



Strumenti per l'analisi degli eventi avversi in ospedale:

Audit Clinico

**Dott. Francesco Venneri
Clinical Risk Manager
ASL 10 – Firenze**

francesco.venneri@asf.toscana.it

Signore e Signori, benvenuti a bordo del volo 743 della SicurLine per Edinburgo.

E' il vostro capitano che vi parla. Il volo durerà 2 ore, e sono lieto di annunciarvi che la probabilità di arrivare a destinazione senza serie conseguenze è del 97 % e che la possibilità di nostri gravi errori durante il volo, indipendentemente da quello che potrà accadervi, è di solo il 6,7 %.

Vi prego di allacciarvi le cinture di sicurezza e vi auguro di godervi il viaggio.

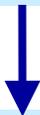
Il tempo ad Edimburgo è buono e c'è un bel sole.

Grazie per averci scelto

Il modello toscano per la GRC >> gli attori individuali

Le attività

Segnalazioni,
partecipazione a
audit e M&M



Analisi rischi



Gestione rischi

Gli attori

Operatore
sanitario/
Utente

Facilitatore

Clinical risk
manager

Definizione

“L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità, finalizzato a migliorare i servizi sanitari tramite la **revisione sistematica dell'assistenza** rispetto a criteri espliciti e l'implementazione del cambiamento”.

(NICE, UK 2002)

Caratteristiche dell'audit clinico GRC

- E' un'iniziativa che fa parte del sistema di gestione del rischio clinico
- E' un audit di processo
- E' condotto da un facilitatore
- Si impiegano tecniche specifiche
- Possono parteciparvi tutti i professionisti della sanità

- 1) Valutazione della segnalazione**
- 2) Progettazione**
- 3) Revisione del caso**
- 4) Stesura alert report**
- 5) Impostazione azioni di cambiamento**



1) Valutazione della segnalazione



Il gruppo di Gestione del Rischio Clinico effettua:

- 1. Una valutazione di **fondatezza** della proposta**
 - Criticità dell'oggetto in questione
 - Rispondenza ai criteri di segnalazione prestabiliti
- 2. Una valutazione di **opportunità** della proposta**
 - Disponibilità di risorse e vincoli organizzativi della struttura e dei professionisti coinvolti
 - Possibili risultati dell'audit

2) Progettazione

Il facilitatore in collaborazione con i professionisti coinvolti:

- Ricerca in letteratura standard di riferimento
- Recupera linee guida, protocolli e procedure inerenti al caso
- Contatta eventualmente specialisti esterni da coinvolgere nella discussione del caso come analisti super partes



2) Progettazione



Il facilitatore:

- Stabilisce con cura la data della riunione
- Convoca i partecipanti esponendo le motivazioni e le finalità dell'audit
- Prepara la documentazione e l'ambiente dove si tiene l'incontro

3) Revisione del caso



- Il facilitatore all'inizio dell'audit stabilisce le regole comuni di comportamento
- Il facilitatore presenta il caso descrivendo la sequenza di eventi con l'ausilio di FMEA
- Il facilitatore conduce la discussione secondo la tecnica del brainstorming per:
 - ✓ Identificare le criticità
 - ✓ Proporre le azioni di miglioramento

Definizione di FMEA

Il “Failure Modes and Effects Analysis” (FMEA) è uno strumento di analisi del lavoro e valutazione dell’affidabilità umana.

Questo strumento consiste sostanzialmente in uno schema che guida gli addetti alla sicurezza nell’analisi delle criticità presenti in un processo di lavoro e nell’individuazione di possibili azioni di miglioramento per ridurre il rischio d’incidenti.

(Kirwan e Ainswoth, 1997)

3) Revisione del caso

Incidente 1	Criticità		Proposte di miglioramento		
	<i>Fallimenti attivi</i>	<i>Fattori latenti</i>	<i>Procedure</i>	<i>Attrezzature</i>	<i>Training</i>
1)					
2)					
3)					
n)					

Modalità di analisi tramite FMEA

L'analisi tramite FMEA può essere utilizzata in due modalità

Reattiva



Si applica FMEA dopo un incidente per analizzare e risolvere gli errori che lo hanno provocato

Proattiva



Si applica FMEA per validare delle procedure o per monitorare la sicurezza delle pratiche di lavoro

