

Gestione del rischio



IPASVI Brescia 8 Ottobre 2001

Dr Antonio Rovere
Responsabile Unità Gestione Qualità e Rischio
A.O. Desenzano del Garda

Dalla Teoria alla Pratica



Definizioni/Direttive



Strumenti

Che cos'è il Risk Management

R M significa letteralmente "gestione del rischio", può essere definito come un insieme sistematico di metodi, strategie e strumenti che consentono l'identificazione, la valutazione e la riduzione del rischio



Migliorare gli out come

Aumentare la sicurezza del paziente e delle "strutture"



Aumentare la soddisfazione del paziente

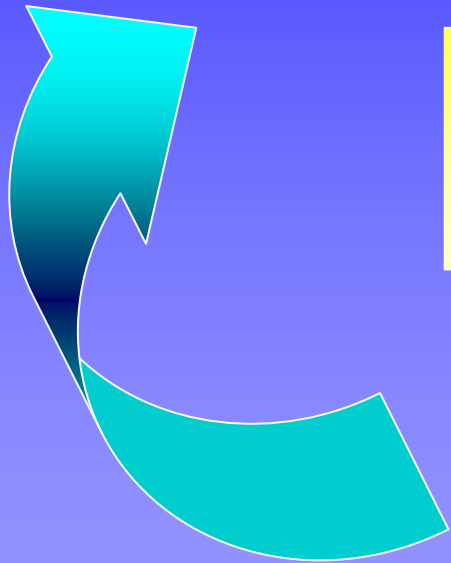
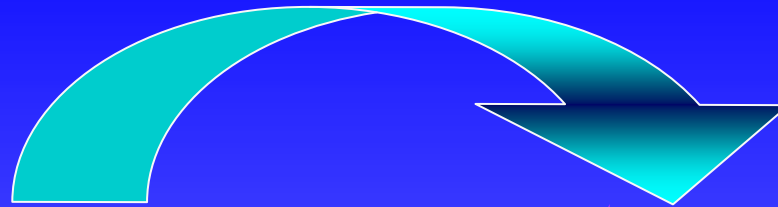
Diminuire malcontenti, reclami e cause

Risk Management

Gli obiettivi



Aumentare l'efficienza e l'efficacia dei percorsi terapeutici



Come è nato il Risk Management

1970, USA Inizia "la crisi del malpractice"

- ✓ Aumento di numero e onerosità dei rimborsi per errori nelle cure
- ✓ Incremento spropositato dei premi assicurativi
- ✓ Scarsità dell'offerta assicurativa per l'attività sanitaria
- ✓ Restrizione del mercato delle assicurazioni sanitarie
- ✓ Difficoltà di fissare premi adeguati alla copertura del rischio cure

Come è nato il Risk Management

1971, USA La prima indagine governativa

- ✓ Viene evidenziato da una Commissione Governativa che le denunce erano prevalentemente dovute a danni delle cure o da cattivi risultati delle cure stesse
- ✓ Viene evidenziato anche che

non tutti i danni erano dovuti a negligenza

non tutti i danni erano prevenibili

Errori in medicina la dimensione del problema:

	Harvard Medical Practice Study	To err Is Human	Australia	Nuova Zelanda	UK
Eventi avversi	3.7%	4%	16.6%	12.9%	10,8%
Eventi prevenibili	58%	53%	53%	35%	47%
Mortalità	13.6%	6.6%	4.9%	<15%	8%
Spesa Miliardi/anno	---	\$37.6 AE \$17 prev.	\$4.7	---	£1 in additional bed stay
Fonte:	Leape et al.; NEnglJMed; 1991; 370-84	Kohn et al.;1999; IOM	Wilson et al.; Med J Aust; 1995	Davis et al.; 2001;Ministry of Health	Vincent et al.; BMJ; 2001; 322: 517-19

Governo Clinico



Rischio Clinico



Comportamenti attesi



Appropriatezza delle prestazioni



Sicurezza del paziente

Con il termine "**Rischio clinico**" si definisce la possibilità che un paziente subisca un "**danno o disagio involontario, imputabile alla cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte**"

Kohn, 1999

Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico:

Ministero della Salute

- **Identificare i rischi clinici e i relativi determinanti**
- **Riconoscere e segnalare gli errori e/o i quasi errori**
- **Analizzare le cause delle insufficienze attive e di quelle latenti**
- **Attivare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi**
- **Comunicare ai pazienti e ai familiari eventuali eventi avversi**

Regione Lombardia

Circolare 46/SAN del 27/12/2004

Risk Management

**processo gestionale attraverso cui
le singole aziende sono in grado di
identificare, analizzare, eliminare e
monitorare i rischi associati a
qualsiasi attività clinico
assistenziale**

Fondamentale è fare

chiarezza sui termini utilizzati

Quasi Evento = Near Miss ogni accadimento che avrebbe potuto, ma non ha, per fortuna o abilità di gestione, originato un evento.

