



Attività di Risk Management all' ACO San Filippo Neri

- Nomina del Risk Manager e composizione della Unità per la Gestione del Rischio (UGR) e del Comitato Tecnico Scientifico (CTS)
- Approvazione del Piano Aziendale di gestione del rischio clinico
- Partecipazione al progetto della ASSR e a quello della Regione Lazio
- Realizzazione di un convegno su esperienze di RM (giugno 2006) e di uno sulle tecnologie per la sicurezza (giugno 2007)
- Effettuazione (marzo 2007) di un corso aziendale di formazione sul RM (FMEA)

ACO S.Filippo Neri 2

Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico (del. 665 del 24.10.2006) Strumenti

- 1. Mappatura del rischio e definizione di flussi informativi**
 - a) Mappatura del rischio
 - b) Analisi e gestione dei dati con individuazione delle aree di intervento.
- 2. Gestione dell'informazione relativa al rischio**
Messa a regime di un'attività integrata di *internal auditing* a supporto del risk management.
- 3. Formazione del personale.**
- 4. Gestione dei sinistri.**
- 5. Attivazione di azioni di miglioramento, individuazione delle azioni preventive e correttive.**

ACO S.Filippo Neri 3

Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico

(del. 665 del 24.10.2006)

Azioni prioritarie

- Miglioramento qualità cartella clinica e consenso informato
- Divulgazione raccomandazioni per l'uso delle apparecchiature
- Introduzione delle check list perioperatorie
- Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute
 - Eventi sentinella
 - Uso derivati del potassio
 - Rischio suicidiario
- Protocollo prevenzione cadute
- Protocollo prevenzione piaghe da decubito

ACO S.Filippo Neri

4

Obiettivi della UO del S.Filippo nell'ambito del progetto ASSR

- Sono coerenti con i programmi di sviluppo delle attività di risk management già in atto nell'Azienda.
- Essi sono stati ripartiti su due linee di sperimentazione :
 - mappatura dei sinistri
 - metodologia FMEA
- In estrema sintesi, gli obiettivi generali sono :
 - conoscenza del livello di sinistrosità aziendale;
 - miglioramento dei livelli di conoscenza/attitudine/pratica (KAP) degli operatori

ACO S.Filippo Neri

5

Mappatura dei sinistri

- 1 Analisi dei dati sino ad oggi prodotti mediante l'utilizzo di un data-base sviluppato autonomamente in Access (anni 2003-2005).
- 2 Individuazione delle aree scoperte e di lacune ed errori nella casistica a disposizione
- 3 Analisi dei flussi informativi relativi agli eventi indesiderati clinico assistenziali, loro conferma e/o revisione-modifica.
- 4 Introduzione della segnalazione degli "Eventi Sentinella" secondo il modello elaborato dal Ministero della Salute.

ACO S.Filippo Neri

6

Mappatura dei sinistri

- I campi del **software** Access sono stati individuati in modo da essere fruibili nell'ambito di una sola videata per privilegiare l'immediatezza della valutazione del sinistro; sono state create delle **routine** per la generazione dei report relativi ai vari campi.
- Tale strumento è stato progettato per consentire una mappatura dei sinistri in **ottica di risk management**, contemporaneamente ad una agile **gestione del sinistro in chiave assicurativa e medico legale**.

ACO S.Filippo Neri

7

ACO S.Filippo Neri

8

Mappatura dei sinistri Indicatori al 15 Marzo 2007

Copertura	100%	(394 sinistri inseriti su 394)
Completezza	67,75%	(83,33% se non sono considerate le informazioni non applicabili e quelle non disponibili)
Conoscenza dell'esito dell'evento	0%	(% di eventi per i quali si conosce lo stato assicurativo del sinistro sul numero totale di richieste di risarcimento: es. aperto, liquidato, senza seguito, respinto)
	100%	(% di eventi per i quali si conosce l'esito dell'iter giudiziale sul numero totale di eventi che hanno avuto esito in giudizio)
Conoscenza degli importi posti a riserva	0%	
Conoscenza degli importi liquidati	0%	

ACO S.Filippo Neri

9

Metodologia FMEA

- È stato progettato e realizzato un Corso di formazione aziendale sul Clinical Risk Management articolato su **6 giornate complessive**, di cui tre introduttive alla tematica del CRM e tre alle metodologie applicative (due sulle tecniche ed una di *follow up*).
- I destinatari del **corso introduttivo** (circa 100) sono stati i componenti del CTS per la Gestione del Rischio Clinico e dell'UGR, nonché i Direttori di Dipartimento, UOC e UOS e altri operatori individuati dalla Direzione.
- I destinatari della **parte metodologica** sono stati 50 operatori (in 2 edizioni) di vario profilo professionale, già partecipanti alle due giornate introduttive, selezionati sulla base della motivazione e dell'impegno professionale da 4 unità operative disponibili all'applicazione concreta delle metodologie e al suo successivo sviluppo.