Applicazione di FMEA in modalità reattiva

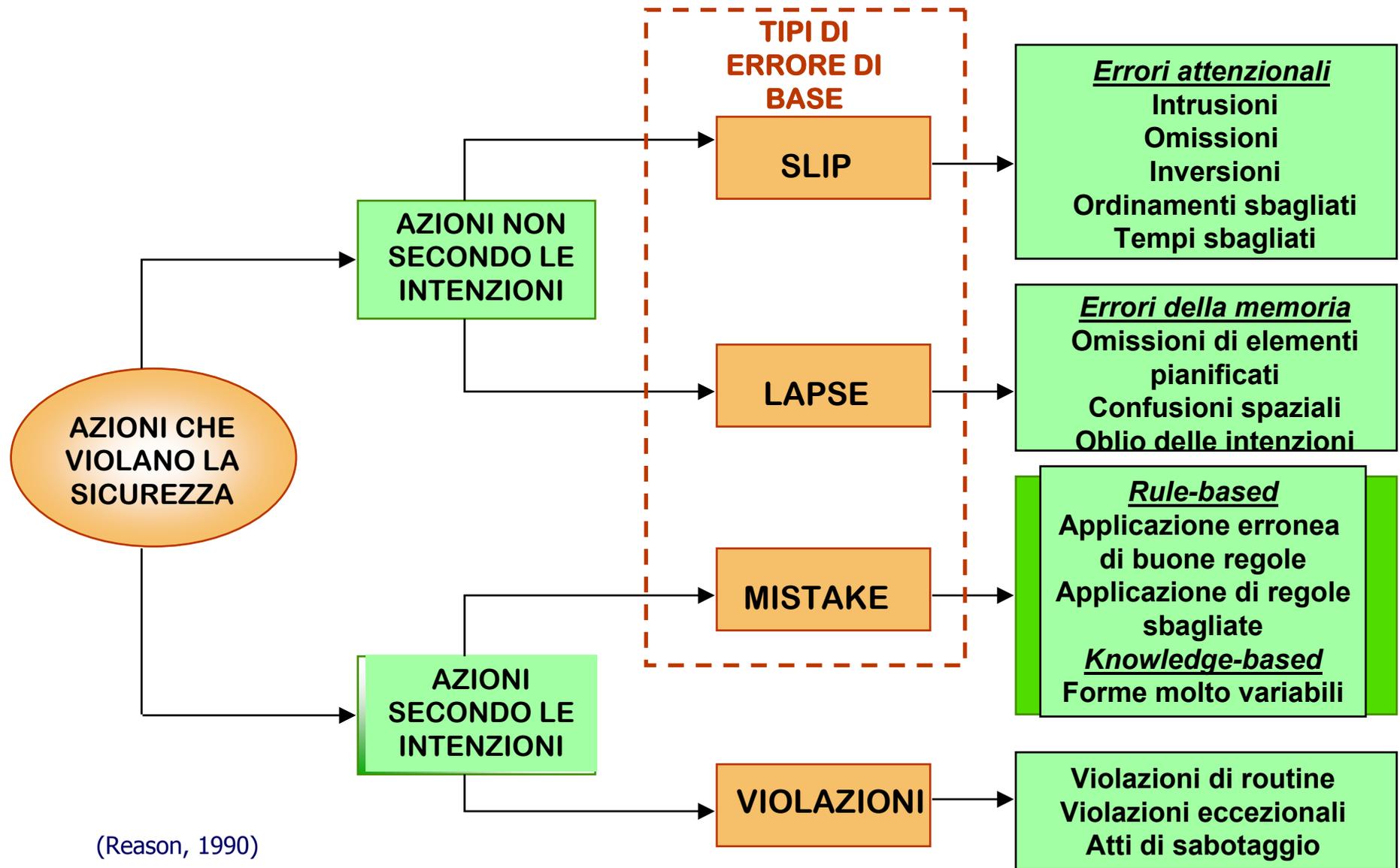


(Feldman and Roblin, 1997)

Consigli pratici per l'applicazione di FMEA

- Avere come riferimento una tassonomia degli errori umani da utilizzare come checklist per l'identificazione delle criticità
- Descrivere la sequenza degli eventi in maniera molto sintetica e precisa, limitandosi all'asciutta descrizione dei fatti senza aggiungere commenti
- Prima di applicare FMEA, può essere utile costruire un diagramma di flusso per la descrizione del processo di lavoro oggetto di analisi

Tassonomia degli errori umani



Processo di cura

Processo diagnostico-terapeutico

Processo ideale

Processo reale

Esame clinico-anamnestico corretto del paziente al momento dell'ingresso

Esame clinico-anamnestico insufficiente

Richiesta accertamenti di laboratorio e strumentali adeguata alle ipotesi diagnostiche

Richiesta accertamenti di laboratorio e strumentali non adeguata alle ipotesi diagnostiche