Evento Avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un "evento avverso prevenibile"

Errore: fallimento nella pianificazione e/o esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato

Danno: Alterazione, temporanea o permanente di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica

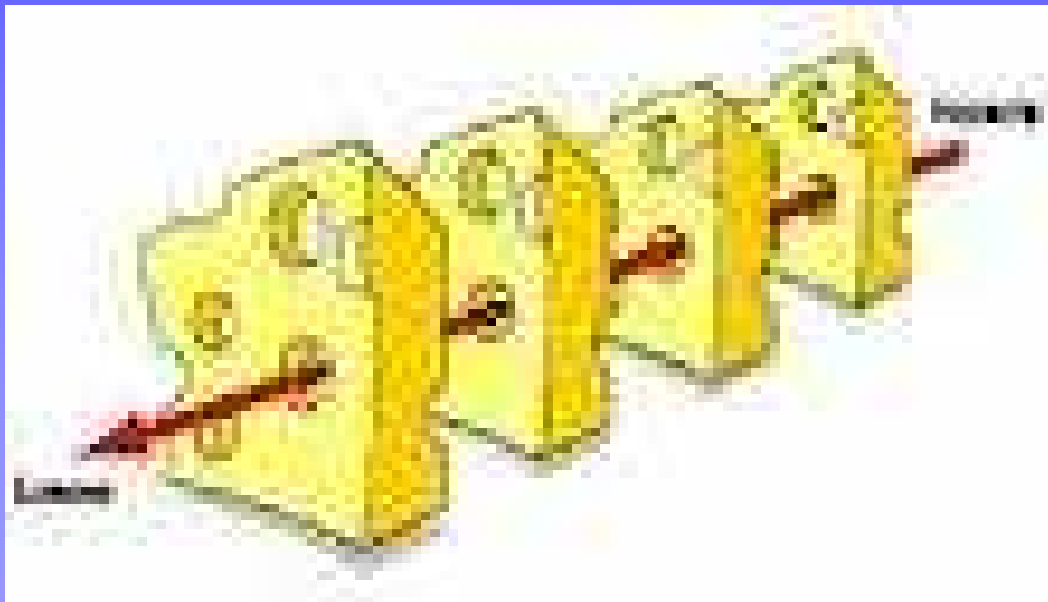
Eventi sentinella

“Eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.”

Alla ricerca degli errori

"Reason"

Errori legati alle persone direttamente connessi con l'attività che si sta svolgendo



Errore umano

Definizione: e' definito come un fallimento nel portare a termine un'azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione) o l'uso di una pianificazione errata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione)

Approccio alla persona:

si focalizza su azioni non sicure, errori e violazioni procedurali degli operatori



Approccio al sistema:

**gli errori sono visti come conseguenze,
più che cause, aventi origine nei fattori sistemici**

Reason J.; "Human error models and management" BMJ 2001; 320:768-70

Perché è meglio un approccio di tipo organizzativo?

Approccio di tipo
Individuale

Chi è responsabile?

Non risolve il
problema

Scoraggia reporting

Approccio di tipo
Organizzativo

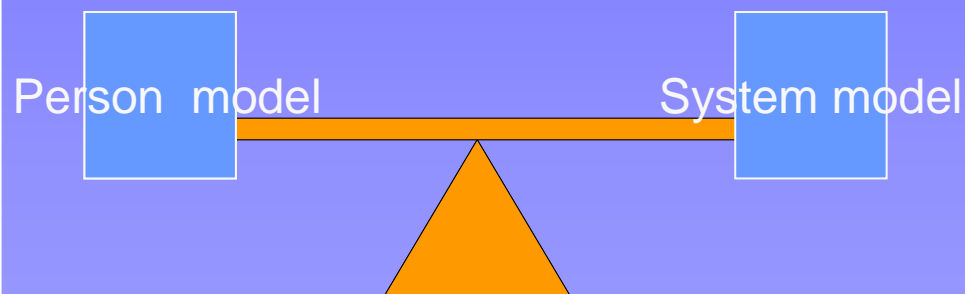
Cosa possiamo imparare?

Considera gli individui come
un componente
dell'organizzazione

Analizza tutti i fattori e le
loro interazioni

Gli individui sono fallibili e
gli errori sono inevitabili

Perché sono falliti i
meccanismi di difesa?



Active failure Errori attivi

Errori da difetti attivi

- Sono infrazioni della sicurezza commessi da persone
- Sono costituiti da errori, sbagli, dimenticanze, violazioni
 - Sono i più evidenti e visibili

Latent failure Errori latenti

- Errori da difetti latenti dipendenti dal sistema
- Sono difetti nelle aree di competenza "alta"
 - ✓ Pianificazione
 - ✓ Distribuzione di risorse
 - ✓ Management
 - ✓ Cultura
- Sono sempre presenti ma poco visibili
- Agiscono in modo incostante
- Creano condizioni che favoriscono errori e violazioni

**Alla ricercanon del colpevole
ma**



Errore organizzazioni complesse



Interazione tra diverse componenti del sistema:

- fattori legati alla struttura**
- fattori legati alla tecnologia**
- fattori legati alla organizzazione**
- fattori legati al personale**
- fattori legati al paziente**

Strumenti per l'identificazione del rischio

- Sistemi di segnalazioni** (incident reporting)
- Briefing sulla sicurezza** (riunioni per la sicurezza)
- Safety walkaround** (visite per la sicurezza)
- Revisione di cartelle cliniche**
- Strumento di analisi** (FMEA analisi dei modi e degli effetti delle inefficienze)
- Root Causes Analysis**
- Audit clinico**
- Formazione**