ACO S. Filippo Neri

10

ACO S. FILIPPO NERI Progetto Formativo Aziendale

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

19 - 20 - 21 febbraio 2007
6 - 7 marzo (1^a ed.),
12 - 13 marzo (2^a ed.)
2 aprile 2007



OBIETTIVI

- omogeneizzare il linguaggio sui concetti base relativi al rischio clinico e alle sue implicazioni in una prospettiva di governo clinico
- fornire ai partecipanti l'inquadramento generale del fenomeno "rischio clinico" dal punto di vista delle sue dimensioni, della sua tipologia, dei metodi di approccio, del suo significato per i professionisti e per l'organizzazione.

11

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Articolazione del PFA

"La Gestione del rischio Clinico"

Parte introduttiva
Direttori UO - Membri UGR
Personale prescelto
(50 persone compl.)
19 - 20 - 21 febbraio 2007



"Rischio Clinico : Metodologie e metodi per la prevenzione" (A)

Membri UGR/Personale prescelto
Chirurgia Generale - Medicina Urgenza - Gastroenterologia -
Cardiologia
25 Discenti
6 - 19 marzo e 12 aprile

"Rischio Clinico : Metodologie e metodi per la prevenzione" (B)

Membri UGR/Personale prescelto
Chirurgia Generale - Medicina Urgenza - Gastroenterologia -
Cardiologia
25 Discenti
7 - 20 marzo e 12 aprile

12

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Programma formativo aziendale

Metodologie e metodi per la prevenzione

- **Contenuti 3^ Giornata** (follow up a distanza di 5 settimane):

verifica delle applicazioni nelle singole UU.OO
presentazione dei lavori applicativi e supervisione per ciascuna U.O.
approfondimenti metodologici
conclusioni

Cosa è la FMEA ?

- E' una metodologia che permette di analizzare i *failure modes* in modo tale da apporre una barriera che riduca la possibilità che avvenga l'evento avverso
- Permette l'analisi qualitativa e quantitativa dei rischi potenziali (i *failure modes*) per l'individuazione delle priorità di intervento
- E' utilizzata da più di 40 anni in tutto il mondo in:
 - > Aviazione
 - > Industria Nucleare
 - > Industria Aerospaziale
 - > Industrie Chimiche
 - > Industrie automobilistiche

L'obiettivo *era e resta* quello di **prevenire gli incidenti.**

Gli elementi caratteristici della FMEA

- Team multidisciplinare
- Sviluppo di un diagramma di flusso del processo
- Utilizzazione di una matrice di gravità / probabilità / rilevabilità (IPR)
- Identificazione delle azioni e misure di risultato
- Eliminare, controllare o accettare le cause del *failure mode*
- Descrivere l'azione per ciascuna causa che si vuole eliminare o controllare
- Ridisegnare il processo e testarlo

La sperimentazione della FMEA all' AO S. Filippo Neri

PROCESSO	UNITA' OPERATIVA	FIGURE PROFESSIONALI
Riabilitazione dopo mastectomia radicale	Riabilitazione Neuromotoria	Medici, infermieri, fisioterapisti
Percorso perioperatorio	Chirurgia Generale	Medici, infermieri
Preparazione antiblastici	Farmacia	Farmacisti, infermieri
Ossigenoterapia	Riabilitazione Resp.	Medici, infermieri, fisioterapisti
Pazienti in "appoggio"	Medicina Interna	Medici, infermieri
Movimentazione manuale carichi	SPPR e SAIO	Medici, psicologi, infermieri,
Terapia in neonatologia	Neonatologia	Medici, infermieri
Defibrillazione precoce	Medicina d' Urgenza	Medici, infermieri

