XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Emaferesi e Manipolazione Cellulare Corso per Tecnici e Infermieri

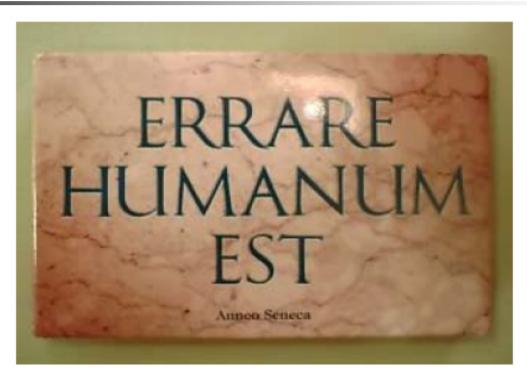


Torino 11 novembre 2011

Dott. Roberto Mosso S.C. Qualità Risk Management e Accreditamento A.O.U. San Giovanni Battista di Torino rmosso@molinette.piemonte.it

Una lunga storia





Lucius Annaeus Seneca (Cordoba 4 a.C. – Roma 65 d.C),

Una lunga storia

"Humanum fuit errare, diabolicum est per animositatem in errore manere"

Sant'Agostino d'Ippona (354-430 d.C.) Sermones (164, 14)

"Siamo esseri umani e l'errore capita. Questo, però, non deve essere un'attenuante per giustificare la trascuratezza, ma un invito ad imparare dall'esperienza per ridurre il numero di errori commessi"



L'eccentrico





Emest A. Codman, M.I 1869 - 1940

"Mi definiscono un tipo eccentrico perché in pubblico dico che gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati e devono analizzarli per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali" "devono pubblicizzare non solo i loro successi, ma anche i loro errori, così che il pubblico possa aiutarli" "Tali opinioni non saranno così eccentriche da qui a pochi anni"

Eugene Codman, 1914
Fondatore dell'American College of Surgeons
e della Joint Commission



L'origine e lo sviluppo del Risk Management

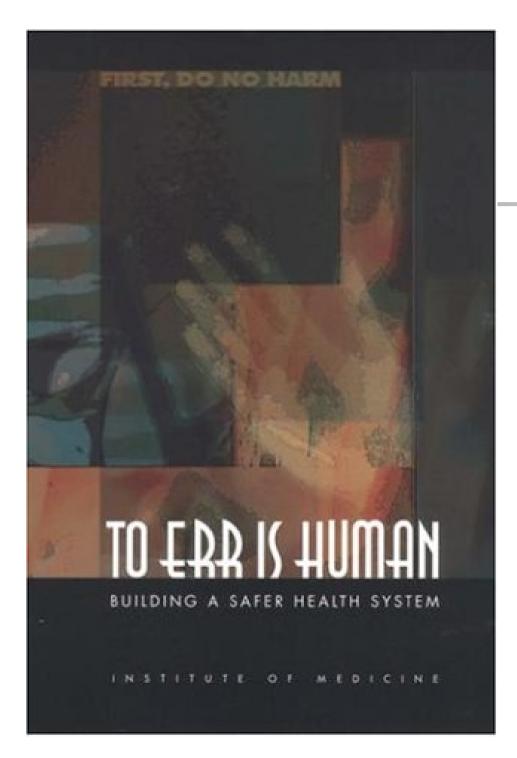
1970, USA: crisi da malpractice e necessità di contenere i costi assicurativi.

1971, USA: prima indagine governativa (non tutti i danni erano dovuti a negligenza)

1999, rapporto "To err is human"

2000 GB: aumento dei risarcimenti per negligenza di 7 volte negli ultimi 5 anni

2002, Nevada: chiude l'unico Trauma Center (causa dimissioni di 56 ortopedici su 58)



Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors

Committee on Quality of Health Care in America

INSTITUTE OF MEDICINE 1999, November



IOM report

- To Err is Human: Building a Safer Health Care System
 - One million injuries and 98,000 deaths each year from preventable medical errors
 - 8th leading cause of death in the U.S.
 - Cost: between \$17 and \$29 billion per year
 - "Tip of the Iceberg"



Patient safety was the tip of the iceberg . . .



This is the rest of the iceberg."



Definizioni

Errore

Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo

Evento avverso (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 errore è "un evento avverso prevenibile"

Evento evitato (Near miss o close call)

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica percaso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.