Dalla teoria alla Pratica

Esperienze della AO Desenzano del Garda



SISTEMA GESTIONE QUALITA' E RISCHIO

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE
SPONTANEA DEGLI EVENTI
AVVERSI-NEAR MISS**Allegato 01 al PT 01 della
SGQR 04
Rev 3 del 22/03/2011

Pagina 1 di 2

PRESIDIO

 DESENZANO/LONATO GAVARDO/SALO' MANERBIO/LENO

UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO _____

DATA EVENTO: ____/____/____ ORA EVENTO: ____/____

LUOGO DOVE E' AVVENUTO L'EVENTO CAMERA DEGENTE BAGNO AMBULATORIO
 SALA PARTO BLOCCO OPERATORIO SALA PICCOLI INTERVENTI SALA ENDOSCOPICA
 PRONTO SOCCORSO RADIOLOGIA / LABORATORIO ACCESSI ALLA STRUTTURA ALTRODati relativi al paziente: età _____ Sesso M F N° cartella clinica _____

CLASSIFICAZIONE DELL'EVENTO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Procedura in paziente sbagliato | <input type="checkbox"/> Caduta accidentale senza conseguenza |
| <input type="checkbox"/> Inesattezza lato, sede | <input type="checkbox"/> Danno alle strutture |
| <input type="checkbox"/> Errata procedura su paziente corretto | <input type="checkbox"/> Errata identificazione paziente |
| <input type="checkbox"/> Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico | <input type="checkbox"/> Errore diagnostico |
| <input type="checkbox"/> Reazione avversa da trasfusione | <input type="checkbox"/> Errore analisi strumentale |
| <input type="checkbox"/> Errori in terapia farmacologica | <input type="checkbox"/> Errore assistenziale |
| <input type="checkbox"/> Evento avverso correlato al travaglio e/o parto | <input type="checkbox"/> Errore Anestesiologico / Medico |
| <input type="checkbox"/> Evento avverso su neonato sano con peso > 2500 grammi | <input type="checkbox"/> Errore da farmaco confezione / nome / simile |
| <input type="checkbox"/> Morte o grave danno per caduta di paziente | <input type="checkbox"/> Errore legato a malfunzionamento dispositivi medici |
| <input type="checkbox"/> Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale | <input type="checkbox"/> Infezione collegate all'assistenza |
| <input type="checkbox"/> Violenza su paziente | <input type="checkbox"/> Evento legato a dispositivi medici |
| <input type="checkbox"/> Danno conseguente ad un malfunzionamento sistema trasporto | <input type="checkbox"/> Puntura accidentale |
| <input type="checkbox"/> Non corretta attribuzione del codice triage in Pronto Soccorso | <input type="checkbox"/> Contaminazione da liquido biologico |
| <input type="checkbox"/> Evento avverso conseguente ad intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> Scambio referti o documentazione clinica |
| <input type="checkbox"/> Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno | <input type="checkbox"/> Lesioni / piaghe con degenza prolungata |
| <input type="checkbox"/> Atti di violenza a danno di operatore | <input type="checkbox"/> Furto / Smarrimento |
| <input type="checkbox"/> Errore da somm. di soluzioni concentrate (KCL) | <input type="checkbox"/> Non valutazione scala dolore |
| <input type="checkbox"/> Reazione avversa da farmaci | <input type="checkbox"/> Altro: |

 NEAR MISS EVENTO SENTINELLA EVENTO AVVERSO

TIPOLOGIA NON CONFORMITA'

-
- Non attinenza a Procedure/Protocolli/Linee Guida
-
-
- Prodotto non conforme
-
-
- Comportamento non conforme

BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO (scrivere in stampatello)

Fattori che hanno contribuito all'evento (*è possibile indicare più di una risposta*)

<i>Paziente</i>		<i>Organizzazione</i>	
<input type="checkbox"/> Condizioni generale		<input type="checkbox"/> Carico assistenziale	
<input type="checkbox"/> Stato di coscienza		<input type="checkbox"/> Turni di lavoro	
<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali		<input type="checkbox"/> Assenza di procedure	
<input type="checkbox"/> Altro, specificare:		<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	
<i>Tecnologia</i>		<i>Ambiente</i>	
<input type="checkbox"/> Impianti		<input type="checkbox"/> Spazi	
<input type="checkbox"/> Apparecchiature		<input type="checkbox"/> Accessi / segnaletica	
<input type="checkbox"/> Dispositivi		<input type="checkbox"/> Locali	
<input type="checkbox"/> Altro, specificare:		<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	
<i>Operatore / Team</i>		<i>Comunicazione</i>	
<input type="checkbox"/> Fatica, stress		<input type="checkbox"/> Tra operatori sanitari	
<input type="checkbox"/> Conoscenze e competenze		<input type="checkbox"/> Tra operatori e pazienti / familiari	
<input type="checkbox"/> Comportamenti		<input type="checkbox"/> Verbale / telefonica	
<input type="checkbox"/> Altro, specificare:		<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	

Gravità delle possibili conseguenze sul paziente/operatore

- 0 Nessuna conseguenza per il paziente / operatore
 1 Minimo danno che non richiede interventi particolari sul paziente / operatore
 2 Medio danno l'errore avrebbe potuto avere conseguenze temporanee sul paziente con un sensibile prolungamento della degenza o ulteriori indagini
 3 Gravi conseguenze l'errore avrebbe potuto causare al paziente un danno permanente o aver contribuito al decesso
 4 Grave danno errore che ha provocato morte o gravi lesioni permanenti
- L'evento è stato documentato in cartella clinica? SI NO Il paziente è stato informato dell'evento? SI NO

