatori
- stress degli operatori
- estrema difficoltà ad essere contemporaneamente operatore di sala per la valutazione dei nuovi pazienti e operatore di assistenza per i numerosi pazienti in attesa di ricovero o dimissione
- omissione delle pause di riposo degli operatori
- contemporaneità di prima visita di più pazienti
- richieste multiple e contemporanee a carico di un solo operatore il quale deve operare ragionamenti di sintesi e valutazioni di priorità
- omissione di check-list per mancanza di tempo
- impulsività e aggressività a ritenere i codici bianchi degli scocciatori non degni di distogliere le attenzioni ai pazienti gravi.
- riduzione delle capacità relazionali intese come le competenze di gestione dell'incontro con l'altro in tutto il suo divenire (sentire, essere presenti nella relazione, saper entrare in contatto empatico, comprendere le richieste, i punti di vista, i bisogni).
- non sapere chiedere aiuto (operatori)
- non conoscere i propri limiti (operatori)
- agitazione (operatori)
- incapacità a "cambiare registro" al subentro di situazioni critiche

L'analisi FMECA, prosegue con la valutazione quantitativa.

I tre elementi (probabilità; gravità; rilevabilità) vengono ora presi in considerazione associandovi un giudizio di valore su criteri predefiniti, costruito su una scala che va da 1 a 10, che permetterà di calcolare un indice di priorità del rischio (IPR).

Vengono considerate:

- la probabilità che si verifichi la causa del modo di errore/guasto (e quindi del guasto);
- la gravità degli effetti dell'errore/guasto;
- la rilevabilità dell'errore/guasto.

Mentre nel caso della gravità degli effetti e della probabilità di accadimento dell'errore, la scala viene utilizzata in modo proporzionale da 1 a 10, nel caso della rilevabilità essa viene utilizzata in modo inverso, attribuendo valori tanto più alti quanto più è difficile l'individuazione (e quindi la possibilità di controllo) dell'errore/guasto.

Una volta assegnato a ciascun elemento il proprio punteggio, l'IPR si calcola come il prodotto dei tre parametri considerati.

Esso può assumere il valore massimo di 1.000

(10x10x10: prodotto dei punteggi massimi delle scale) e il valore minimo di 1

(1x1x1: prodotto dei punteggi minimi delle scale).

Scala di gravità

Gravità	Criteri	Valore
Estremamente pericolosa	Errore che può contribuire alla morte	10
Pericolosa	Errore che può provocare lesioni permanenti	9
Molto alta	Errore che può provocare prolungamento della degenza con esiti alla dimissione	8
Alta	Errore che può provocare prolungamento della degenza senza esiti alla dimissione	7
Moderata	Errore che necessita di trattamenti con farmaci importanti	6
Bassa	Errore che necessita di trattamenti minori (bendaggi, farmaci FANS...)	5
Molto bassa	Errore che richiede osservazione e procedure diagnostiche senza trattamento	4
Minore	Errore che può provocare danno lieve (sudorazione, nausea, tremore)	3
Molto minore	Errore che può provocare danno minore (errata dieta, mancata informazione...)	2
Nessuna	Nessuna conseguenza	1

Rilevabilità dell'errore/guasto	Punteggio
altissima	1-2
alta	3-4
media	5-6
bassa	7-8
bassissima	9
nulla	10

Probabilità dell'errore/guasto	Punteggio
remota 0%	1
bassa fra 5‰ e 1‰	2-3
moderata fra 0,5‰ e 0,5%	4-5-6
alta fra 1% e 5%	7-8
molto alta fra 0% e 50%	9-10

Classificazione delle probabilità

Frequente	È probabile che capitino anche subito o entro breve tempo (può capitare alcune volte in un anno)
Occasionale	Può capitare (alcune volte nel giro di due anni)
Infrequente	È possibile che capitino (può capitare ogni 2-5 anni)
Raro	È improbabile che capitino (può capitare ogni 5-30 anni)

Assunzione delle decisioni per l'attivazione dei processi di prevenzione:

I punteggi, presi singolarmente, hanno poco significato; il prodotto dei tre giudizi, invece, rappresenta con discreta approssimazione gli elementi più critici del progetto del processo, come si è dimostrato in ormai una cinquantina di anni di esperienza di uso di questa tecnica.

Il fatto che essa venga utilizzata da un gruppo di lavoro multidisciplinare che deve raggiungere il consenso nell'assegnare i punteggi modera gli aspetti

negativi della soggettività delle valutazioni, e il risultato costituisce un buon materiale per assumere decisioni.

Gli IPR ottenuti vengono ordinati in modo decrescente: la soglia di IPR fino alla quale si interviene dipende da considerazioni da effettuare in loco; si possono scegliere, ad esempio, gli ambiti di azione usando il criterio di Pareto 80 - 20.

Si dovrebbe intervenire tuttavia sugli IPR più alti, indipendentemente dal loro valore assoluto. Una volta individuati i punti critici, si agisce su di essi con gli strumenti del problem solving, raccogliendo dati e informazioni specifici e progettando gli interventi preventivi più opportuni.

La fase più difficoltosa è risultata l'analisi degli eventi potenzialmente dannosi sotto l'aspetto dell'assegnazione dei valori di gravità, probabilità e rilevabilità.