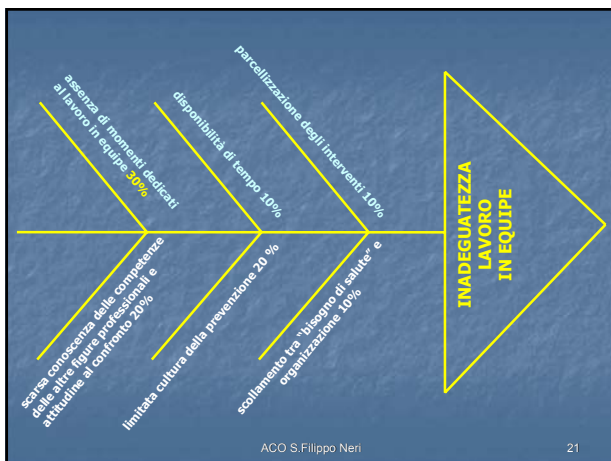
ACO S.Filippo Neri

19

Processo 1 : Riabilitazione dopo intervento di mastectomia radicale con asportazione di linfonodi

Attività	Errore	Danno	G	P	R	IPR
Colloquio con il chirurgo	Assente Inefficace	Fisico derivante da manovre inappropriate: interferenza con i processi di riparazione tissutale edema dolore → = impotenza funzionale	6	4	6	144
Colloquio con il pz e familiari	Assente Inefficace	Psicologico: ansia, Fisico derivante da manovre inappropriate: interferenza con i processi di riparazione tissutale edema Dolore → = impotenza funzionale	5	3	8	120
Osservazione/ valutazione Risorse percettivo motorie dolore	Carente Errata	Fisico derivante da manovre inappropriate: interferenza con i processi di riparazione tissutale edema dolore → = impotenza funzionale	6	3	8	144
Definizione in equipe del percorso clinico assistenziale del paziente	Assente Inefficace	Psicologico Fisico edema → dolore → = impotenza funzionale	6	8	9	432

20



ACO S.Filippo Neri

21

Carta degli impegni: assenza di momenti dedicati al lavoro in equipe (30%)

Cosa fare	chi	come	tempi	costi
Proporzionare momenti di incontro interprofessionali	Il dirigente dell'UO Il caposala Il fisioterapista Altre figure coinvolte nel percorso (infero assistenziale)	Individuare una persona incaricata di sviluppare tale attività; potrebbe essere il fisioterapista perché le possibili compatibilità/divergenze di competenze riabilitativa analisi della situazione: individuazione dei momenti di incontro già esistenti verifica della possibilità di estendere tali momenti alle altre figure professionali Istituzione di incontri interprofessionali	Una settimana per definire figura incaricata, - analisi della situazione - verifica della possibilità ... Gli incontri saranno a scadenza ... Della durata: 30 m'	Risorse Economiche? ... 0 Risorse umane: piccola riorganizzazione delle attività di reparto.

ACO S.Filippo Neri

22

**Processo 2 :
Percorso perioperatorio**






Attività	Errore	Danno	G	P	R	IPR
1) Visita ambulatoriale	Errata indicazione	Globale	10	2	5	100
2) Consenso informato	Omissione	Morale	5	2	1	10
3) Ripetizione consenso	Omissione	Morale	5	3	1	15
4) Revisione tricotomia, protesi, profilassi	Omissione	Infezioni TVP, EP Ustioni	7	2	5	70
5) Marcatura lato & sito	Omissione	Globale	10	2	1	20
6) Revisione in presala	Omissione	Globale	10	2	2	40
7) Revisione documentazione clinica	Omissione parziale	Procedura inadeguata	5	3	2	30
8) Str. anest., e presidi	Omissione	Lesioni gravi, decesso	10	2	2	40
9) Str. Chir. e presidi	Omissione	Lesioni gravi	9	2	2	36
10) Conta materiale	Omissione	Ritenzione	5	2	3	30

Check - List Perioperatoria

Area	Verifica	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato
Personale reparto					
1	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato	Controllato
Equipe Operatoria					
1	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato	Controllato
Infermieri CO					
1	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato	Controllato
Tecnico Radiologia					
1	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato	Controllato
Medico Anestestesista					
1	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato	Controllato
Medico Operatore					
1	Controllato	Verificato	Controllato	Verificato	Controllato

* per check-list si intende qualsiasi eventuale controllo adottato durante la verifica attività della checklist