Quali azioni sono state intraprese

<input type="checkbox"/> Audit interna	<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio/radiologiche
<input type="checkbox"/> Audit esterno	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Revisione procedura/protocollo/stampati	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica
<input type="checkbox"/> Modifica organizzativa	<input type="checkbox"/> Medicazioni
<input type="checkbox"/> Formazione	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico
<input type="checkbox"/> Colloquio con paziente/parente	<input type="checkbox"/> Esami strumentali
<input type="checkbox"/> Notifica ufficio competente	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario/OBI
<input type="checkbox"/> Monitoraggio paziente	<input type="checkbox"/> Ricovero in Terapia Intensiva
<input type="checkbox"/> Denuncia autorità	<input type="checkbox"/> Trasferimento
<input type="checkbox"/> Segregazione materiale/dispositivo	<input type="checkbox"/> Altro

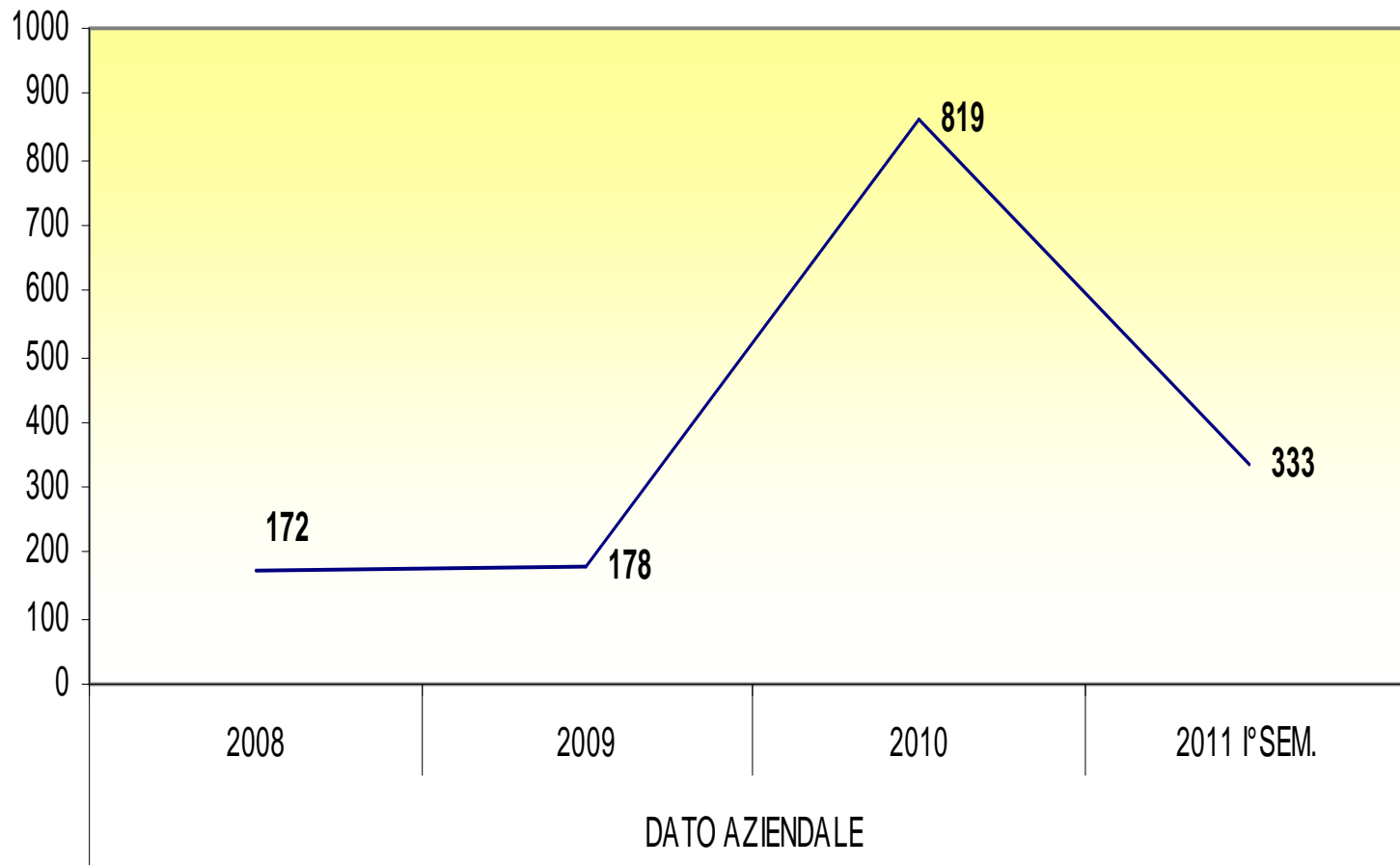
DATA COMPILAZIONE: ___/___/___

FIRMA (facoltativa) _____

DATA ARRIVO UGQR: ___/___/___

FIRMA di ricezione _____

SEGNALAZIONI INCIDENT REPORTING DAL 2008 AL 1° SEM. 2011



CLASSIFICAZIONE DEGLI ERRORI ANNO 2010

RISCHIO FARMACOLOGICO	PREPARAZIONE		
	PRESCRIZIONE		
	TRASCRIZIONE		
	LASA		
	SOMM. E DOSAGGIO		
	ORARIO SOMM.		
	IDENTIFICATIVO		
	CONSERVAZIONE		
RISCHIO CLINICO	OSSERVANZA PROCEDURE		
	OSSERVANZA PROTOCOLLO		
	CARTELLA CLINICA		
	CONSENSO INFORMATO		
	CHECK LIST		
	ERRORE LATO LISTA OPER.		
	PERCORSO TRASFUSIONALE		
	ORGANIZZAZIONE		
CLINICO	DIAGNOSTICO		
ASSISTENZIALE	MALPRACTICE		
	IDENTIFICATIVO		
	ERRORE GESTIONE CAMPIONI		
	ESAMI NON ESEGUITI		
	TRASFUSIONALE		
	INTERVENTO RINVIATO		
STRUTTURALE	NON CONFORMITA'		
PRESIDI MEDICI	SCARSA DOTAZIONE		
APPARECCHIATURE	OBSOLESCENZA		
	MANUTENZIONE		
	TEMPISTICA ASSISTENZA		
	UTILIZZO OLTRE I TERMINI		
	PROBLEMI TECNICI		
	PULIZIA NON CORRETTA		
	UTILIZZO IMPROPRIO		
	DANNEGGIAMENTO		
SICUREZZA	ACCESSI		
	ALLARMI		
	AGGRESSIONI		
	FURTI		
	VIGILANZA INTERNA		
	SICUREZZA DOCUMENTI		

REPERTI/SERVIZI DESENZANO	TIPOLOGIA	N° segnalazioni	Azione correttiva
BLOCCO OPERATORIO	ORGANIZZAZIONE	2	AUDIT E REVISIONE PROTOCOLLI
	VIOLAZIONE PROTOCOLLI MINISTERIALI	3	AUDIT E REVISIONE PROTOCOLLI AZINDALI
	FURTO	1	CONSIGLIATO DI UTILIZZARE ARMADIETTO DEDICATO
	ERRORE FARMACOLOGICO	1	AUDIT E MODIFICA ORGANIZZATIVA
	PRESIDI NON CONFORMI	3	VALUTAZIONE CON FARMACIA, E PROVVEDITORATO
	EVENTO SENTINELLA	1	SEGNALAZIONE SCHEDA A/B E AUDIT CLINICO MULTIDISCIPLINARE-RCA
	ERRORE IDENTIFICATIVO	1	VERIFICA DEL SISTEMA SECUREBLOOD

Briefing sulla sicurezza

- Riunioni di U.O./Servizi

- Formazione sul campo

Safety walkaround

Visite per la sicurezza

TIPOLOGIA	ARGOMENTI	SI	NO	NA