Si prende atto che il gruppo FMECA estemporaneamente formato non è tecnicamente formato, ma formalmente procede alle valutazioni del processo, riservando possibili variazioni e approfondimenti a momenti dedicati e costituiti con specialists .

Il mio lavoro è continuato con la schematizzazione delle situazioni considerate.

Azioni	Modi di difetto	Effetti	Cause dei modi di difetto	Misure di controllo	P	R	G	IPR	Semaforo	Azioni correttive
--------	-----------------	---------	---------------------------	---------------------	---	---	---	-----	----------	-------------------

Ho cioè messo in elenco le azioni, ordinandole per fasi di processo (accoglienza-triage; prima valutazione medico-infermieristica/internistica/chirurgica/anestesiologicala; attesa responso; osservazione breve intensiva, dimissione; trasferimento; attesa ricovero).

Successivamente ho correlato le azioni ai i modi di difetto, agli effetti, alle cause evidenziati nel processo FMECA, sopra descritto.

Ho poi analizzato le misure di controllo suggerite, e operate dai professionisti in prima linea, evidenziando come ciascun singolo operatore adotti strategie di controllo specifiche (esempio: richiedendo la presenza maggiore dell'OSS e delegando alcune funzioni, quali il rilievo dei parametri vitali agli utenti in osservazione in corridoio, passaggio da tutti gli utenti in osservazione chiedendo "come sta"? e poi riferendo all'Infermiere possibili criticità e/o richieste di bisogni).

Il gruppo di lavoro FMECA, ha poi formulato i dati quantitativi di ciascun "difetto" utilizzando le scale, di cui sopra. A ciascun possibile difetto ogni membro ha formulato un valore (di P probabilità; di R rilevabilità; di G gravità).

Il risultato è qui sotto evidenziato con il grafico; inoltre ad ogni possibile inconveniente è stato assegnato un codice identificativo delle aree di interesse:

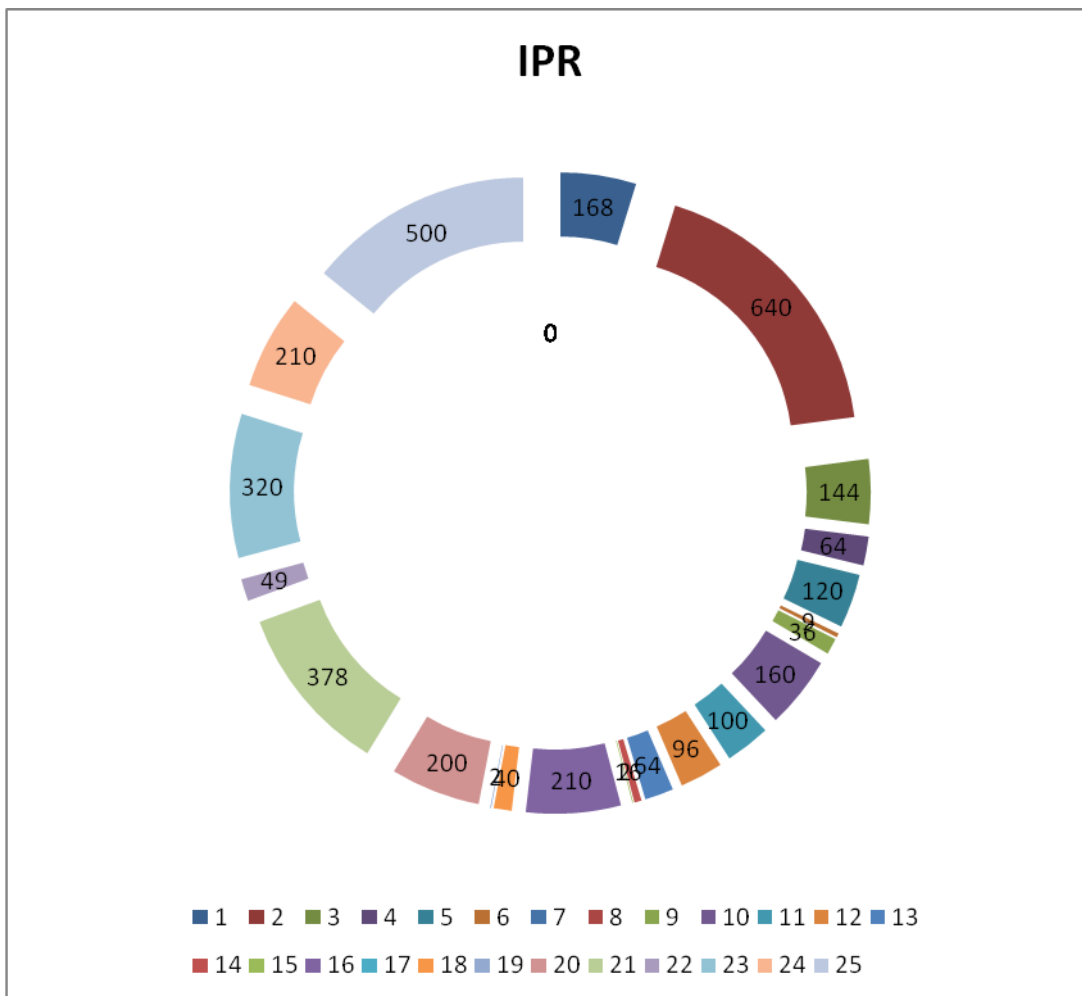
E01=trriage/accoglienza

E02=visita medico-infermieristica

E03=attesa responso

E04=OBI

E05=dimissione/trasferimento/attesa ricovero



1 documentazione clinica medico infermieristica lacunosa E02030405 (IPR 168)