Diagnosi corretta della patologia

Diagnosi scorretta della patologia

Trattamento adeguato

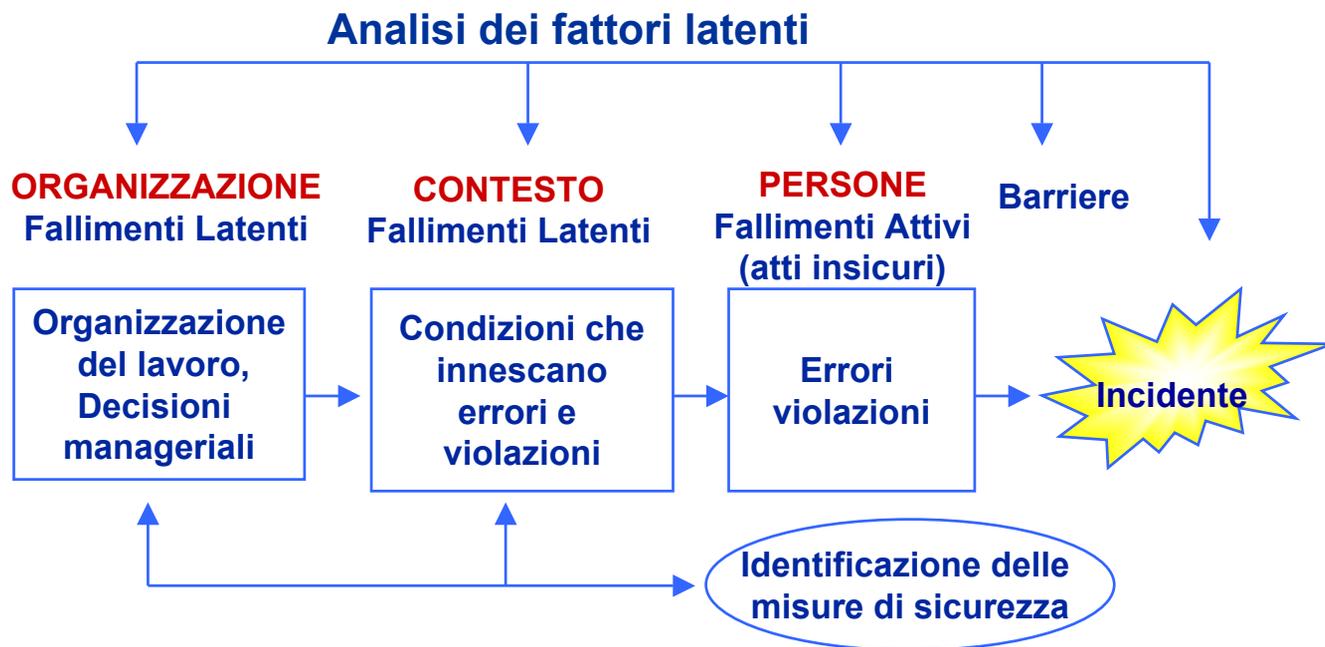
Complicanze in corso di ricovero

Risoluzione del quadro clinico

Terapia tardiva

Analisi degli eventi avversi in medicina

APPROCCIO REATTIVO



APPROCCIO PROATTIVO

I due approcci sono complementari e si combinano per rispondere alle esigenze di breve, medio e lungo periodo dell'organizzazione

PREGI

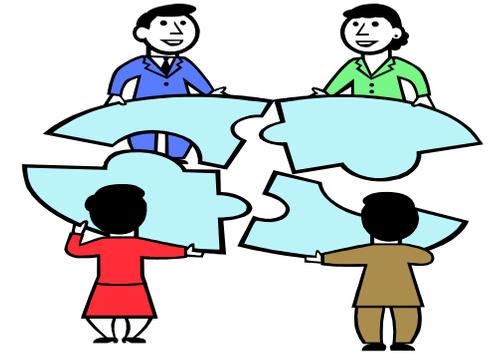
- E' uno strumento piuttosto semplice ed intuitivo
- Può essere applicato a diversi livelli di analisi, dal singolo compito ad un intero processo di lavoro
- Aiuta a scomporre l'oggetto di analisi in fasi ordinate in sequenza temporale
- Invita a prendere sempre in considerazione la parte attiva e quella latente di ogni errore
- E' uno schema di base per focalizzare le discussioni in gruppo sulle criticità e le relative proposte di miglioramento del sistema

DIFETTI

- Il successo nell'applicazione di FMEA dipende dall'abilità e dall'esperienza dell'analista
- La descrizione di alcuni errori può essere troppo lunga e verbosa e scadere nell'aneddotica
- Per l'analisi di processi di lavoro con molte interazioni in parallelo è consigliabile utilizzare altri strumenti di analisi

4) Stesura alert report

- Alert Report conclusivo costruito sulla base del modello di pianificazione e coerente con l'impianto teorico di riferimento
- Diffusione dell'Alert Report ai partecipanti e ad altri soggetti eventualmente interessati alla verifica del caso in questione
- Raccolta dei commenti dei partecipanti o di altri stakeholders al report finale
- Riflessione sulla validità dell'impostazione dell'audit



5) Impostazione azioni di cambiamento

Fasi/Attività	Responsabilità	Risultati attesi	Tempi	Vincoli	Risorse
Prima fase: revisione procedure	Responsabile UO	Coordinamento efficace tra DEA e radiologia	Due settimane dalla proposta	Partecipazione colleghi DEA	Sala riunioni
Seconda fase					
Terza fase					
Fase n.					