Documenti	Presenza/applicazione documenti sistema ISO: 1. SGQR procedure di sistema e PG/PS/PT a valenza aziendale 2. protocolli emessi (in particolare Dir.San.Az. PT XX) rispondenti agli SJC			
	Presenza/applicazione PT Servizio Prevenzione Protezione/Medico Competente			
	Documenti della propria UO/S gestiti/aggiornati con SGQR			
	Conoscenza/applicazione segnalazioni eventi dannosi/potenzialmente tali			
	Verifica conoscenza/utilizzo dei siti dell'intranet aziendale (ove aggiornati): 1. SITRA; 2. Servizio Ingegneria Clinica; 3. Servizio Prevenzione Protezione e Servizio Medico Competente 4. Unità Gestione Qualità Rischio; 5. Servizio Informatica Aziendale; 6. Servizio Formazione Aggiornamento; 7. Servizio Farmacia Aziendale; 8. Servizio Medicina di Laboratorio (AP CT e Patologia Clinica)			
Politica e Miglioramento	Documento diffuso con mail il 22.02.2010 a Direttori e Coordinatori di UO/S, descrivente la Politica per la Qualità/Miglioramento dell'AOD (presente in Intranet). 1. recepimento/condivisione con tutto il personale; 2. formalizzazione percorso personalizzato con progetti per UO/S			
SJC	Obbiettivi Internazionali per la Sicurezza			
	Gestione anestesia moderata e profonda			
	Gestione Check List perioperatoria			
Indicatori di processo e performance	Consapevolezza/necessità dell'individuazione e monitoraggio di indicatori			
Personale	Presenza organigramma nominale aggiornato			
	Formalizzazione del tutoraggio dell'ultimo operatore inserito			
Formazione	Impatto sull'UO/S di eventi formativi interni realizzati/conclusi (PFA 2010)			
	Utilizzo della formazione sul campo in ambito Qualità e Rischio (in atto/prevista)			
Apparecchiature impianti/elettromedicali	Gestione corretta piano tarature/manutenzioni (2010 chiuso 2011 in corso)			
	Percorso attivazione richiesta intervento al Servizio Ingegneria Clinica			
Struttura patrimoniale	Attivazione manutenzioni straordinarie e sostituzioni materiale di consumo			
Farmaci/dispositivi	Controllo elenchi/gestione/registrazioni: 1. farmaci/stupefacenti/chemioterapici; 2. KCl ed elettroliti concentrati; 3. DPI/ausili e T° frigorifero.			
Smaltimento rifiuti	Gestione smaltimento da normativa vigente riportata nei documenti specifici (Servizio di Igiene Ambientale) dell'AOD			
Lavaggio mani	Implementazione lavaggio delle mani SITRA A PT 01: 1. presenza informativa presso lavandini; 2. utilizzo alcol gel (non sostitutivo al sapone).			
Accessi	Utilizzo (secondo pertinenza) segnaletica aziendale "accesso controllato"			
Utente/Paziente	Corretta accoglienza dell'Utente/Paziente e gestione privacy			
Braccialetti	Gestione/applicazione procedura			
Cadute	Implementazione attività di valutazione del paziente			
	Attività di prevenzione			
	Gestione formale delle cadute			
Obiettivo internazionale	Gestione della sicurezza			