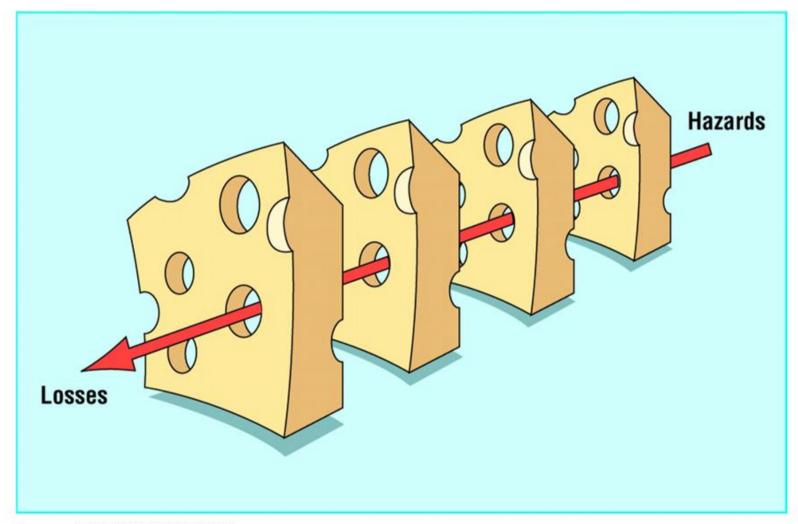
Errore di commissione	Esecuzione di atti non dovuti o praticati scorrettamente
Errore di omissione	Mancata esecuzione di atti ritenuti necessari
Errore umano	Slips- esecuzione non corretta (sa ma non fa) Lapses-fallimento della memoria Mistakes- sequenza di errori pregressi legati a procedure non idonee o a percorsi di azione inadeguati
Violazioni	Deviazioni da regole, standard, procedure operative sicure
Errori organizzativi	Organizzazione del lavoro, pianificazione, disponibilità di attrezzature



	_	

Errore di identificazione	Paziente/ campione ematico/ campione anatomico/ sacca emocomponente/ documentazione		
Errore nell'uso dei farmaci	Prescrizione/ preparazione/ trascrizione / distribuzione / somministrazione / monitoraggio		
Errore chirurgico	Lato sbagliato/ organo sbagliato/ /corpi estranei dimenticati		
Errore nell'uso di apparecchiature/dispositivi	Malfunzionamenti di fabbricazione/ dovuti all'utilizzo / uso in condizioni non appropriate / manutenzione inadeguata / istruzioni inadeguate/ utilizzo oltre i limiti d'uso		
Esami o procedure diagnostiche	Non eseguite/ in modo inadeguato / su pz sbagliati / non appropriate		
Errori nella tempistica	Ritardi nel trattamento farmacologico, nell'esecuzione int. Chir./ nella diagnosi/ altri ritardi organizzativi		

The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory.



Reason J BMJ 2000;320:768-770





Modalità di Analisi dell'errore

Analisi reattiva

Studio a posteriori degli eventi avversi, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi

Analisi proattiva

Approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità





- Analisi della documentazione sanitaria (cartelle cliniche)
- Modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni (Incident Reporting)
- Root Causes Analisys (RCA)





"È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od *obbligatoriamente* dagli operatori con le seguenti caratteristiche....."





"È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od *obbligatoriamente* dagli operatori con le seguenti caratteristiche....."



Incident Reporting

Vantaggi

- Può individuare errori latenti
- Può entrare nella routine
 Si presta a studi di rilevamento nel corso del tempo

Svantaggi

- Bias della delazione
- Necessità di supporto costante
- Necessità (in Italia) di anonimato
- Necessità di feed back continuo





Analisi di processo



La tecnica FMEA / FMECA
 Failure Mode and Effect Analysis
 Failure Mode and Effect Criticality
 Analysis



La Tecnica FMEA/FMECA

Analisi di tipo qualitativo/quantitativo che ha l'obiettivo di individuare i possibili difetti presenti in un processo lavorativo. Il metodo è stato ideato negli USA nel 1949 in ambito militare

In ambito sanitario (dagli anni '90) le tecniche FMEA/FMECA sono utilizzate come tecniche proattive per determinare i possibili inconvenienti ed i loro effetti in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

STEP METODOLOGICI DELLA FMEA/FMECA

STEP 1
Scegliere

Scegliere il processo da studiare

STEP 2

Costituire il team di lavoro

STEP 3.

Analizzare il processo scelto

STEP 4.

Identificare i potenziali inconvenienti/ guasti STEP 5.

Determinare le possibili conseguenze

STEP 10.

Valutare l'efficacia degli interventi STEP 9.

Definire e intraprendere le azioni di miglioramento

STEP 8.

Determinare l'indice di criticità **STEP 7.**

Stimare la gravità, la probabilità e la rilevabilità STEP 6.

Individuare le possibili

"La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie" Cinotti 2004 Modificato



Valutazione del rischio

Indice di priorità di rischio (IPR)

A ciascuna fase/attività analizzata viene assegnato un IPR che è il prodotto di:

- Probabilità (P)
- Gravità (G)
- Rilevabilità (Ril)

 $IPR = P \times G \times Ril$



Valutazione del rischio

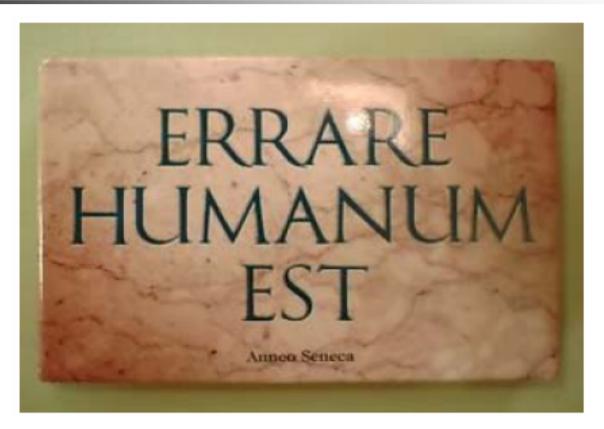
Tabella 4. Matrice di valutazione del rischio