1. Implementazione cambiamento



A. Selezionare le priorità

B. Mobilitare le risorse per il cambiamento

>> Umane, economiche ed organizzative

C. Supportare il cambiamento

>> Sistemi di incentivazione

>> Formazione continua

>> Valorizzazione delle risorse interne

>> Esperti in ergonomia e fattore umano come figure di supporto e consulenza

2. Valutazione cambiamento



A. Valutazioni periodiche sulla base di indicatori coerenti con il modello teorico

- Tempi di diagnosi dal momento dell'ingresso all'intervento chirurgico
- Eventi sentinella (diagnosi tardive, decessi in fase post-operatoria)
- Congruenza degli esami rispetto alla diagnosi finale

B. Valutazione della soddisfazione dell'utente

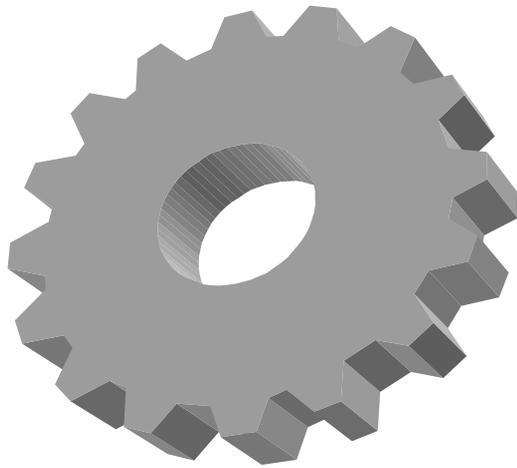
- Indagini a campione mediante questionario
- Interviste in fase di dimissione

Decreto n.6604 del 22 novembre 2005

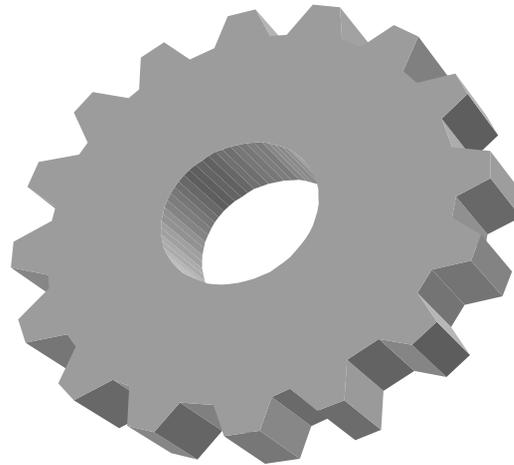
“Definizione ed attuazione delle iniziative di gestione del rischio clinico:

L’Audit Clinico GRC e la rassegna di Mortalità e Morbidità”

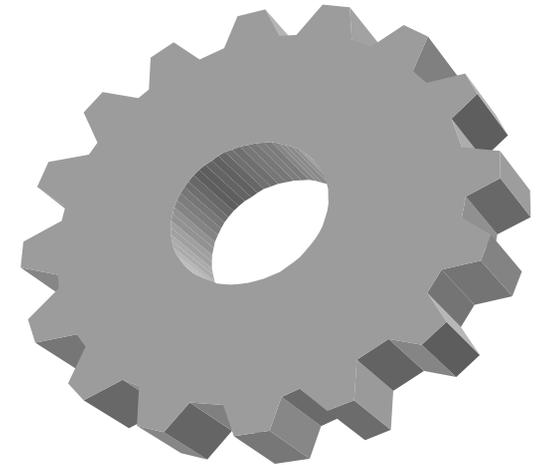
- **Almeno tre audits l’anno (coinvolgimento MMG)**
- **Alert report finale**
- **Assegnazioni crediti ECM ai partecipanti**
- **M&Ms almeno una volta al mese**
- **Revisione tra pari, strutturata,interdisciplinare,interprofessionale**
- **Carattere formale e nessun report finale**



Cultura giusta



**Cultura della
condivisione**



**Cultura dell'
apprendimento**

- Reason, 1997 -

Grazie per l'attenzione

“I problemi che abbiamo oggi
non saranno mai risolti
all'interno della stessa cultura che
li ha generati”