Controllo cartelle cliniche



Lista di riscontro per la valutazione della corretta compilazione della cartella clinica

Cartella clinica n. U.O.

	Assente	Presente e completo	Presente e incompleto per		Assente	Presente e completo	Presente e incompleto per
Timbro e firma Responsabile UO			Note: <input type="checkbox"/> Non conforme	Documentazione Infermieristica (valutazione bisogni)			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> valutaz. bisogni
Frontespizio SDO			<input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Codici <input type="checkbox"/> Firma	Diario assistenziale			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Ora <input type="checkbox"/> Firma
Lettera di dimissione			<input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma	Richiesta Consulenza motivata			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Ora <input type="checkbox"/> Firma
Descrizione intervento chirurgico			<input type="checkbox"/> Nomi operatori <input type="checkbox"/> Diagnosi <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Ora <input type="checkbox"/> Firma	Richieste esami ed indagini			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma Note :
Anamnesi			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Incompleta per contenuto	Grafica Terapia			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Ora <input type="checkbox"/> Firma Medico <input type="checkbox"/> Firma Infermiere <input type="checkbox"/> Dosaggio
Esame obiettivo (deve essere presente la valutazione dell'apparato respiratorio + cardiocircolatorio + sede problema)			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Valutazione apparati <input type="checkbox"/> Specifico	Cartella Anestesiologica			<input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> Valutazione preoperatoria <input type="checkbox"/> Preinduzione /sedazione <input type="checkbox"/> Risveglio
Diario Clinico (deve essere presente un'annotazione per ogni giorno compresa la giornata di dimissione)			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Ora <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> 1° valutazione entro le 24 ore	Consenso trattamento dati sensibili			<input type="checkbox"/> Adesione consenso <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma paz <input type="checkbox"/> Firma comunicante

Controllo cartelle cliniche

Consenso informato			<input type="checkbox"/> Adesione consenso <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma medico <input type="checkbox"/> Firma paz.	Valutazione dolore postoperatorio			<input type="checkbox"/> Prescrizione in grafica <input type="checkbox"/> Firma medico
Consenso anestesiológico			<input type="checkbox"/> Adesione consenso <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Valut.rischio <input type="checkbox"/> Firma medico <input type="checkbox"/> Firma paz. <input type="checkbox"/> Tipo di anestesia <input type="checkbox"/> ASA	Trasferimento interno			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Epicrisi <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Firma
Consenso trasfusioni			<input type="checkbox"/> Adesione consenso <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma medico <input type="checkbox"/> Firma paz.	Scheda valutazione dolore e cadute			<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> incompleta
Consenso HIV			<input type="checkbox"/> Adesione consenso <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Firma medico <input type="checkbox"/> Firma paz.	Check list perioperatoria			<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> incompleta
Grafica parametri vitali			<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Parametri vitali	Moduli conta garze e conta strumenti /taglienti			<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleta
Percorso sacche di sangue			<input type="checkbox"/> Richiesta <input type="checkbox"/> Sacche trasfuse <input type="checkbox"/> Dati relativi alla trasfusione	Leggibilità			<input type="checkbox"/> Grafia <input type="checkbox"/> Correzioni <input type="checkbox"/> Matita

Data/...../.....