2 difficoltà di comunicazione tra operatori E0102030405 (IPR 640)

3 ritardo di presa in carico E01(IPR144)

4 perdita di informazioni relative alla totalità del paziente (psico-mediche-sociali) E01020304 (IPR 64)

5 omissione / ritardo /errori di somministrazione terapie E02030405 (IPR 120)

6 mancate forniture e rifornimenti di materiale E01020304 (IPR 9)

7 omissione di procedure di sanificazione e detersione EE020304 (IPR 98)

8 omissione di applicazione di check-list e controlli delle apparecchiature E0102030405 (IPR 21)

9 ritardi nell'effettuazione di esami diagnostici E0200304 (IPR 36)

10 difficoltà di comunicazione con i pazienti e parenti E0102030405 (IPR 160)

11 errori di identificazione dei pazienti E01020305 (IPR 100)

12 ritardi nelle risposte ai bisogni dei pazienti (cure igieniche; pasti; mobilizzazione; prevenzione lesioni da pressione; informazione del percorso

- clinico assistenziale;) E0102030405 (IPR 100)
- 13 riduzione delle regole della privacy E0102030405 (IPR 96)
- 14 smarrimenti della documentazione clinica o parte di essa E0102030405 (IPR 64)
- 15 smarrimenti di beni E0102030405 (IPR 16)
- 16 omissioni di consegna E0102030405 (IPR 210)
- 17 ritardi nell'identificazione dei segnali di peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti E01020304 (IPR 100)
- 18 insoddisfazione degli utenti in attesa della prima visita e dei pazienti in attesa di rivalutazione E010203 (IPR 40)
- 19 infortuni degli operatori E0102030405 (IPR 2)
- 20 riduzione del lavoro in team a favore del lavoro individuale E02030405 (IPR 200)
- 21 omissione della somministrazione della terapia domiciliare E02030405 (IPR 378)
- 22 omissione / riduzione delle attenzioni al dolore psico- Fisico E0102030405 (IPR 49)
- 23 riduzione delle misure di protezione da contaminazione E01020304 (IPR 270)
- 24 maggior rischio cadute E0102030405 (IPR 210)
- 25 errori di etichettatura delle provette E020304 (IPR 500)

I possibili inconvenienti con IPR elevato rappresentano un semaforo rosso: situazioni, ovvero, che necessitano di valutazione urgente.

I possibili inconvenienti con IPR medio rappresentano un semaforo giallo: successivamente al dipanamento delle situazioni semaforo rosso si prendono in carico tali situazioni.

Volutamente non si è proceduto a catalogare a semaforo verde le altre situazioni, in quanto, in nessuna condizione, mai andrebbero consentiti dei possibili inconvenienti.

Il progetto di lavoro è continuato con la valutazione delle possibili azioni correttive.

Per ciò che attiene alla difficoltà di comunicazione tra gli operatori, le barriere

ad eventuali eventi avversi – errori potrebbero essere:

-“*cambio di registro*” : gli operatori che si accorgono del potenziale rischio (numero considerevole di persone e parenti, contrazione del lavoro in team perché ogni operatore si occupa di un diverso malato, numero considerevole di cartelle cliniche medico-infermieristiche, difficoltà a staccarsi dalla propria postazione di lavoro a causa di un incessante attività, numerosi disturbi telefonici e presenza di più professionisti in contemporanea) DEVONO adottare misure comunicative strategiche - riassuntive e immediate (esempio uso di evidenziatori sulla documentazione; elencazione delle attività del fare del ricontrollare del rilevare tipo planning).

-A livello organizzativo, sarebbe di proficua utilità, l'adozione dei percorsi iconografici verso i servizi.

-Ridurre al minimo il lavoro on demand con gli operatori di supporto a favore di una metodologia, secondo la quale gli operatori di supporto svolgono le loro mansioni e comunicano all'Infermiere di sala i loro spostamenti e prontamente si rendono disponibili nelle sale di lavoro.

-Istruire i volontari presenti, affinché possano apportare, nel clima d'ambiente del sovraffollamento, proprio quando spesso tutti gli operatori non possono neanche fermarsi per rispondere ad una domanda degli utenti, una presenza attiva e portatrice di tranquillità. Il clima del “tutto sotto controllo” favorisce il benessere degli operatori e permette loro di comunicare con serenità.

-Allontanare, il più possibile, il bias cognitivo, ovvero cadere nell'interpretazione aprioristica o nel dare un giudizio alle situazioni che si vedono, si sentono senza averle prima analizzate.

-Limitare le distrazioni

In sostanza la comunicazione è una competenza che permette all'operatore di garantire la sicurezza del paziente in quanto consente la trasmissione di informa-

zioni e dati che incidono sull'outcome prestazionale dell'equipe.