Allegato 1: Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura

A. Periodo di preparazione all'intervento (prima o nei precedenti interventi)	B. Periodo immediatamente precedente l'intervento in sala operatoria	C. Periodo immediatamente precedente l'intervento in sala operatoria
<p>1ª Fase: Consenso informato Deve includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nome del paziente Nome della procedura Sito e lato dell'intervento 	<p>3ª Fase: Identificazione del paziente Un componente dell'equipe deve chiedere al paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nome e cognome Data di nascita Motivazione dell'intervento Sito e lato  <p>CONTROLLARE che le risposte siano congruenti rispetto alla documentazione clinica, al consenso informato, al sito contrassegnato e ad eventuali sistemi di identificazione.</p>	<p>4ª Fase: "Time Out" Prima dell'intervento deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare:</p> <ul style="list-style-type: none"> corretta identificazione del paziente corretta procedura chirurgica corretto posizionamento del paziente corretta sede e lato <p>TIME OUT</p> <p>Il TIME OUT deve coinvolgere l'intera équipe operatoria.</p> 
<p>2ª Fase: Marcare il sito operatorio Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'équipe che effettuerà l'intervento</p>  <p>NON contrassegnare altre parti al di fuori del sito operatorio</p>	<p>5ª Fase: "Double Check" Due componenti dell'équipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con:</p> <ul style="list-style-type: none"> identità del paziente sito chirurgico 	

Adattato da: Neri et al. Case for Doctor Safety. Department of Veterans Affairs
Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III

ACO S.Filippo Neri 25

PROCESSO 3 : allestimento terapia antitumorale
schema terapeutico De Gramont (5-Fu,FA) + Oxaliplatino
nel K colon-retto avanzato U.O.Oncologia

ATTIVITA'	ERRORE	DANNO
1. Presa visione prescrizione	Interpretazione errata (es.scambio giorno)	Sovra/sotto dosaggio Gravi complicazioni
2. Scelta diluente	Scambio diluente (oxaliplatino solo in glucosata 5%)	Interazione con i cloruri/complicazioni
3. Preparazione sacca ed etichettatura	Errata compilazione (scambio paz, o dose errata)	Gravi complicazioni-morte
4. Presa del farmaco	Scambio del farmaco	Gravi complicazioni-morte
5. Dosaggio del farmaco	Errato calcolo dosaggio/diluizione	Esacerbazione tossicità NO ANTIDOTI !

26

Processo 3 : allestimento terapia antitumorale

ATTIVITA'	G	P	R	IPR
1. Presa visione prescrizione	6	3	6	108
2. Scelta diluente	4	4	6	96
3. Prep.sacca ed etichettatura	10	2	5	100
4. Presa del farmaco	10	3	8	240
5. Dosaggio del farmaco	7	4	8	224

27

Processo 3 : allestimento terapia antitumorale
Attività : presa del farmaco

CAUSE DI ERRORE	PESO
Nomi simili dei farmaci	25%
Confezioni primarie simili	25%
Lavoro di routine	20%
Mancanza del secondo operatore	10%
Mancato doppio controllo	15%
Mancata attenzione	5%

Processo 3 : allestimento terapia antitumorale
Attività : presa del farmaco

CORRETTIVI	
Nomi simili dei farmaci	Stoccaggio e gestione della giacenza dei farmaci quotidiana, con netta separazione dei confezionamenti simili
Confezioni primarie simili	
Lavoro di routine	Alternanza nei turni di lavoro
Mancanza del secondo operatore	Ottimizzazione risorse umane
Mancato doppio controllo	Ottimizzazione risorse umane
Mancata attenzione	Motivare e responsabilizzare

Processo 4 : Gestione dell'O₂ terapia nel paziente in riabilitazione

N°	Attività	Errore/guasto	Danno	G	P	R	IPR	CAUSA	CORREZIONE
1	Controllo disponibilità dei dispositivi (c.n., maschere, stroller).	Mancato controllo delle scorte. Ritardata O2 Terapia.	Morte	10	2	1	20		
2	Controllo del corretto funzionamento dei dispositivi.	Omesso controllo. Malfunzionamento. Errata O2 T.	Morte	10	3	4	120	1) Non conoscenza dei dispositivi. 2) Non conoscenza dell'importanza dell'O2 T.	1) Formazione continua al personale inf. che ha un discreto ricambio. 2) Brevi incontri di sensibilizzazione con gli infermieri.
3	Controllo degli apparecchi (ossimetro, emogasanalizzatore).	Omesso controllo del funzionamento. Non valutazione del malfunzionamento.	Morte	10	5	1	50		
4	Prescrizione del medico.	Errata prescrizione.	Morte	10	2	4	80		
5	Comunicazione all'infermiere.	Non comunicazione. Errata comunicazione	Morte	10	2	3	60		