Firma del Compilatore _____

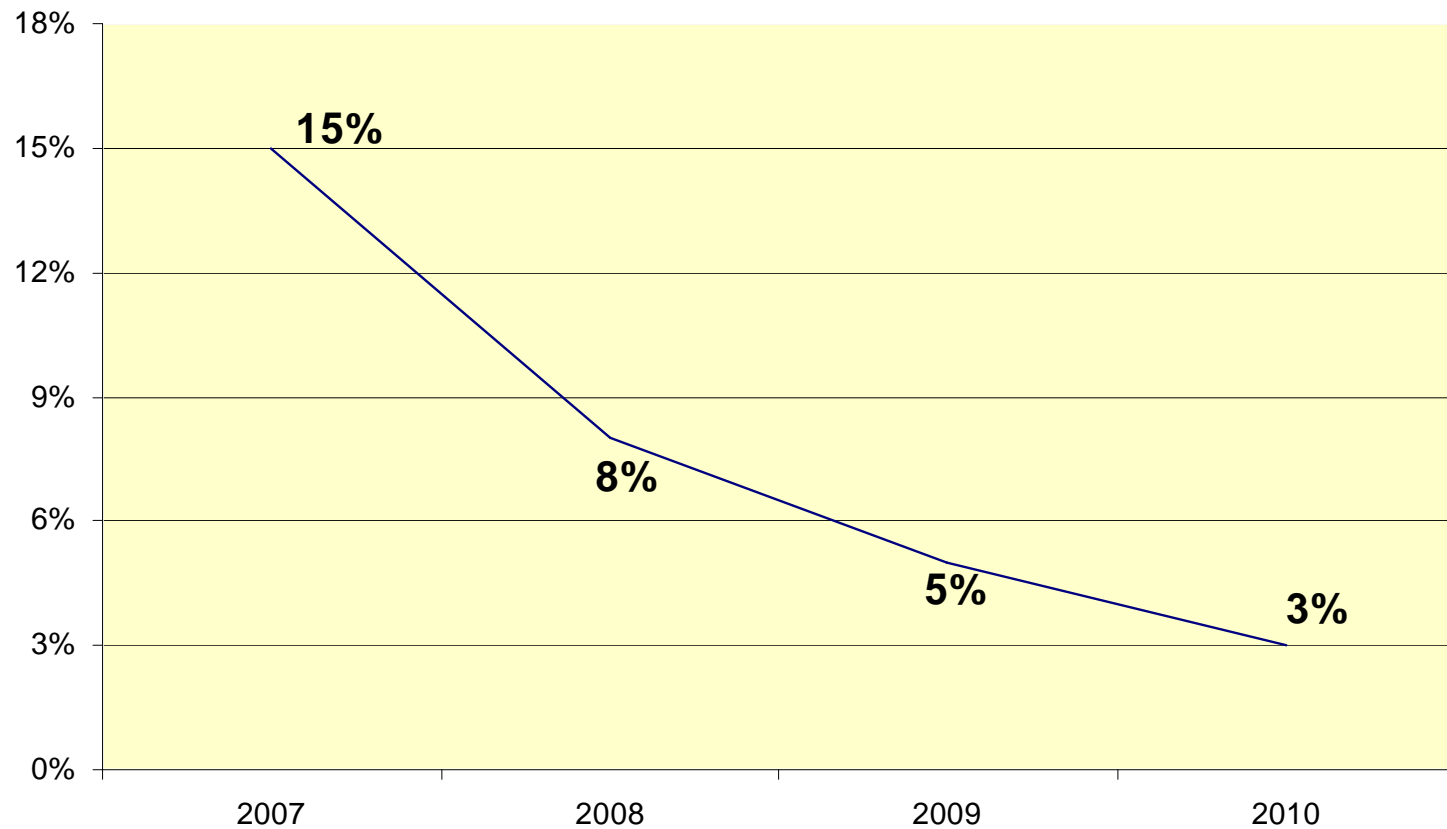
N.B.: Porre una riga sui campi non applicabili

Controllo cartelle cliniche

Presidio	N° cartelle controllate	N° ricoveri	% controllate
Desenzano	1557	15041	10%
Gavardo	1017	9039	11%
Manerbio	1438	14054	10%

Risultati

PERCENTUALE ERRORI AZIENDALI DAL 2007 AL 2010



Roote Causes Analysis

un'indagine strutturata
che ha lo scopo di
identificare la causa
“vera” di un problema, e
le azioni necessarie ad
eliminarla



2. CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE

2.1. Sono emerse cause o fattori legati alla carenza/mancaanza di informazione e comunicazione?

Si No N.a.

Se si, Specificare

2.2. Sono emerse inadeguatezze nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento?

Si No N.a.

2.3. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale?

Si No N.a.

2.4. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti/familiari/accompagnatori, ovvero non sono stati coinvolti il paziente e/o i familiari/accompagnatori attivamente nel processo assistenziale?

Si No N.a.

3. CAUSE E FATTORI UMANI

3.1. Sono emerse cause o fattori correlabili alla carente formazione/addestramento degli operatori?

Si No N.a.

Se sì, Specificare

3.2. Sono emerse inadeguatezze nelle competenze/conoscenze degli operatori?

Si No N.a.

3.4. Sono emerse inadeguatezze legate alla organizzazione del lavoro (ad esempio organizzazione dei turni, fatica, stress)?

Si No N.a.

4. CAUSE E FATTORI AMBIENTALI

4.1. Sono emerse cause o fattori correlabili all'ambiente fisico ?

Si No N.a.

4.2. Se sì, Specificare:

Fattori strutturali (idoneità dei locali)

Fattori legati alla logistica

Fattori legati al microclima

Altro Specificare

5. CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE

A) Dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali

5.1. Sono emersi cause o fattori correlabili all'uso di dispositivi medici ed apparecchiature elettromedicali

Si No N.a.

5.2. Se sì Specificare:

mancanza malfunzionamento uso non corretto

5.3. Specificare a quale categoria appartiene il dispositivo secondo la classificazione Nazionale (D.M. 22/09/2005)

Codice Categoria Codice CND

Descrizione strumento

5.4. Esiste un piano di manutenzione preventiva per il dispositivo in oggetto?

Si No N.a.

5.5 E' stato rispettato il piano di manutenzione preventiva (inclusi eventuali aggiornamenti o patch software) per il dispositivo in oggetto?

Si No N.a.