In relazione ai possibili errori di etichettatura delle provette si elaborano delle semplici raccomandazioni:

- non lasciare provette senza nome sopra ai carrelli: immediatamente, alla fine del prelievo, identificare il paziente e scrivere a penna nome e cognome, successivamente leggere attentamente i dati dell'etichetta e quindi aderire l'etichetta alla provetta.
- non permettere ad operatore diverso dal prelevatore di etichettare le provette.
- qualora, nel Dipartimento, vi siano utenti omonimi, o con nome e cognome molto simile, adottare una strategia comunicativa con tutta l'equipe, affinché si faccia riferimento ad un particolare per l'identificazione univoca.

Il lavoro di tirocinio è terminato a questo punto: la prosecuzione è rimandata ad un successivo progetto, con il quale si potrebbe pianificare l'applicazione delle azioni correttive e adottare la strategia del ciclo di Deming, come approccio continuativo alla qualità del servizio.

Capitolo 4 Il governo organizzativo

4.1 Sistema PDCA di Deming

Il ciclo di Deming è una metodologia di miglioramento continuo della qualità totale in un sistema aziendale, ideato negli anni '50 dal consulente aziendale W. Edwards Deming. Il ciclo di Deming consiste in una sequenza di fasi (Plan – Do - Check - Act) e, per questo motivo, è spesso conosciuto anche con la sigla PDCA . Secondo la metodologia introdotta da Deming, le imprese devono perseguire costantemente il miglioramento continuo della qualità mediante il susseguirsi ripetuto delle fasi di pianificazione, attuazione, controllo e azione. La continua rotazione di queste fasi consente all'azienda di migliorare la qualità e la soddisfazione del cliente. Nel ciclo di Deming il controllo di qualità non è relegato soltanto alla fase di progettazione di un prodotto o di produzione dello stesso, è invece integrato in ogni funzionalità del sistema aziendale. Il ciclo di Deming è una delle principali metodologie della strategia qualità totale (TQM).

Plan (pianificazione). Il miglioramento deve essere progettato e pianificato. E' necessario conoscere gli obiettivi aziendali e i soggetti del sistema aziendale, le criticità e le priorità dell'impresa. Nella fase di pianificazione si analizza la situazione attuale dell'impresa (criticità, opportunità, punti di forza, punti di debolezza), si elabora un piano di azione e si descrivono le attese di miglioramento.

DO (esecuzione). E' la fase di attuazione delle azioni pianificate. In questa fase (Do) l'azienda rende operative le decisioni prese nella fase di pianificazione

CHECK (controllo). E' la fase di controllo dei risultati raggiunti. Si analizzano i feed-back. Viene comparata la situazione corrente (ex-post) con la situazione ini

ziale (ex-ante). Si quantificano i risultati ottenuti per misurare gli effetti positivi del piano d'azione, verificando che i risultati ottenuti siano effettivamente determinati dall'esecuzione (Do) piano di azione (Plan). I risultati possono essere sia quantitativi che qualitativi.

ACT (azione). Se l'obiettivo di miglioramento atteso viene raggiunto, l'azienda deve cercare di standardizzare le azioni intraprese e rendere stabile la situazione e i risultati ottenuti. Viceversa, se l'obiettivo di miglioramento atteso non viene raggiunto, si riesamina il ciclo Plan-Do alla ricerca di errori di attuazione, al fine di elaborare un nuovo ciclo PDCA.

Il ciclo di Deming (PDCA) consente di avviare un processo continuo di miglioramento della qualità.

La costante iterazione delle fasi PDCA permette al sistema aziendale di realizzare un miglioramento continuo dei processi, dell'utilizzo delle risorse aziendali e della soddisfazione del cliente.

4.2 Istruzioni di governo organizzativo

Nelle realtà Sanitarie maggiormente sensibili al tema si sono costituiti i servizi di risk Management con a capo il risk Manager.

Nella realtà della mia ASL, il Servizio non è formalizzato: vi sono dei professionisti, in capo alla Direzione Sanitaria, che si interessano al tema.

La mia esperienza mi porta a dire che è necessario, a maggior ragione in un ambito delicato quale questo del Risk Management, che i ruoli e le responsabilità vadano ben definiti, ecco perché ho elaborato la seguente tabella di governo organizzativo.

CHI	Fa cosa	Come	Quando
Responsabile Medico di Struttura	-Nomina il Responsabile del Risk Management dell'Unità Operativa	Scegliendo su base volontaristica/oppure per valutazione di competenze e attitudini	Al momento di impiantare il sistema di Risk Management, su mandato della Direzione
	-Provvede a gestire la formazione del Responsabile nominato	-Censimento della Formazione aziendale e/o esterna - valutazione dei costi e dei tempi	Dopo la nomina, entro i primi tre mesi
	Si interfaccia con la Direzione Sanitaria e il Servizio di Risk Management	-Posta elettronica interna -Riunioni	-Su richiesta di una delle parti
Coordinatore Infermieristico	Collabora con il Medico di struttura	Idem	Idem