	Nessun danno	Danni lievi	Danni medi	Danni gravi	Morte
Frequente					
Probabile					
Occasionale					
Remoto					

Rischio accettabile – Interventi di monitoraggio
Rischio basso – Interventi di programmazione
Rischio medio – Interventi di urgenza
Rischio elevato – Interventi di emergenza

Da Ministero della Salute Rish management in Sanità Il problema degli errori Marzo 2004





Lucius Annaeus Seneca (Cordoba 4 a.C. – Roma 65 d.C),

Il capro espiatorio



Trovare il colpevole e applicare la punizione

La cultura attuale



- Forte autoreferenzialità che si fonda sull'uso e aderenza a linee guida e protocolli
 - "abbiamo seguito tutto quanto previsto dalle procedure e dai protocolli, non ci sono problemi"

Eccesso di sicurezza

- "faccio questo lavoro da tanti anni, sono sicuro di quello che ho fatto"
- "di sicuro ci hanno pensato loro a fare i controlli, possiamo stare tranquilli"
- "ormai per noi è una routine, non c'è bisogno di altri controlli"

Mancanza di visione d'insieme

- "vuoi mettere in dubbio la professionalità, la competenza e l'esperienza di chi ha fatto gli esami"
- "se ci fossero stati problemi ci avrebbero avvisati"
- "noi abbiamo fatto tutto quello che dovevamo ora non è più un problema nostro"
- "è un episodio isolato, non c'è bisogno di fare ulteriori interventi"

La centralità del paziente



- L'obiettivo prioritario è migliorare lo stato di salute della popolazione
- La sicurezza del paziente è il cardine attorno a cui devono ruotare le scelte
- E' necessario adattare e applicare gli strumenti disponibili nella propria realtà
- Si deve migliorare l'attività di equipe attraverso una maggiore condivisione anche degli errori

L'etica professionale



- La "vecchia" etica
 - Idea della conoscenza personale
 - Possibilità di conseguire la certezza
 - Idea di autorità
- La "nuova" etica
 - Idea della conoscenza oggettiva
 - Idea della conoscenza incerta

Karl Popper





«La nostra conoscenza si accresce nella misura in cui impariamo dagli errori

nella vita come nella scienza vige il metodo di apprendimento dagli errori

nessuno può evitare di fare errori: la cosa più grande è imparare da essi che sono i muri maestri del nostro sapere

nascondere gli errori è un ideale meschino ed è un grave peccato intellettuale"

Karl Popper



Una lista per non dimenticare

«La chirurgia è una scienza complicata, così complicata che abbiamo iniziato solo ora a capire e ad ammettere che noi per primi non facciamo sempre tutto quello che dovremmo.

Per questo dobbiamo procedere in modo sistematico, e a tal fine è vitale disporre di un elenco specifico, proprio come lo è per un pilota di aereo, che ha la responsabilità di decine di vite».

.



"Viste le circostanze al pilota è consentito fare un solo errore grave, mentre il chirurgo ne può commettere tanti senza neanche riconoscerli."

John S. Lockwood





La check-list dell'MD-80

Cockpit Crew Checklist

Before Start

After Start

Taxi

Before Take Off

After Take Off

Descent

Approach

Landing

After Landing

Parking

Leaving The Aeroplane

Nota: tutti i parametri devono essere verificati prima e dopo ogni volo





"Dottore, mi mostri il suo brevetto di pilota..."

Una lista per non dimenticare

- Supporti informatici che attuano "blocchi automatici" se non sono stati eseguiti tutti gli steps previsti nella sezione
- Liste cartacee a sezioni multiple per il controllo di tutte attività di cui è prevista l'esecuzione nelle diverse fasi
- Acquisire la consapevolezza dell'importanza delle forme di autocontrollo
 - "dobbiamo verificare se sono state fatte tutte le cose previste dalla check list"





- Approccio tradizionale volto ad enfatizzare le capacità del singolo e a renderlo "perfetto" nell'esecuzione delle sue attività
- Non è sufficiente partecipare a convegni e congressi sugli strumenti più o meno nuovi per acquisire la consapevolezza dell'importanza della gestione del rischio
- Importanza della formazione ma di una formazione diversa da quella cui siamo abituati per produrre un vero cambiamento
- Necessità di attivare percorsi formativi specifici e dedicati
- Lavorare sulla percezione del rischio come un problema non di altri ma di ognuno di noi





- Il rischio nullo non esiste e gli errori sono possibili
- Diffondere una cultura di analisi continua e sistematica degli errori e ancor più dei "near miss"
- I "cambiamenti" non devono avvenire solo "dopo"
- Il problema della sicurezza non si risolve scrivendo documenti o colpevolizzando il singolo
- La formazione come elemento valoriale per la responsabilizzazione del singolo ma all'interno di un "sistema"
- Non è possibile cambiare/migliorare il sistema senza il cambiamento dei singoli