B) Farmaci

5.5. Sono emerse cause o fattori legati all'uso dei farmaci?

Si No N.a.

5.6. Se sì, Specificare:

mancaza uso non corretto

5.7. Se uso non corretto, Specificare:

Prescrizione Conservazione

Preparazione Somministrazione

C) Linee-guida, Raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere

5.8. Sono emerse cause o fattori legati a:

Linee-guida Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Protocolli assistenziali Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Procedure Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Sono state individuate cause o fattori legati al venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con funzione di protezione per il paziente, gli operatori nel contesto lavorativo-ambientale?

5.10. Si No N.a.

5.11. Se sì, Specificare

B) Farmaci

5.5. Sono emerse cause o fattori legati all'uso dei farmaci?

Si No N.a.

5.6. Se sì, Specificare:

mancaza uso non corretto

5.7. Se uso non corretto, Specificare:

Prescrizione Conservazione

Preparazione Somministrazione

C) Linee-guida, Raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere

5.8. Sono emerse cause o fattori legati a:

Linee-guida Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Protocolli assistenziali Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Procedure Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Sono state individuate cause o fattori legati al venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con funzione di protezione per il paziente, gli operatori nel contesto lavorativo-ambientale?

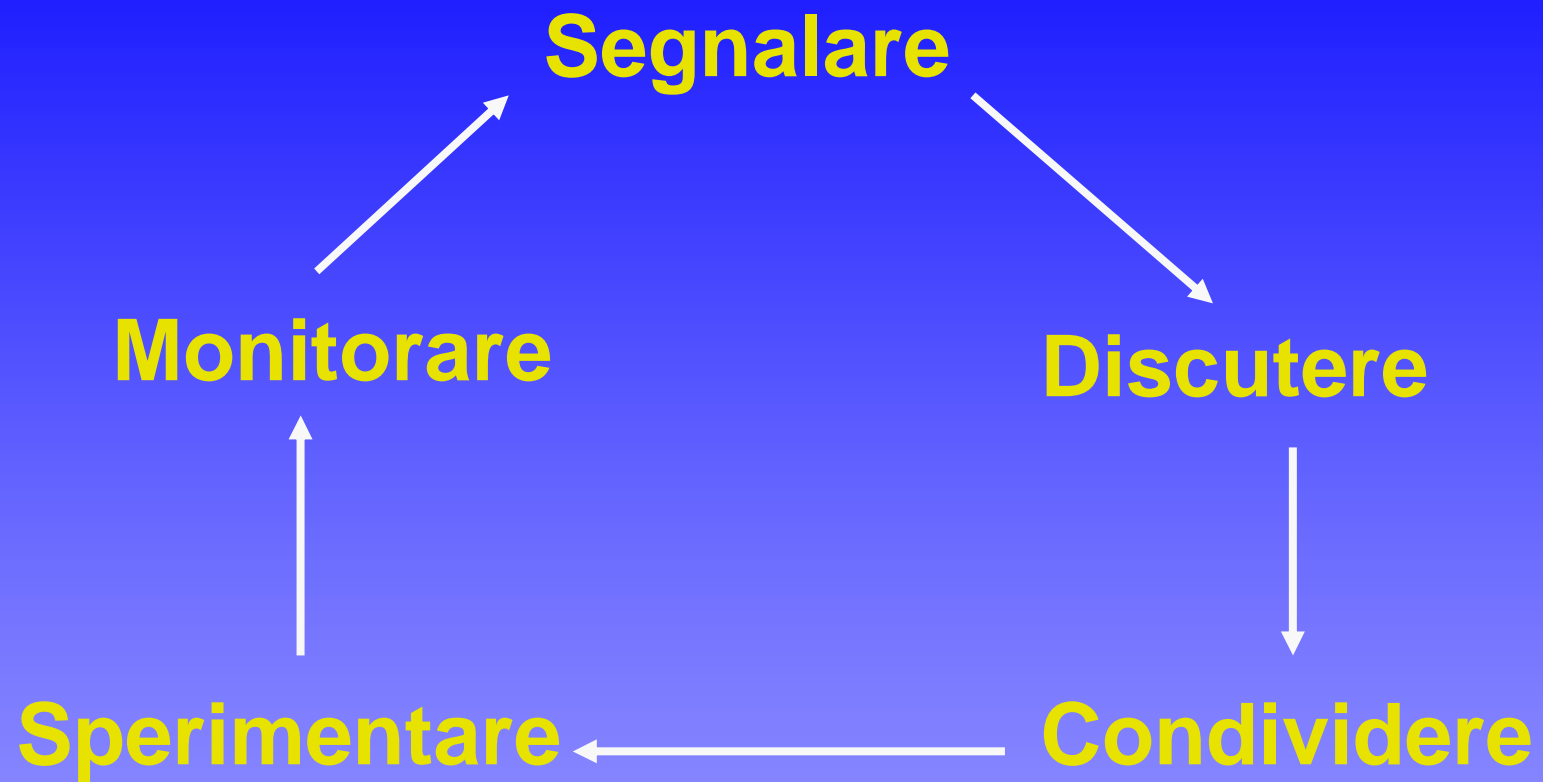
5.10. Si No N.a.

5.11. Se sì, Specificare

Gestire il Rischio Clinico

=

Imparare dall'errore





Grazie per l'attenzione