Responsabile DEA Risk Management	Frequenta il Corso o Master o aggiornamento individuato	Partecipa alle lezioni	Date stabilite
	Costituisce il team DEA di Risk Management	Su base volontaristica/attitudinale	Subito dopo la sua nomina
	E' responsabile dell'aggiornamento continuo del programma "Risk DEA"	Aggiorna il programma	Vi siano elementi nuovi
	Individua i progetti	Analizza i mandati aziendali; analizza le segnalazioni spontanee; valuta i reclami; organizza brainstorming; comunica con l'Ufficio legale e legale	Durante le riunioni del team e secondo mandato della Direzione
	Monitora l'andamento e l'efficacia dei progetti	Supervisiona Utilizza tecniche di PDCA	Al bisogno
	Informa il Responsabile Medico ed Infermieristico e tutti i professionisti del servizio	Verbalmente Posta elettronica Redazione dei verbali delle riunioni	Quando necessario -Entro 1 settimana dalle date di riunioni

	Sensibilizza gli operatori alla segnalazione spontanea degli eventi avversi	Tiene sempre a disposizione le schede di segnalazione; Fornisce documentazione Validata; Informa di ciò che accade	Sempre
Team DEA di Risk Management	Partecipa alle riunioni programmatiche e di lavoro	In orario di servizio	Data indetta/concordata
	Prende visione della documentazione in toto	Su supporti informatici; studia testi; analizza la documentazione di reparto	Su obiettivi di progetto

4.3 Il ruolo dell'Infermiere coordinatore nel programma di miglioramento continuo

Il coordinatore Infermieristico esercita un ruolo fondamentale nella politica della sicurezza sia come garante delle regole del gioco sia come collante degli operatori, delle Dirigenze e dell'utenza.

L'obiettivo del coordinatore infermieristico è di fare in modo che le attività, in risposta ai bisogni, si svolgano in condizioni che ne favoriscano l'efficienza e soprattutto l'efficacia, garantendo il grado

più elevato possibile di soddisfazione e sicurezza ai lavoratori e agli utenti.

Negli ambiti di: gestione delle attività e personale, programmazione, sicurezza, valutazione, formazione e documentazione il coordinatore è chiamato ad esprimere la propria competenza professionale mediante un'organizzazione e gestione finalizzate alla presa in carico della persona assistita, che diventa obbligazione di mezzi per il professionista, per raggiungere il risultato per la persona assistita.

L'Infermiere coordinatore, è un punto cardine nel governo clinico di un Servizio; tra le molteplici possibilità di approccio per ottenere migliori performance di sicurezza deve:

- essere sensibile al tema della qualità in generale e quindi sensibilizzare;
- proporre la miglior competenza nella pratica assistenziale;
- valutare i costi della qualità e della non qualità;
- essere e integrare al massimo grado i team multi professionali;
- favorire la formazione e l'aggiornamento sui temi specifici pertinenti;
- fare in modo che i dati, le informazioni siano accessibili a tutti gli operatori;

- gestire i reclami in collaborazione con il Medico Responsabile;
- Verificare i carichi di lavoro
- Promuovere la responsabilizzazione;
- dirigere con strategie atte a motivare ed elevare la crescita professionale
- essere sempre nella posizione del Ciclo di Deming
- favorire la cultura dell'imparare dall'errore;
- sensibilizzare gli operatori sui comportamenti e situazioni a rischio;
- sostenere il concetto di non punizione dell'operatore

Capitolo 5 Conclusioni

La problematica dell'errore in medicina deve coinvolgere tutti noi. Far meglio il proprio lavoro vuol dire dedicare al paziente sì, le cure necessarie, ma anche fare in modo che le conoscenze disponibili e la cultura della qualità, possano dargli le migliori condizioni di cura.

Per far questo è importante sia l'aggiornamento clinico, sia una continua evoluzione della nostra figura professionale, apprendendo anche dagli errori sia nostri che di altri, ma soprattutto, dal punto di vista etico, adoperarsi al fine di ridurre le possibilità di sbagliare.

Quindi, mentre le strutture politiche ed amministrative cercano di creare una rete organizzativa per la gestione del rischio clinico, ogni figura professionale che dedica il proprio lavoro in sanità dovrebbe adoperarsi nel suo piccolo a migliorare il mondo in cui lavora.

Anche solo la sensibilizzazione alla problematica e la segnalazione di eventi che hanno quasi portato all'errore può permettere tale miglioramento.

Ogni uomo che lavora riflettendo su come migliorare se stesso e perché no, anche gli altri, può far sì che il sistema stesso si presenti meno bucato (vedi formaggio svizzero).

L'esperienza di tirocinio, che mi ha permesso di elaborare il progetto di lavoro FMECA, è stato molto interessante, fino a questo punto della stesura della tesi.

Infatti, ancora al momento della stesura, a distanza di tempo dagli incontri con il gruppo FMECA, e ri-analizzando a posteriori i dati e i contributi di ciascuno, avrei numerose integrazioni e revisioni da operare.

L'apprendimento maggiore, quindi, sta proprio qui: un lavoro, che risente in larga misura, dell'individualità degli operatori, va processato a più riprese e a distanza di un certo periodo.

Certamente il sovraffollamento in DEA, è una condizione critica multifattoriale, affrontata dalla maggior parte delle A.O., sotto gli aspetti organizzativi, che mirano alla prevenzione (elaborazioni di teorie sulla gestione delle code in pronto soccorso; diversione delle ambulanze; controllo della destinazione delle ambulanze; reperimento di risorse aggiuntive; unità di osservazione; programmi di bed-managemet; unità di dimissione; discharge rooms; dirottamento dei percorsi non urgenti), ma ben poco affrontata sotto l'aspetto del rischio clinico.

ALLEGATO 1

Gentile Collega, ti chiedo cortesemente di individuare, in modalità esaustiva, tutte le attività infermieristiche in DEA, seguendo lo schema che ti sottopongo:

fase di accettazione/triage

esempio: accogliere il paziente, identificare il paziente,.....

fase di assistenza durante la prima visita in sala di medicina, chirurgia ed emergenza

esempio: rilevare i parametri vitali, somministrare la terapia,.....

fase di assistenza in OBI (Osservazione Breve Intensiva)

esempio: riaccogliere il paziente, identificare la posizione di allocamento....

Fase di gestione organizzativa del DEA

Esempio: approvvigionamento dei farmaci, controllo dello stato degli ausili

ALLEGATO 2

Gentile collega, terminata la fase di scorporamento delle macroattività infermieristiche

in azioni specifiche, ti chiedo di assegnare, a ciascuna azione, un valore numerico.

Il valore numerico deve esprimere il tuo giudizio sulla rischiosità delle azioni,

potenzialmente determinanti errori ai danni dell'utente.

Puoi elaborare le tue risposte, basandoti sia sulla probabilità di accadimento di

malfunzionamenti/difetti/errori/omissioni, sia sul potenziale danno al paziente.

Scala da 1 a 3

1=basso	rischio/scarso	danno
2=medio	rischio/discreto	danno
3=elevato	rischio/grave	danno

TRIAGE	VALORE
Accogliere il paziente	
Identificare il paziente	
Valutare il paziente	
Attribuire codice di priorità	
Presidiare i trasferimenti a rischio	
Identificare l'area e la posizione di attesa	
Adottare i DPI	
Identificare il problema prioritario tra le informazioni date e rilevate	
Definire area di competenza	
Eseguire Check list	
Rivalutare il paziente	
Rispettare la privacy	
Controllare sistemi di chiamata	
Comunicare-allertare-informare	
sale visita di Medicina ed Emergenza	
CHIRURGIA	
Rilevare parametri vitali	
Collaborare con i medici	
Comunicare-allertare-informare	
Passare le consegne	
Somministrare la terapia	
Eseguire manovre assistenziali con tecniche sterili	
Eseguire manovre assistenziali non sterili	
Trasportare il paziente	

Identificare i pazienti a rischio	
Attribuire compiti al team e agli OSS	
Documentare gli atti assistenziali	
Valutare l'efficacia degli interventi intrapresi	
Organizzare la diagnostica	
Eseguire la check list e le operazioni di controllo degli elettromedicali	
Programmare la dimissione	
Fare educazione terapeutica	
Assicurare l'alimentazione a utenti selezionati	
Gestire più professionisti in contemporanea	
assicurarsi delle eventuali allergie	
raccogliere il consenso informato	
valutare il dolore	
conoscere le scale di valutazione	
conoscere le linee guida - protocolli in vigore	
identificare il paziente	
assicurare la sicurezza	
etichettare le provette degli esami ematoch.	
Pianificare l'assistenza dopo la prima visita	
OBI	
Re-Accogliere il paziente	
Identificare la posizione	
Rivalutare il paziente	
Monitorare il paziente	
Rilevare i bisogni del paziente	
Pianificare l'assistenza	
Rivalutare l'efficacia degli interventi	
Conferire con i parenti	
Gestire la sicurezza del paziente a letto	
Documentare gli atti assistenziali	
Somministrare la terapia	

Organizzare gli interventi diagnostici	
Programmare la dimissione	
trasfondere emocomponenti	
predisporre il trasferimento ad altro ospedale	
richiedere F.O. compilare notifiche di lesione	
Fare educazione terapeutica	
GESTIONE ORGANIZZATIVA	
approvvigionamento farmaci e presidi	
gestione risorse umane	
inserimento nuove procedure	
modalità comunicative interne	
inserimento nuove tecnologie	
Variazioni strutturali	
variazioni procedurali di altri servizi con impatto sul DEA	
Sovraffollamento	
Gestione eventi pericolosi: incendio, crolli, aggressioni	
Salvaguardia dei beni dei pazienti	
Gestione dell'ambiente: clima d'ambiente	
Inserimento nuovi operatori	
Abbigliamento degli operatori	
prevenzione infezione da legionella (shock termico)	
protocolli di manutenzione	
sanificazione degli ambienti	
Controllo delle buone condizioni degli ausili	

ALLEGATO 3

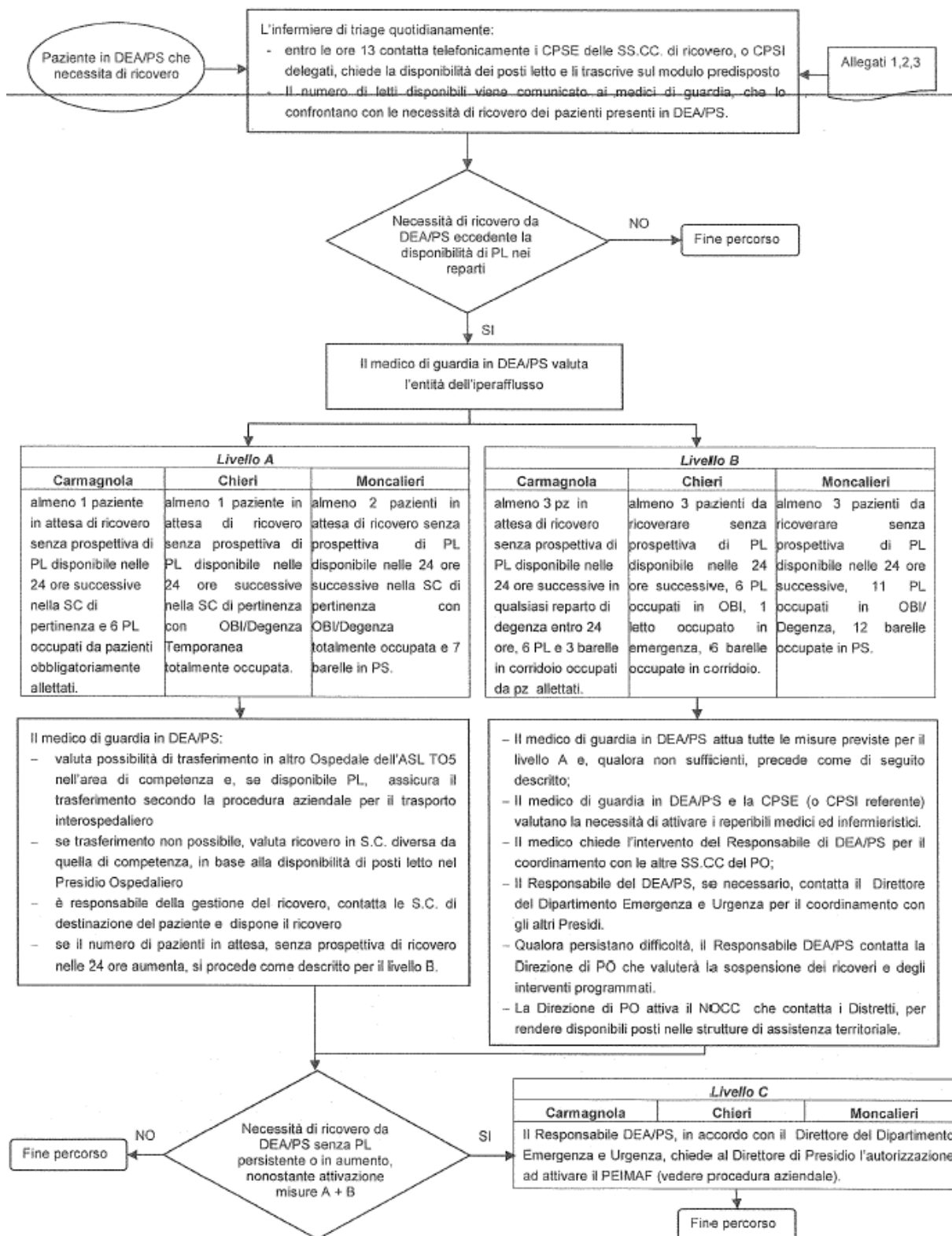
RISULTATI DEL
QUESTIONARIO

	VALORE 1	VALORE 2	VALORE 3	TOTALE
TRIAGE				
Accogliere il paziente	10	9	1	31
Identificare il paziente	8	7	5	37
Valutare il paziente	1	5	14	53
Attribuire codice di priorità	1	5	14	53
Presidiare i trasferimenti a rischio	2	9	9	47
Identificare l'area e la posizione di attesa	8	10	2	34
Adottare i DPI	12	5	3	31
Identificare il problema prioritario tra le informazioni date e rilevate	0	11	9	49
Definire area di competenza	12	7	1	29
Eseguire Check list	12	6	2	30
Rivalutare il paziente	4	7	8	44
Rispettare la privacy	5	10	5	39
Controllare sistemi di chiamata	10	7	3	33
Comunicare-allertare-informare	4	13	3	39
sale visita di Medicina ed Emergenza				
CHIRURGIA				
Rilevare parametri vitali	9	6	5	40

Collaborare con i medici	7	10	3	36
Comunicare-allertare-informare	3	11	6	43
Passare le consegne	3	9	7	44
Somministrare la terapia	1	9	10	49
Eeguire manovre assistenziali con tecniche sterili	3	12	5	44
Eeguire manovre assistenziali non sterili	11	7	2	31
Trasportare il paziente	4	10	5	41
Identificare i pazienti a rischio	2	14	4	42
Attribuire compiti al team e agli OSS	10	4	6	36
Documentare gli atti assistenziali	4	7	9	45
Valutare l'efficacia degli interventi intrapresi	3	12	5	42
Organizzare la diagnostica	10	8	2	32
Eeguire la check list e le operazioni di controllo degli elettromedicali	9	7	4	27
Programmare la dimissione	9	10	1	34
Fare educazione terapeutica	9	7	4	35
Assicurare l'alimentazione a utenti selezionati	10	7	2	32
Gestire più professionisti in contemporanea	9	5	6	37
assicurarsi delle eventuali allergie	9	9	2	33
raccogliere il consenso informato	4	11	5	41
valutare il dolore	5	11	4	38
conoscere le scale di valutazione	3	10	7	44
conoscere le linee guida - protocolli in vigore	5	8	7	42
identificare il paziente	6	7	7	42
assicurare la sicurezza	4	10	6	40
etichettare le provette degli esami ematoch.	7	6	7	39
Pianificare l'assistenza dopo la prima visita	5	14	1	36
OBI				
Re-Accogliere il paziente	16	4	0	24
Identificare la posizione	16	3	1	25
Rivalutare il paziente	8	8	4	36
Monitorare il paziente	12	5	3	31
Rilevare i bisogni del paziente	5	13	2	37

Pianificare l'assistenza	2	11	7	45
Rivalutare l'efficacia degli interventi	3	12	5	42
Conferire con i parenti	11	6	3	32
Gestire la sicurezza del paziente a letto	2	9	9	47
Documentare gli atti assistenziali	5	7	8	43
Somministrare la terapia	3	5	12	48
Organizzare gli interventi diagnostici	6	10	4	37
Programmare la dimissione	6	12	2	34
trasfondere emocomponenti	1	4	15	54
predisporre il trasferimento ad altro ospedale	8	6	6	38
richiedere F.O. compilare notifiche di lesione	8	9	3	35
Fare educazione terapeutica	7	11	2	35
GESTIONE ORGANIZZATIVA				
approvvigionamento farmaci e presidi	7	7	6	39
gestione risorse umane	2	11	7	45
inserimento nuove procedure	4	9	7	42
modalità comunicative interne	4	10	6	42
inserimento nuove tecnologie	2	9	9	47
Variazioni strutturali	7	8	5	37
variazioni procedurali di altri servizi con impatto sul DEA	4	6	10	46
Sovraffollamento	1	2	17	56
Gestione eventi pericolosi: incendio, crolli, aggressioni	1	1	18	64
Salvaguardia dei beni dei pazienti	0	11	9	49
Gestione dell'ambiente: clima d'ambiente	6	6	8	42
Inserimento nuovi operatori	3	11	6	43
Abbigliamento degli operatori	7	7	6	40
prevenzione infezione da legionella (shock termico)	4	10	6	42
protocolli di manutenzione	5	11	4	40
sanificazione degli ambienti	4	7	9	45
Controllo delle buone condizioni degli ausili	2	7	11	49

Allegato 4: Flow chart procedura gestione iperafflusso in DEA/PS



Bibliografia

- Arduini R., "Economia e gestione delle aziende sanitarie", Franco Angeli,(2010)
- Blandino G. , "Le capacità relazionali", UTET Università, (1996)
- Buscemi A., "Il risk management in sanità", Franco Angeli, (2009)
- Calamandrei C., "La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali", Mc Graw Hill, terza Edizione (da pag. 615 a pag. 648)
- Cinotti R., "La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie", Il Pensiero scientifico Editore, 2004 (da pag. 227 a pag. 245)
- Cucchi C.C. – M. Grassi, "Capire chi ci sta di fronte",De Vecchi Editore (2004)
- Del Poeta G.,Mazzufero F.,Canepa M, "Il risk management nella logica del governo clinico", McGraw-Hill, (2006)
- Gawande A., "Checklist Come fare andare meglio le cose", Einaudi,(2011)
- Mintzberg H., "La progettazione dell'organizzazione aziendale", Il Mulino,(1983)
- Moiset C. – Vanzetta M.,"La qualità nell'assistenza infermieristica. Definizioni, misure, analisi, valutazione e miglioramento continuo", Professioni Infermieristiche (2006)
- Pana. A., Amato S., "Il rischio clinico. Metodologie e strumenti organizzativi Gestionali", Esseditrice Panorama Sanità, (2007)
- Silvestro A – Maricchio R. – Montanaro A. – Molinar Min M. – Rossetto P. "La complessità assistenziale", Mc Graw Hill, (2009)

Riviste

- Agosti R. – Patelli C., Rivista "Decidere in Medicina" Articolo "Imparare dagli errori attraverso l'analisi degli eventi avversi" (02 aprile 2011)
- Giornale Italiano di Nefrologia (Anno 19 2002) pp. S8-13
- Articolo Sovraffollamento in Pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione. Tratto da "Emergency care journal" (Anno VI numero 2 Giugno 2010)

Leggi

Repubblica Italiana D. Leg.vo 81/2008

Sitografia

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella. 2° Rapporto (Settembre 2005-Agosto 2009). Ottobre 2009.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1129

MINISTERO DELLA SALUTE. Questionario relativo alla Rilevazione Nazionale sulle Iniziative per la Sicurezza del paziente nelle strutture del sistema sanitario. 1 febbraio 2006.
<http://www.salute.gov.it/qualita/archivioDocumentiQualita.jsp>

MINISTERO DELLA SALUTE. *Risk management* in sanità. Il problema degli errori. Roma, marzo 2004,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583

MINISTERO DELLA SALUTE. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640

Sito aziendale ASL TO5 <http://www.aslto5.it>

GIMBE http://www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm